



УТВЕРЖДАЮ

2015 г.

Факультетская хирургия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Общей и факультетской хирургии**

Учебный план 31050150_15_24лд.plx
31.05.01. Лечебное дело

Квалификация **Специалист**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **5 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 180

в том числе:

аудиторные занятия 108

самостоятельная работа 54

экзамены 18

Виды контроля в семестрах:

экзамены 8

зачеты 7

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес- тр на курсе>)	7 (4.1)		8 (4.2)		Итого	
	Неделя 18		18			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	18	18	18	18	36	36
Практические	36	36	36	36	72	72
В том числе			3	3	3	3
Итого ауд.	54	54	54	54	108	108
Контактная	54	54	54	54	108	108
Сам. работа	18	18	36	36	54	54
Часы на			18	18	18	18
Итого	72	72	108	108	180	180

Программу составил(и):

Д.м.н., профессор, Фунлоэр И.С.; Д.м.н., Зав.кафедрой, профессор, Осмонов Т.А.

И.С. Фунлоэр

Т.А. Осмонов

Рецензент(ы):

К.м.н., Доцент кафедры госпитальной хирургия КРСУ, Уметалиев Т.М.

Т.М. Уметалиев

Рабочая программа дисциплины

Факультетская хирургия

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

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

составлена на основании учебного плана:

31.05.01. Лечебное дело

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Общей и факультетской хирургии

Протокол от 11.05 2015 г. № 9

Срок действия программы: 2015-2021 уч.г.

Зав. кафедрой Д.м.н., профессор Осмонов Т.А.

Т.А. Осмонов

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

16.11 2016 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры Общей и факультетской хирургии

Протокол от 21.10 2016 г. № 3
Зав. кафедрой Д.м.н., профессор Осмонов Т.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

15.12 2017 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры Общей и факультетской хирургии

Протокол от 12.10 2017 г. № 5
Зав. кафедрой Д.м.н., профессор Осмонов Т.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

07.12 2018 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры Общей и факультетской хирургии

Протокол от 1.09 2018 г. № 1
Зав. кафедрой Д.м.н., профессор Осмонов Т.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

04.09 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры Общей и факультетской хирургии

Протокол от 27.08 2019 г. № 1
Зав. кафедрой Д.м.н., профессор Осмонов Т.А.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Дать студентам теоретические знания по основным разделам хирургических болезней; обучить основным методам, необходимым при обследовании и лечении больных с наиболее часто встречающимися острыми и хроническими хирургическими заболеваниями; практическим навыкам, необходимым в хирургии.
-----	--

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Химия
2.1.2	Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности (Общий уход за хирургическими больными)
2.1.3	Психология и педагогика
2.1.4	Латинский язык
2.1.5	История медицины
2.1.6	Биология
2.1.7	Анатомия
2.1.8	Философия
2.1.9	Иммунология
2.1.10	Гистология, эмбриология, цитология
2.1.11	Микробиология, вирусология
2.1.12	Фармакология
2.1.13	Пропедевтика внутренних болезней
2.1.14	Патофизиология, клиническая патофизиология
2.1.15	Патологическая анатомия
2.1.16	Основы неотложной помощи
2.1.17	Общая хирургия
2.1.18	Лучевая диагностика
2.1.19	Нормальная физиология
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Клиническая практика (Помощник врача)
2.2.2	Госпитальная хирургия
2.2.3	Оториноларингология
2.2.4	Научно-исследовательская работа
2.2.5	Офтальмология
2.2.6	Травматология, ортопедия
2.2.7	Детская хирургия
2.2.8	Доказательная медицина
2.2.9	Онкология, лучевая терапия
2.2.10	Поликлиническая терапия
2.2.11	Стоматология
2.2.12	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
2.2.13	Спортивная медицина
2.2.14	Стандарты диагностики и лечения

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**ОПК-6: готовностью к ведению медицинской документации****Знать:**

Уровень 1	Перечень учетно-отчетной первичной медицинской документации в медицинских организациях.
Уровень 2	Характеристику учетно-отчетной первичной и вторичной медицинской документации в медицинских организациях
Уровень 3	Нормативную и отчетную документацию, принятую в здравоохранении, а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций.

Уметь:	
Уровень 1	Ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях.
Уровень 2	Оформлять медицинскую документацию согласно нормативным актам.
Уровень 3	Вести медицинскую документацию различного характера в медицинских организациях.
Владеть:	
Уровень 1	Навыками работы с учётно-отчётной документацией различного характера в медицинских учреждениях.
Уровень 2	Навыками сравнительной характеристики медицинской документации различного характера в медицинских учреждениях.
Уровень 3	Методами ведения медицинской документации различного характера в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.

ОПК-9: способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач

Знать:	
Уровень 1	механизмы действия морфофункциональных, физиологических и патогенных факторов на организм, закономерности зарождения и развития патологических процессов, условия перехода компенсаторных и приспособительных реакций в разряд патологических, роль ответной реакции организма на повреждение, в возникновении болезни.
Уровень 2	основные понятия, закономерности и тенденции возникновения и развития, концепции и подходы объяснения и изучения; возможные взаимосвязи и взаимоотношения типовых физиологических и патологических процессов; индивидуальные, возрастные и половые особенности общих процессов в сано- и патогенезе отдельных заболеваний.
Уровень 3	этиологию, патогенез, симптоматику проявления патологических состояний в эксперименте, в экстремальных условиях окружающей среды и клинике. Общие и отличительные черты экспериментальной патологии от клинического аналога.
Уметь:	
Уровень 1	анализировать, синтезировать, оценить механизмы действия этиологических патогенных факторов, физического, химического и биологического происхождения на организм, а также возникновения, развития повреждения и условия перехода повреждения в болезнь. Уметь отличать механизмы саногенеза от закономерностей развития патогенеза. Уметь отличать особенности пато- и саногенеза модели болезни на животных от организма у человека.
Уровень 2	интерпретировать этиологические, патогенетические и клинические проявления типовых патологических процессов. Уметь моделировать или воспроизводить на животных отдельные и общие патологические процессы, а также объяснять механизмы их проявления в отдельных органах.
Уровень 3	анализировать, синтезировать, оценивать основные положения и детали изучения об этиологии и исходе физиологических и патологических состояний в условиях эксперимента и клиники. Раскрыть смысл установленных фактов при моделировании болезней на животных. Провести сравнение результата эксперимента с клиническими данными.
Владеть:	
Уровень 1	знаниями, умениями и навыками анализа, синтеза, оценки и применения информации о пато- и саногенезе достаточными для решения теоретических задач и практических проблем в эксперименте. Владеет способностью моделировать болезни на животных и интерпретировать полученные результаты.
Уровень 2	навыками дифференцированного объяснения зарождения, развития и исхода типовых патологических процессов, навыками синтеза отдельных симптомов типовых патологических процессов, на основании которого оценить и применить для решения заданий, предусмотренных учебной программой.
Уровень 3	навыками решения усложненных задач в области этиологии, патогенезе и клиники и исхода экспериментальных патологических состояний на основе приобретенных знаний и умений с их применением в нетипичных ситуациях в условиях опыта, экспериментальных манипуляциях, а также в клинической практике. Владеть навыками выражения и обоснования собственной позиции относительно полученной информации.

ПК-2: способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения

Знать:	
---------------	--

Уровень 1	показатели здоровья населения, факторы, формирующие здоровье человека (экологические, профессиональные, природно-климатические, эндемические, социальные, эпидемиологические, психо-эмоциональные, профессиональные, генетические); заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов; современную классификацию заболеваний; клиническую картину, особенностей течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп.
Уровень 2	методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля, современные методы клинического, лабораторного инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику);
Уровень 3	основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения.

Уметь:

Уровень 1	планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды;
Уровень 2	оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; провести первичное обследование систем и органов: нервной, эндокринной, иммунной, дыхательной, сердечно-сосудистой, крови и кроветворных органов, пищеварительной, мочевыделительной, репродуктивной, костно-мышечной и суставов, глаза, уха, горла, носа; установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевных пациентов.
Уровень 3	поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достаточного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, госпитализация; сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических (хирургических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.

Владеть:

Уровень 1	интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритм развернутого клинического диагноза.
Уровень 2	методами общеклинического обследования.
Уровень 3	правильным ведением медицинской документации; оценками состояния общественного здоровья.

ПК-5: готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

Знать:

Уровень 1	Особенности сбора жалоб и анамнеза больных. Методику обследования Основные клинические симптомы и синдромы часто встречающихся заболеваний; Дополнительные методы диагностики часто встречающихся заболеваний.
Уровень 2	Факторы риска возникновения заболеваний у взрослого населения Этиопатогенез, клиническую картину и диагностику часто встречающихся неврологических заболеваний.
Уровень 3	Показания и противопоказания к проведению дополнительных методов исследования.

Уметь:

Уровень 1	Собирать жалобы, анамнез у больных. Составить модель родословной для семей, имеющих наследственные заболевания. Исследовать общесоматический статус.
Уровень 2	Определить синдромы при различных заболеваниях; Определить показания и противопоказания для выбора дополнительных методов исследования.

Уровень 3	Поставить предварительный диагноз. Провести комплексное медицинское обследование с целью подтверждения предварительного диагноза.
Владеть:	
Уровень 1	Навыками сбора жалоб пациента и данных его анамнеза. Медицинской этикой и деонтологией. Методикой общего осмотра Навыками назначения необходимых лабораторных и инструментальных методов обследования для диагностики часто встречающихся заболеваний.
Уровень 2	Навыками постановки предварительного диагноза Навыками интерпретации основных лабораторных и инструментальных методов обследования.
Уровень 3	Навыками оформления медицинской документации. Навыками обоснования предварительного диагноза.

ПК-6: способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

Знать:	
Уровень 1	Основные и дополнительные методы исследования.
Уровень 2	Симптомы, синдромы заболеваний, основные нозологические формы в соответствии с МКБ-10.
Уровень 3	Алгоритм постановки топического и клинического диагнозов.
Уметь:	
Уровень 1	Решать типичные задачи на основании понимания клинических симптомов и адекватного лечения.
Уровень 2	Выбрать необходимые методы обследования для постановки диагноза и адекватного лечения.
Уровень 3	Обосновать необходимые методы обследования и лечения.
Владеть:	
Уровень 1	Навыками анализа собранных симптомов и обоснованности методов обследования и лечения.
Уровень 2	Навыками обоснованного подхода в диагностике в рамках полномочий врача общей практики.
Уровень 3	Навыками дифференциального диагноза основных заболеваний.

ПК-8: способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

Знать:	
Уровень 1	Необходимые методы и принципы ведения больных с различными нозологическими формами.
Уровень 2	Основные закономерности дифференцированной диагностики и тактики ведения пациентов с различными заболеваниями с целью адекватного обследования и лечения.
Уровень 3	Основные направления и принципы лечения, профилактики и реабилитации больных, оказания помощи при неотложных состояниях.
Уметь:	
Уровень 1	Использовать диагностические критерии и особенности течения заболеваний в зависимости от различных нозологических форм, осложнений и возрастных особенностей; применять международную классификацию болезней в тактике лечения.
Уровень 2	Использовать различные методы диагностики и уметь интерпретировать результаты; определить тактику ведения лиц с различными видами заболеваний, их осложнений.
Уровень 3	Определять спектр лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий.
Владеть:	
Уровень 1	Основными источниками информации специальной литературы.
Уровень 2	Принципами тактики врачебных действий для дифференцированной диагностики вариантов различных видов заболеваний и осложнений; назначения лечения.
Уровень 3	Навыками оказания неотложной помощи больным при ургентной патологии.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	- Этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний у взрослого населения;
3.1.2	- Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний протекающих в типичной форме у взрослого населения;
3.1.3	- Клинические проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения;
3.1.4	- Особенности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях;

3.1.5	- Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных хирургического профиля;
3.1.6	- Классификацию и клинические симптомы повреждений органов живота, полости таза.
3.2	Уметь:
3.2.1	- Собрать полный медицинский анамнез пациента, провести опрос больного, его родственников;
3.2.2	- Провести физикальное обследование пациента различного возраста, направить его на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам;
3.2.3	- Интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
3.2.4	- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
3.2.5	- Выявить жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь в чрезвычайных ситуациях;
3.2.6	- Определять по рентгенограмме наличие свободного газа в брюшной полости, признаков острой кишечной непроходимости, гидропневмоторакса, и другие признаки острых хирургических заболеваний;
3.2.7	- Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств.
3.3	Владеть:
3.3.1	- Методами ведения учетно-отчетной документации в медицинских организациях;
3.3.2	- Методами общего клинического обследования;
3.3.3	- Интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики;
3.3.4	- Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением на дополнительное обследование и к соответствующим врачам - специалистам;
3.3.5	- Алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза;
3.3.6	- Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Вводная часть: хирургическая деонтология, обследование хирургических больных. Курация больных. История болезни.						
1.1	Вводный. Хирургическая деонтология. Обследование хирургических больных. Курация больных. История болезни. /Лек/	7	2	ОПК-6 ОПК-9 ПК-2 ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
1.2	Хирургическая деонтология. Схема обследования хирургического больного. Курация больных. История болезни. /Пр/	7	2	ОПК-6 ОПК-9 ПК-2 ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
1.3	Хирургическая деонтология. Схема обследования хирургического больного. Курация больных. История болезни. /Ср/	7	2	ОПК-6 ОПК-9 ПК-2 ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
	Раздел 2. Заболевания органов брюшной полости. Заболевания легких и плевры. Хирургические паразитарные заболевания.						
2.1	Грыжи. Аппендицит. Перитонит. /Лек/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.3 Л3.10 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	

2.2	Холецистит. Желчнокаменная болезнь.Панкреатит. /Лек/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.11 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.3	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (этиология, патогенез, диагностика,хирургическое лечение, осложнения). /Лек/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.6 Л3.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.4	Кишечная непроходимость. /Лек/	7	2	ПК-2 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.5	Рак желудка, кишечника. /Лек/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.6	Бронхоэктатическая болезнь. /Лек/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.7	Абсцесс и гангрена легких. Плеврит. Эмпиема плевры. /Лек/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.8	Эхинококкоз печени и легких. /Лек/	7	2	ПК-2 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.9	Грыжи передней брюшной стенки. Осложнения грыж. /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.3 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.10	Аппендицит. /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.10 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.11	Холецистит. /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.12	Панкреатиты. Острый панкреатит.Хронический панкреатит. /Пр/	7	2	ПК-2 ОПК-9 ПК-5 ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.11 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.13	Желчнокаменная болезнь. Осложнения ЖКБ. /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	

2.14	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (этиология, патогенез, диагностика). /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.6 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.15	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (хирургическое лечение, осложнения). /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.6 Л3.7 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.16	Рак желудка и кишечника. /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.3 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.17	Заболевания прямой кишки. Параноктиты. /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.18	Геморрой. /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.13 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.19	Заболевания толстого кишечника, долихосигма. /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.3 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.20	Кишечная непроходимость. /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.3 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.21	Перитонит. /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.22	Бронхоэктатическая болезнь. /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.23	Эмпиема плевры. Абсцесс и гангрена легких. /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.4 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.24	Эхинококкоз печени и легких. /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.5 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	

2.25	Альвеококкоз печени. /Пр/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.26	Осложнения грыж.Аппендицит. Холецистит. Желчнокаменная болезнь. Осложнения ЖКБ. Панкреатиты. Острый панкреатит. Перитонит. /Ср/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.11 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
2.27	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (хирургическое лечение, осложнения). /Ср/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.6 Л3.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
2.28	Рак желудка и кишечника. /Ср/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
2.29	Заболевания прямой кишки. Парапроктиты.Геморрой. /Ср/	7	2	ОПК-9 ПК-5 ПК-2 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.3 Л3.13 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
2.30	Заболевания толстого кишечника, долихосигма. Кишечная непроходимость. /Ср/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
2.31	Бронхоэктатическая болезнь. /Ср/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
2.32	Эмпиема плевры. Абсцесс и гангрена легких. /Ср/	7	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
2.33	Эхинококкоз печени и легких.Альвеококкоз печени. /Ср/	7	1,7	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
2.34	/КрТО/	7	0,3			0	
2.35	/Зачёт/	7	0	ОПК-6 ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
	Раздел 3. Заболевания сосудов.						
3.1	Острые заболевания артерий. Острая травма артерий. /Лек/	8	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
3.2	Хроническая артериальная ишемия нижних конечностей. Облитерирующий атеросклероз. /Лек/	8	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	

3.3	Острые тромбозы вен. /Лек/	8	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
3.4	Хронические заболевания вен. /Лек/	8	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.16 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
3.5	Острые заболевания артерий. Артериальный тромбоз, эмболии. Острая травма артерий. Остановка кровотечения. /Пр/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1	Показ видеофильма
3.6	Хроническая артериальная ишемия нижних конечностей. Облитерирующий атеросклероз. /Пр/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
3.7	Тромбоз глубоких вен нижних конечностей, ТЭЛА. /Пр/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Л3.16 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1	Показ видеофильма
3.8	Хронические заболевания вен. Варикозная болезнь нижних конечностей. /Пр/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Л3.16 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
3.9	Острые заболевания артерий. Артериальный тромбоз, эмболии. Острая травма артерий. Остановка кровотечения. /Ср/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
3.10	Хроническая артериальная ишемия нижних конечностей. Облитерирующий атеросклероз. /Ср/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
3.11	Тромбоз глубоких вен нижних конечностей, ТЭЛА. /Ср/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Л3.16 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
3.12	Хронические заболевания вен. Варикозная болезнь нижних конечностей. /Ср/	8	3	ПК-2 ПК-5 ОПК-9 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Л3.16 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
Раздел 4. Заболевания пищевода.							
4.1	Заболевания пищевода. /Лек/	8	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.2	Портальная гипертензия. Варикозное расширение вен пищевода. Кровотечения. /Лек/	8	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	

4.3	Рак пищевода. /Лек/	8	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.4	Заболевания пищевода. Дивертикулы, ахалазия кардии. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. /Пр/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.6 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.5	Рак пищевода. Рубцовая стриктура пищевода после химического ожога. /Пр/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.6	Заболевания пищевода. Дивертикулы, ахалазия кардии. /Ср/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
4.7	Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. /Ср/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
4.8	Рубцовая стриктура пищевода после химического ожога. /Ср/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
	Раздел 5. Заболевания щитовидной и молочной желез.						
5.1	Заболевания щитовидной железы. Зоб. /Лек/	8	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.8 Л3.9 Л3.12 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
5.2	Заболевания молочной железы (мастит, мастопатия, рак). /Лек/	8	2	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
5.3	Заболевания щитовидной железы. Эндемический зоб. /Пр/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.8 Л3.9 Л3.12 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
5.4	Узловой зоб. /Пр/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1	Показ видеофильма
5.5	Тиреотоксикоз, диффузный токсический зоб /Пр/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.8 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	

5.6	Заболевания молочной железы. Лактационный мастит. /Пр/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
5.7	Мастопатии. Рак молочной железы. /Пр/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
5.8	Современные хирургические технологии. Пересадка органов. Пластическая хирургия. /Пр/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
5.9	Заболевания щитовидной железы. Эндемический зоб. /Ср/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.8 Л3.9 Л3.12 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
5.10	Узловой зоб. /Ср/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.8 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
5.11	Тиреотоксикоз, диффузный токсический зоб. /Ср/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
5.12	Заболевания молочной железы. Лактационный мастит. /Ср/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
5.13	Мастопатии. Рак молочной железы. /Ср/	8	3	ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю
5.14	/КрЭж/	8	0,5			0	
5.15	/Экзамен/	8	17,5	ОПК-6 ОПК-9 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	Повторение и закрепление изученного материала (работа с лекционным материалом, учебной литературой); - формулировка вопросов; - предэкзаменационные индивидуальные и групповые консультации с преподавателем.

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы на уровень обученности «ЗНАТЬ»

7 СЕМЕСТР:

Модуль 1. Вводная часть: хирургическая деонтология, обследование хирургических больных. Курация больных. История болезни:

1. Понятие о хирургической деонтологии.
2. Организация работы хирургического отделения.
3. Ведущий хирург, подготовка молодых хирургов.
4. Самовоспитание врача хирурга.
5. Действие хирурга в экстремальной ситуации.
6. Постановка диагноза выработка тактики лечения хирургического больного.
7. Структура и особенности истории болезни хирургического больного.
8. Особенности опроса хирургических больных.
9. Анамнез болезни хирургического больного.
10. Обследование пораженного органа или части тела.
11. Лабораторное и инструментальное исследование хирургического больного.

Модуль 2. Заболевания органов брюшной полости. Заболевания легких и плевры. Хирургические паразитарные заболевания.

12. Классификация грыж.
13. Причины возникновения грыж.
14. Анатомия грыжи.
15. Клиника и дифференциальная диагностика грыж.
16. Хирургическое лечение неущемленных грыж. Пластические операции.
17. Паховые грыжи.
18. Бедренные грыжи.
19. Пупочные грыжи и грыжи белой линии живота.
20. Ущемленные грыжи. Клиника. Диагностика. Механизм ущемления.
21. Патолого-анатомические изменения при ущемлении грыжи.
22. Принципы лечения ущемленных грыж.
23. Принципы ведения послеоперационного периода при ущемленных грыжах.
24. Аппендицит, определение, классификация, этиология, патогенез.
25. Варианты расположения червеобразного отростка.
26. Патолого-анатомические формы острого аппендицита.
27. Этиология и патогенез острого аппендицита.
28. Клинические формы острого аппендицита.
29. Симптоматика острого аппендицита.
30. Клиника острого аппендицита при атипичном расположении червеобразного отростка.
31. Дифференциальная диагностика с различными заболеваниями органов брюшной полости.
32. Изменения крови при остром аппендиците.
33. Техника аппендэктомии.
34. Показания к тампонированию брюшной полости при острых аппендицитах.
35. Ранние послеоперационные осложнения их профилактика и лечение.
36. Профилактика спаечной непроходимости.
37. Анатомия желчного пузыря и желчевыводящих протоков.
38. Патолого-анатомическая классификация холециститов.
39. Клиника острого холецистита.
40. Дифференциальная диагностика острого холецистита. (С перфоративной язвой, почечной коликой, панкреатитом, острой кишечной непроходимостью, острым аппендицитом).
41. Классификация больных с острыми холециститами по показаниям к хирургическому лечению (экстренные, ранние отсроченные, плановые операции).
42. Методы хирургического лечения.
43. Послеоперационные осложнения.
44. Поздние осложнения. Причины повторных операций на желчных путях.
45. Оценка лабораторных и рентгенологических исследований в диагностике холециститов.
46. Виды дренирования желчных протоков.
47. Желчные камни и их значение в возникновении холециститов.
48. Приступ печеночной колики и мероприятия по ее устранению.
49. Клиника хронического холецистита.
50. Симптомы хронического холецистита (Мерфи, Ортнера, Федорова, Мюссе-Георгиевского, Курвуазье, болевая точка Кера и др).
51. Подготовка больных к операции.

52. Состав желчи, обмен билирубина.
53. Клинические проявления механической желтухи, дифференциальный диагноз.
54. Причина возникновения холемических кровотечений, меры профилактики.
55. Острая печеночная недостаточность вследствие механической желтухи.
56. Лабораторные показатели – маркеры механической обструкции желчеоттока.
57. Клиника желчного перитонита, особенности.
58. Желчные свищи, классификация, механизм образования.
59. Холангит, клинические и лабораторные маркеры.
60. Этиологические факторы, способствующие возникновению язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
61. Патогенез.
62. Клиническая картина.
63. Дифференциальная диагностика язвенной болезни.
64. Методы диагностики язвенной болезни.
65. Данные исследования желудочного сока, рН-метрия. Рентгеноскопия. Эзофагогастродуоденоскопия.
66. Данные исследования крови.
67. Резекция желудка по Бильрот-I, и Бильрот-II.
68. Ваготомия стволовая и селективная в сочетании с дренирующими операциями.
69. Эндоскопические операции.
70. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
71. Предраковые заболевания желудка.
72. Пути метастазирования рака желудка.
73. Макроскопические формы рака желудка.
74. Гистологические формы рака желудка.
75. Дифференциальный диагноз рака желудка.
76. Принципы ранней диагностики рака желудка.
77. Какие диагностические методы являются основными для диагностики рака желудка.
78. Основные рентгенологические признаки рака желудка.
79. Современные методы лечения рака желудка.
80. Радикальные операции при раке желудка.
81. Паллиативные операции при раке желудка.
82. Анатомия клетчатого пространства вокруг прямой кишки.
83. Острые парапроктиты. Причины их возникновения. Клиника.
84. Хронические парапроктиты, их классификация, клиника и лечение.
85. Трещины заднего прохода. Клиника. Лечение.
86. Выпадение прямой кишки, причины их возникновения.
87. Классификация и локализация рака прямой кишки.
88. Клиника и методы диагностики рака прямой кишки.
89. Методы радикальных и паллиативных операций при раке прямой кишки.
90. Каловый свищ, противоестественный задний проход.
91. Геморрой. Клиника, диагностика и методы лечения.
92. Этиология геморроя.
93. Клиника геморроя.
94. Осложнения геморроя.
95. Классификация геморроя.
96. Методы консервативного лечения, виды операций и показания к хирургическому лечению геморроя.
97. Острые и хронические колиты.
98. Мегаколон, клиника, диагностика и методы лечения.
99. Долихосигма, клиника, диагностика осложнения и методы лечения.
100. Причины, вызывающие кишечную непроходимость.
101. Классификация кишечной непроходимости.
102. Механическая кишечная непроходимость.
103. Динамическая кишечная непроходимость.
104. Обтурационная кишечная непроходимость.
105. Виды динамической кишечной непроходимости.
106. Клиника острой кишечной непроходимости.
107. Заворот кишок.
108. Узлообразование.
109. Инвагинация кишечника.
110. Тромбоз брыжеечных сосудов.
111. Методы консервативной терапии острой кишечной непроходимости.
112. Показания к хирургическому лечению и принципы хирургического лечения.
113. Дифференциальная диагностика острой кишечной непроходимости.
114. Понятие "Сифонная клизма" и показание к ней.
115. Принципы послеоперационного ведения больного.
116. Анатомия и физиология поджелудочной железы.
117. Понятие о патогенезе острого панкреатита.
118. Патолого-анатомическая классификация острого панкреатита.
119. Клиника острого панкреатита.

120. Симптомы Мондора, Грюнвельда, Грей-Тернера, Мейо-Робсона, Воскресенского.
121. Дифференциальная диагностика острого панкреатита с острой кишечной непроходимостью.
122. Дифференциальная диагностика с прободной язвой, острым аппендицитом, острым холециститом, тромбозом мезентериальных сосудов, инфарктом миокарда.
123. Принципы консервативной терапии.
124. Показания к применению ингибиторов протеаз.
125. Показания к хирургическому лечению.
126. Показания к перитонеальному диализу.
127. Послеоперационное ведение больных и рекомендации после выписки из стационара.
128. Оценка лабораторных данных в диагностике острого панкреатита.
129. Понятие патогенезе хронического панкреатита.
130. Патолого-анатомическая классификация хронического панкреатита.
131. Клиника хронического панкреатита.
132. Принципы консервативной терапии.
133. Показания к применению ингибиторов протеаз.
134. Показания к хирургическому лечению.
135. Особенности строения и функции брюшины.
136. Понятие о перитонитах их классификация.
137. Клиника и стадии острого, разлитого, гнойного перитонита.
138. Понятие об ограниченных перитонитах.
139. Этиология перитонитов.
140. Основные факторы патогенеза разлитого перитонита.
141. Гидроионные нарушения и изменения кислотно-щелочного состояния у больных с острым гнойным перитонитом.
142. Диагностика острого гнойного разлитого перитонита, симптомы заболевания.
143. Основные принципы лечения острого гнойного перитонита.
144. Принципы хирургического лечения.
145. Показания к перитонеальному диализу.
146. Прогноз и причины смерти при гнойных перитонитах.
147. Основные формы ТВС-перитонита.
148. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология. Клиника. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
149. Инструментальная диагностика нагноительных заболеваний легких: рентгенография, бронхоскопия, бронхография, торакоскопия.
150. Абсцесс и гангрена легких. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
151. Плеврит, эмпиема плевры. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
152. Дренирование плевральной полости.
153. Биологический цикл эхинококка.
154. Клиника эхинококка.
155. Клиника эхинококка купола печени.
156. Осложнения эхинококка.
157. Дополнительные методы исследования – серологические, рентгенологические, радиоизотопные, лабораторные (ИХЛ).
158. Основные принципы хирургического лечения.
159. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больного с эхинококком печени.
160. Эхинококкоз легких. Клиника. Диагностика.
161. Хирургическое лечение эхинококка легких.
162. Биологический цикл альвеококкоза.
163. Клиника альвеококкоза.
164. Осложнения альвеококкоза.
165. Дополнительные методы исследования – серологические, рентгенологические, радиоизотопные, лабораторные (ИХЛ).
166. Основные принципы хирургического лечения.
167. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больного с альвеококкоза печени.

Модуль 3. Заболевания сосудов.

168. Острая артериальная ишемия. Этиология.
169. Источники и пути миграции артериальных эмболов.
170. Классификация острой артериальной ишемии. Клиника. Диагностика.
171. Инструментальная диагностика заболеваний артерий.
172. Тактика лечения острой артериальной ишемии.
173. Принципы реконструктивных и восстановительных операций на артериях.
174. Травмы сосудов. Временное протезирование артерий.
175. Этиология и патогенез облитерирующего атеросклероза.
176. Этиология и патогенез тромбангиита.
177. Клиническая симптоматика хронической артериальной ишемии нижних конечностей.
178. Инструментальная диагностика хронической артериальной ишемии нижних конечностей.
179. Классификация хронической артериальной ишемии нижних конечностей.

180. Консервативные и оперативные методы лечения хронической артериальной ишемии нижних конечностей.
 181. Эндовазальные методы лечения хронической артериальной ишемии нижних конечностей.
 182. Профилактика облитерирующих заболеваний артерий.
 183. Патофизиология венозного кровообращения. Центральное венозное давление, периферическое венозное давление.
 184. Функциональное и ангиографическое исследование вен.
 185. Острые тромбозы магистральных вен. Этиология. Клиника.
 186. Методы хирургической профилактики ТЭЛА.
 187. Принципы контроля и коррекции нарушений свертывающей системы крови.
 188. Варикозная болезнь. Относительная недостаточность клапанов. Этиология. Патогенез. Клиника.
 189. Принципы хирургического лечения варикозной болезни.
 190. Принципы коррекции венозного кровообращения нижних конечностей при хронической венозной недостаточности.
 191. Варикозная болезнь. Относительная недостаточность клапанов. Этиология. Патогенез. Клиника.
 192. Принципы хирургического лечения варикозной болезни.
 193. Принципы коррекции венозного кровообращения нижних конечностей при хронической венозной недостаточности.

Модуль 4. Заболевания пищевода.

194. Дивертикулы пищевода. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
 195. Кардиоспазм. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
 196. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
 197. Рак пищевода. Клиника. Диагностика. Лечение.
 198. Методы радикального и паллиативного хирургического лечения.
 199. Послеожоговая рубцовая стриктура пищевода. Принципы лечения. Бужирование. Хирургическое лечение.
 200. Восстановительные и реконструктивные операции на пищеводе.

Модуль 5. Заболевания щитовидной и молочной желез.

201. Классификация заболеваний щитовидной железы.
 202. Этиология. Патогенез эндемического зоба. Клиника. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Профилактика.
 203. Осложнения хирургического лечения зоба.
 204. Классификация узловых форм зоба.
 205. Показания к оперативному лечению узлового зоба.
 206. Тонкоигольная аспирационная биопсия узлового зоба, показания.
 207. Тиреоидэктомия – показания.
 208. Осложнения оперативного лечения зоба.
 209. Тиреотоксикоз, причины, клиника, диагностика, лечение.
 210. Подготовка пациента к оперативному лечению.
 211. Мастит, этиология, клиника.
 212. Профилактика лактационного мастита.
 213. Методы хирургического лечения мастита.
 214. Основные формы рака молочной железы.
 215. Предраковые заболевания.
 216. Ранняя диагностика рака молочной железы.
 217. Принципы лучевой, гормональной терапии рака молочной железы.
 218. Хирургическое лечение рака молочной железы.
 219. Профилактика рака молочной железы.
 220. Понятие малоинвазивной хирургии.
 221. Современные эндоскопические технологии в хирургии, сферы применения.
 222. Пересадка органов показания, профилактика отторжения пересаженного органа.

Вопросы на уровень обученности «УМЕТЬ» и «ВЛАДЕТЬ»:

1. Умение собрать жалобы и анамнез
 2. Физикальное обследование по системам
 3. Симптомы основных заболеваний внутренних органов
- Щитовидная железа: симптом Штельвага, Мебиуса, Грефе, Кохера, Горнера, Дальримпля, Хвостека, Труссо
 Заболевания легких: проведение аускультации, определение линии Демуазо
 Заболевания аорты и периферических артерий: симптом Оппеля, Гольдфлама, Панченко, симптом белого пятна, симптом Самуэльса
 Острый аппендицит: симптом Кохера-Волковича, Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Образцова
 Острая кишечная непроходимость: симптом Валя, Кивуля, симптом Обуховской больницы
 Острый холецистит: симптом Ортнера, Мерфи, Мюсси-Гергиевского
 Острый панкреатит: симптом Керте, Мейо-Робсона, Воскресенского

Рак поджелудочной железы: симптом Курвуазье.

4. Оценка результатов анализов:

- общий анализ крови и мочи
- биохимический анализ крови
- почечный комплекс (общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, остаточный азот, клиренс по эндогенному креатинину, электролиты – калий, кальций, фосфор, натрий, хлор)
- печеночный комплекс (общий белок, белковые фракции, холестерин, общий билирубин и его фракции, сулемовая и тимоловая пробы, АЛТ, АСТ, ЩФ)
- кислотно-основное состояние крови
- сахар крови натощак, сахарный профиль, амилаза крови, диастаза мочи
- серологический маркерный спектр у больных вирусными гепатитами А, В, С
- оценка коагулограммы: время свертывания, длительность кровотечения, толерантность к гепарину, протромбиновый индекс, протромбиновое время, время рекальцификации

5. Трактовка результатов инструментальных методов исследования:

- рентгенологического исследования брюшной полости и грудной клетки
- ультразвукового исследования органов брюшной полости и щитовидной железы
- бронхоскопии и бронхографии
- плевральной пункции

6. Проведение постурального дренажа бронхов

7. Оценка выявленных при обследовании пациента патологических изменений и

формулирование предварительного диагноза.

8. Обоснование этиологической, патогенетической и посиндромной терапии при различных патологических состояниях у пациентов.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Курсовые работы не предусмотрены.

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ И МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ - перечень вопросов в п.5.1.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ (зачет, экзамен) - перечень вопросов в ПРИЛОЖЕНИИ 2.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ - перечень задач в ПРИЛОЖЕНИИ 3.

РЕФЕРАТ - тематика в ПРИЛОЖЕНИИ 5.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО:

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

ТЕСТЫ. Перечень тестов в ПРИЛОЖЕНИИ 4.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ. Студент заполняет историю болезни согласно ПРИЛОЖЕНИЯ 6.

5.4. Перечень видов оценочных средств

Теоретический опрос.

Модульный контроль.

Ситуационная задача.

Реферат.

Курация больного.

История болезни.

Тесты.

ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ в ПРИЛОЖЕНИИ 7.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)			
6.1. Рекомендуемая литература			
6.1.1. Основная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко	Хирургические болезни: В 2-х т.: Учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа 2006
Л1.2	М.И. Кузин, О.С. Шкроб, Н.М. Кузин и др.; Под ред. М.И. Кузина	Хирургические болезни: Учебник	Москва.: Медицина 1995
Л1.3	Фунлоэр И.С., Осмонов Т.А., Мадаминов А.М.	Клиническая хирургия: курс лекций (факультетская хирургия)	Бишкек: Изд-во КPCУ 2017
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Савельев В.С., Кириенко А.И.	Хирургические болезни. В 2 т. Т. 1: учебное пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2005
Л2.2	Шулутко А.М., Семиков В.И., Андрияшкин В.В.	Хирургические болезни: Учеб.-метод. пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011
6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	А.М. Мадаминов, Т.А. Осмонов, И.С. Фунлоэр, Дж.Н. Нурманбетов	Перитонит	Бишкек.: Изд-во КPCУ 2005
Л3.2	Сост.: А.М. Мадаминов, Дж. Нурманбетов, И.С. Фунлоэр и др.	Заболевания молочной железы: Учебно-методическое пособие	2014
Л3.3	Сост.: А.М. Мадаминов, Дж. Н. Нурманбетов, И.С. Фунлоэр и др.	Острая кишечная непроходимость: Учебно-методическое пособие	2014
Л3.4	Фунлоэр И.С., Жынжыров Б.К.	Буллезная болезнь легких (клиника, диагностика и методы лечения): Монография	Бишкек: Изд-во КPCУ 2015
Л3.5	Фунлоэр И.С., Осмонов Т.А., Нурманбетов Д.Н.	Эхинококкоз легких и печени. Альвеококкоз: Учебно-методическое пособие для студентов медицинского факультета старших курсов	Бишкек: КPCУ 2016
Л3.6	Х.С. Бебезов, Дж.Н. Нурманбетов, А.М. Мадаминов, Ш. М. Чынгышпаев	Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона: Учебно-методическое пособие	Бишкек.: Изд-во КPCУ 2002
Л3.7	Х.С. Бебезов, Дж.Н. Нурманбетов, Ш.М. Чынгышпаев и др.	Болезни оперированного желудка: Учебно-методическое пособие	Бишкек.: Изд-во КPCУ 2003
Л3.8	Садырбеков Ж.С., Осмонов Т.А., Нурманбетов Д.Н.	Хирургические заболевания щитовидной железы: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КPCУ 2012
Л3.9	Нурманбетов Д.Н., Садырбеков Ж.С., Султангазиев Р.А., Исмаилов Ж.Т,	Патология околощитовидных желез: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КPCУ 2011
Л3.10	Бебезов Х.С., Ахунбаева Н.И., Бебезов Б.Х., Боронбаев С.Б., Нурманбетов Д.Н.	Клиника и осложнения острого аппендицита: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КPCУ 2005

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.11	Осмонов Т.А., Нурманбетов Дж.Н., Мадаминов А.М.	Острый панкреатит: Учеб.-метод. пособие	Бишкек: Изд-во КPCY 2015
ЛЗ.12	Нурманбетов Д.Н.	Развитие хирургии эндокринной системы: щитовидной железы и паращитовидных желез	
ЛЗ.13	Мадаминов А.М., Нурманбетов Дж.Н., Субанов А.А., Осмонов Т.Ж.	Особенности хирургического лечения геморроя, осложненного анемией	
ЛЗ.14	Кочоров О.Т., Нурманбетов Д.Н., Иманкулова А.С.	Хирургическая реабилитация больных с гнойными заболеваниями мягких тканей и костей конечностей: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КPCY 2016
ЛЗ.15	Нурманбетов Д.Н., Бебезов Х.С., Насыров В.А., Чынгышбаев Ш.М.	Учебно-методическое пособие по практическим навыкам: методические указания	Бишкек: Изд-во КPCY 2001
ЛЗ.16	Осмонов Т.А.	Диагностика и лечение острых тромбозов магистральных вен: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КPCY 2011

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

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

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

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

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

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

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Теоретическая подготовка изучения программы по общей хирургии и хирургическим болезням проводится в Национальном Госпитале Министерства здравоохранения КР, хирургический корпус (кл. им. И.К. Ахунбаева). Адрес: г. Бишкек, ул. Т.Молдо, 1а. (Учебные комнаты №1-№11); Бишкекском научном центре травматологии и ортопедии (БНИЦТО), корпус №2 (Адрес: г. Бишкек, ул. Кривоносова, 206) – 2 этаж, отделение хирургии политравмы (Учебные комнаты №11, №12); Чуйской областной больнице, хирургический корпус №1 (Адрес: г. Бишкек, ул. Саратовская, 10/2) – 2 этаж, отделение хирургии (Учебная комната №13).
7.2	Имеет: Лекционный зал – 2 этаж фойе кафедры на 144 посадочных мест. В комплекте: мультимедийное оборудование, экран.

7.3	Учебная комната №1-цокольный этаж (малый лекционный зал). 22 посадочных мест. В комплекте: набор для отработки хирургических навыков, таблицы, учебные и демонстрационные материалы.
7.4	Учебная комната №2-цокольный этаж. 12 посадочных мест. В комплекте:- улучшенный набор для хирургических навыков, - таблицы.
7.5	Лаборантская №3- цокольный этаж. В комплекте:- 1 компьютер, - 1 лазерный принтер, - 1 цифровой фотоаппарат, - 1 проектор, - Wi-Fi, - 1 нетбук, - наглядные учебные пособия, - таблицы, - учебно-методические разработки кафедры (печатные и электронные).
7.6	Учебная комната №4- 1 этаж кафедры. 14 посадочных мест. В комплекте:- таблицы, - учебные и демонстрационные материалы,
7.7	Учебная комната №5- 3 этаж кафедры. 18 посадочных мест. В комплекте: - учебники, учебные пособия, справочники, формуляры, руководства, учебно-методические рекомендации, истории болезней;- наглядные учебные пособия.
7.8	Учебная комната №6- 3 этаж кафедры. 16 посадочных мест. В комплекте: - учебники, учебные пособия, справочники, формуляры, руководства, учебно-методические рекомендации, истории болезней;- наглядные учебные пособия, - таблицы, - муляжи.
7.9	Учебная комната №7- 1 этаж кафедры. 16 посадочных мест. В комплекте: - наглядные учебные пособия, - тематические таблицы, - муляжи, - компьютер, - негатоскоп,
7.10	Учебная комната №8- 1 этаж кафедры. 16 посадочных мест. В комплекте: - учебники, учебные пособия, справочники, формуляры, руководства, учебно-методические рекомендации, истории болезней;- наглядные учебные пособия, - таблицы.
7.11	Учебная комната №9- цокольный этаж отделения проктологии. 14 посадочных мест. В комплекте: - наглядные учебные пособия, - таблицы, - муляжи, - негатоскоп.
7.12	Учебная комната №10- 1 этаж отделение проктологии. 18 посадочных мест. В комплекте: - наглядные учебные пособия, - таблицы.
7.13	Учебная комната №11- 3 этаж, отделение сосудистой хирургии. 12 посадочных мест. В комплекте: - учебники, учебные пособия, справочники, истории болезней; - наглядные учебные пособия, - таблицы, - муляжи(анатомия органов и строение тела человека) вт.ч. плакаты, - компьютер.
7.14	Учебные комнаты №12. 14 посадочных мест. В комплекте: - негатоскоп, - шины для транспортной иммобилизации, - шины (проволочная и лестничная шина Крамера, деревянная шина Детерика и т.д.).
7.15	Учебные комнаты №13. 16 посадочных мест. В комплекте: - негатоскоп, - шины для транспортной иммобилизации, - шины (проволочная и лестничная шина Крамера, деревянная шина Детерика и т.д.), - таблицы, -учебные пособия.
7.16	Учебная комната №14. 16 посадочных мест. В комплекте: - учебные пособия, - таблицы, - муляжи, - негатоскоп, - дренажные трубки.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ №1.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:

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

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

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

- определение;
- актуальность изучаемой нозологической формы и история изучаемого вопроса;
- этиология;
- патогенез, в том числе генетически факторов в развитии заболевания, наличие сопутствующей патологии, патоморфология;
- клиническая картина;
- критерии оценки степени тяжести течения в разные периоды болезни;
- осложнения;
- возможные исходы, критерии выздоровления, развития хронического течения, причины летальных исходов;
- лабораторная и инструментальная диагностика;
- критерии постановки диагноза в разные периоды заболевания;
- дифференциальный диагноз;
- лечение: этиологическое, патогенетическое, симптоматическое с учетом возраста и тяжести течения заболевания,

оказание экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях, лечение тяжелых форм заболеваний, лечение и профилактика возможных осложнений, лечение в условиях стационара и в амбулаторных условиях;

- диспансеризация, реабилитация;
- профилактика.

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

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы.
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ:

При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1. Организационный этап занятия (время - до 2%);
 - 1) перекличка;
 - 2) задание на дом следующей темы;
 - 3) мотивация темы данного практического занятия;
 - 4) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
2. Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время - до 20%);
 - 1) теоретический опрос по текущей теме;
 - 2) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
 - 3) этап демонстрации преподавателем практических навыков (время - до 15%)
 - 4) этап демонстрации самостоятельной работы студентов (защита доклада с презентацией) (время - до 45%)
 - 5) заключительный этап занятия (время - до 18%):
 - а) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений с помощью решения ситуационных задач;
 - б) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

Подразумевает подготовку к практическим занятиям и включает изучение специальной литературы по теме (рекомендованные учебники, методические пособия, ознакомление с материалами, опубликованными в монографиях, специализированных журналах, на рекомендованных медицинских сайтах); выполнение заданий поисково-исследовательского характера с помощью интернет-ресурсов; подготовка конспектов, выступлений на семинаре, рефератов, мультимедийных презентаций; проведение деловых игр. Самостоятельная работа рассматривается как вид учебной работы по дисциплине и выполняется в пределах отводимых на СРС часов. Каждый обучающийся обеспечивается доступом к учебно-методическому кабинету кафедры и библиотечным фондам ВУЗа.

По каждому разделу на кафедре разработаны методические рекомендации для студентов, а также методические указания для преподавателей.

Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

1. Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины: Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут. Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю. Подготовка к практическому занятию – 2 час.

Всего в неделю – 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента:

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий: После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса. Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой:

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно

мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю:

Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?. При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

8. Отработки пропущенных занятий:

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.). Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

МОДУЛЬНЫЙ ОПРОС:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА.

УСЛОВИЕ:

У больной 28 лет после перенесенной фолликулярной ангины появилась раздражительность, утомляемость, стала прогрессивно худеть. При осмотре обнаружено диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы, заметное на глаз, положитель-ные глазные симптомы Кохера и Мебиуса, неустойчивость в позе Ромберга. Пульс 110 в минуту. Какой диагноз Вы поставите? Как лечить больную?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Диффузный клинический зоб. Состояние тиреотоксикоза лечится консервативно. И в состоянии эутиреоза - хирургически.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО.

1. Теоретическая подготовка к курации больного (ознакомление с тематикой страдающего больного).
2. Распределение пациентов среди студентов.
3. Установление доверительного контакта с пациентом.
5. Сбор жалоб и анамнеза заболевания.
6. Сбор анамнеза жизни больного.
6. Осмотр и обследование больного по системам внутренних органов.
7. Осмотр и описание клинического статуса.
8. Постановка предварительного диагноза.
9. Сбор лабораторных данных исследования больного.
10. Постановка клинического диагноза.
11. Определение тактики предполагаемого лечения.

12. Написание дневников, этапного или выписного эпикриза в учебной истории больного.
13. Краткое резюме по этиологии, патогенезу, клинике и лечению по современным данным литературных источников.
14. Обсуждение учебной истории болезни в группе среди студентов и с преподавателем кафедры.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.

Студент заполняет историю болезни согласно указанной схеме:

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

РЕФЕРАТ. Правила подготовки и написание:

Рефераты оформляются в виде рукописи, излагающей постановку проблемы, содержание исследования и его основные результаты. Текст реферата должен демонстрировать:

- знакомство студента с основной литературой по теме реферата;
- умение выделить проблему и определить методы ее решения;
- умение последовательно изложить существо рассматриваемых вопросов;
- владение соответствующим понятийным и терминологическим аппаратом;
- приемлемый уровень языковой грамотности, включая владение функциональным стилем изложения.

Реферат должен иметь следующую структуру: титульный лист, оглавление, введение, главы, параграфы, заключение, список используемой литературы, при необходимости – приложения. Номера присваиваются всем страницам, начиная с титульного листа, нумерация страниц проставляется со второй страницы.

Титульный лист реферата должен содержать: название факультета; специальность; название темы реферата; фамилию, имя, отчество автора; фамилию, имя, отчество, преподавателя; месяц и год выполнения реферата.

Оглавление реферата представляет собой составленный в последовательном порядке список всех заголовков, глав, параграфов работы с указанием страниц, на которых соответствующие параграфы начинаются.

Предварительно тему реферата студент должен согласовать с преподавателем. В одной группе рефераты с одинаковыми темами не допускаются

Плагиат в реферате недопустим. Текст контролируется на наличие совпадений с внешними источниками.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ ТЕСТОВ:

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

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ: Исходный уровень знаний студентов определяется обязательным устным собеседованием и решением ситуационных задач:

При явке на экзамен студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена.

На устном опросе студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета.

Студенты могут использовать технические средства, справочно-нормативную литературу, наглядные пособия, учебные программы.

Оценка промежуточного контроля:

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

**ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ КАРТЫ ДИСЦИПЛИНЫ
«ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ»**

Курс 4, семестр 7, ЗЕ – 2, Отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РЦД	Контроль	Форма контроля	Зачетный	Зачетный	График контроля
			минимум	максимум	
Модуль 1					
Вводная часть: хирургическая деонтология, обследование хирургических больных. Курация больных. История болезни.	текущий контроль	Теоретический опрос; Тесты; Проверка СРС. Реферат Активность: - <i>За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.</i> - <i>За активное участие в НИРС – 3 балла.</i> Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.</i>	17	30	9 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №1; Защита истории болезни.	3	5	
Модуль 2					
Заболевания органов брюшной полости. Заболевания легких и плевры. Хирургические паразитарные заболевания.	текущий контроль	Теоретический опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований); Тесты; Проверка СРС. Реферат Активность: - <i>За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.</i> - <i>За активное участие в НИРС – 3 балла.</i> Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.</i>	17	30	18 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №2; Решение ситуационных задач.	3	5	
ВСЕГО за семестр			40	70	18 неделя
Промежуточный контроль (зачет)	Устный опрос; Решение ситуационных задач.	20	30		
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Курс 4, семестр 8, 3Е – 3, Отчетность – экзамен

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля	
					1 цикл	2 цикл
Модуль 3						
Заболевания сосудов.	текущий контроль	Теоретический опрос; Тесты; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований); Проверка СРС. Реферат Активность: <i>- За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла.</i> Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.</i>	10	18	26 неделя	36 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №3; Решение ситуационных задач.	3	5		
Модуль 4						
Заболевания пищевода.	текущий контроль	Теоретический опрос; Тесты; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований); Проверка СРС. Реферат. Активность: <i>- За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла.</i> Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.</i>	10	18	29 неделя	39 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №4; Решение ситуационных задач.	3	5		

Модуль 5						
Заболевания щитовидной и молочной желез.	текущий контроль	Теоретический опрос; Тесты; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований); Проверка СРС Реферат Активность: <i>- За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла.</i> Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.</i>	11	19	32 неделя	42 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №5; Защита истории болезни.	3	5		
ВСЕГО за семестр			40	70	33 неделя	43 неделя
Промежуточный контроль (зачет)	Устный опрос; Решение ситуационных задач.	20	30			
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100		

ВОПРОСЫ К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Понятие о хирургической деонтологии.
2. Организация работы хирургического отделения.
3. Ведущий хирург, подготовка молодых хирургов.
4. Самовоспитание врача хирурга.
5. Действие хирурга в экстремальной ситуации.
6. Постановка диагноза, выработка тактики лечения хирургического больного.
7. Структура и особенности истории болезни хирургического больного.
8. Особенности опроса хирургических больных.
9. Анамнез болезни хирургического больного.
10. Обследование пораженного органа или части тела.
11. Лабораторное и инструментальное исследование хирургического больного.
12. Классификация грыж.
13. Причины возникновения грыж.
14. Анатомия грыжи.
15. Клиника и дифференциальная диагностика неущемленных грыж.
16. Хирургическое лечение неущемленных грыж. Пластические операции.
17. Ущемленные грыжи. Клиника. Диагностика. Механизм ущемления.
18. Патолого-анатомические изменения при ущемлении грыжи.
19. Принципы лечения ущемленных грыж.
20. Принципы ведения послеоперационного периода при ущемленных грыжах.
21. Паховые грыжи.
22. Бедренные грыжи.
23. Пупочные грыжи и грыжи белой линии живота.
24. Варианты расположения червеобразного отростка.
25. Патолого-анатомические формы острого аппендицита.
26. Этиология и патогенез острого аппендицита.
27. Клинические формы острого аппендицита.
28. Симптоматика острого аппендицита.
29. Клиника острого аппендицита при атипичном расположении червеобразного отростка.
30. Дифференциальная диагностика острого аппендицита с различными заболеваниями органов брюшной полости.
31. Изменения крови при остром аппендиците.
32. Техника аппендэктомии.
33. Показания к тампонированию брюшной полости при острых аппендицитах.
34. Ранние послеоперационные осложнения после аппендэктомии, их профилактика и лечение.
35. Профилактика спаечной непроходимости.
36. Анатомия желчного пузыря и желчевыводящих протоков.
37. Патолого-анатомическая классификация холециститов.
38. Желчные камни и их значение в возникновение холециститов.
39. Приступ печеночной колики и мероприятия по ее устранению.
40. Клиника острого холецистита.
41. Дифференциальная диагностика острого холецистита. (С перфоративной язвой, почечной коликой, панкреатитом, острой кишечной непроходимостью, острым аппендицитом).
42. Клиника хронического холецистита.

43. Симптомы хронического холецистита (Мерфи, Ортнера, Федорова, Мюссе-Георгиевского, Курвуазье, болевая точка Кера и др).
44. Классификация больных с острыми холециститами по показаниям к хирургическому лечению (экстренные, ранние отсроченные, плановые операции).
45. Методы хирургического лечения холециститов.
46. Подготовка больных к операции, особенно с механической желтухой.
47. Послеоперационные осложнения после холецистэктомии.
48. Поздние осложнения калькулезного холецистита. Причины повторных операций на желчных путях.
49. Оценка лабораторных и рентгенологических исследований в диагностике холециститов.
50. Виды дренирования желчных протоков.
51. Этиологические факторы, способствующие возникновению язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
52. Патогенез язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
53. Клиническая картина язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
54. Дифференциальная диагностика язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
55. Методы диагностики язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
56. Данные исследования желудочного сока, рН-метрия. Рентгеноскопия. Эзофагогастродуоденоскопия.
57. Данные исследования крови при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
58. Резекция желудка по Бильрот-I, и Бильрот-II.
59. Ваготомия стволовая и селективная в сочетании с дренирующими операциями при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
60. Эндоскопические операции при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
61. Предраковые заболевания желудка.
62. Пути метастазирования рака желудка.
63. Макроскопические формы рака желудка.
64. Гистологические формы рака желудка.
65. Дифференциальный диагноз рака желудка.
66. Принципы ранней диагностики рака желудка.
67. Какие диагностические методы являются основными для диагностики рака желудка.
68. Основные рентгенологические признаки рака желудка.
69. Современные методы лечения рака желудка.
70. Радикальные операции при раке желудка.
71. Паллиативные операции при раке желудка.
72. Анатомия клетчатого пространства вокруг прямой кишки.
73. Острые парапроктиты. Причины их возникновения. Клиника.
74. Хронические парапроктиты, их классификация, клиника и лечение.
75. Геморрой. Клиника, диагностика и методы лечения.
76. Трещины заднего прохода. Клиника. Лечение.
77. Операции, применяемые при трещинах заднего прохода.
78. Выпадение прямой кишки, причины их возникновения.
79. Классификация выпадений прямой кишки.
80. Стадии выпадений прямой кишки.
81. Методы хирургического лечения и показания к хирургическому лечению выпадений прямой кишки.
82. Классификация и локализация рака прямой кишки.
83. Клиника и методы диагностики рака прямой кишки.
84. Показания к различного рода операциям при раке прямой кишки в зависимости от локализации опухоли.
85. Методы радикальных и паллиативных операций при раке прямой кишки.

86. Каловый свищ, противоестественный задний проход.
87. Причины, вызывающие кишечную непроходимость.
88. Классификация кишечной непроходимости.
89. Механическая кишечная непроходимость.
90. Динамическая кишечная непроходимость.
91. Обтурационная кишечная непроходимость.
92. Виды динамической кишечной непроходимости.
93. Клиника острой кишечной непроходимости.
94. Заворот кишок.
95. Узлообразование.
96. Инвагинация кишечника.
97. Тромбоз брыжеечных сосудов.
98. Методы консервативной терапии острой кишечной непроходимости.
99. Показания к хирургическому лечению и принципы хирургического лечения при острой кишечной непроходимости.
100. Дифференциальная диагностика острой кишечной непроходимости.
101. Понятие "Сифонная клизма" и показание к ней.
102. Принципы послеоперационного ведения больного при острой кишечной непроходимости.
103. Анатомия и физиология поджелудочной железы.
104. Понятие о патогенезе острого панкреатита.
105. Патолого-анатомическая классификация острого панкреатита.
106. Клиника острого панкреатита.
107. Симптомы Мондора, Грюнвальда, Грей-Тернера, Мейо-Робсона, Воскресенского при остром панкреатите.
108. Дифференциальная диагностика острого панкреатита с острой кишечной непроходимостью.
109. Дифференциальная диагностика с прободной язвой, острым аппендицитом, острым холециститом, тромбозом мезентериальных сосудов, инфарктом миокарда.
110. Принципы консервативной терапии острого панкреатита.
111. Показания к применению ингибиторов протеаз при остром панкреатите.
112. Показания к хирургическому лечению острого панкреатита.
113. Показания к перитонеальному диализу.
114. Послеоперационное ведение больных и рекомендации после выписки из стационара при остром панкреатите.
115. Оценка лабораторных данных в диагностике острого панкреатита.
116. Особенности строения и функции брюшины.
117. Понятие о перитонитах их классификация.
118. Клиника и стадии острого, разлитого, гнойного перитонита.
119. Понятие об ограниченных перитонитах.
120. Этиология перитонитов.
121. Основные факторы патогенеза разлитого перитонита.
122. Гидроионные нарушения и изменения кислотно-щелочного состояния у больных с острым гнойным перитонитом.
123. Диагностика острого гнойного разлитого перитонита, симптомы заболевания.
124. Основные принципы лечения острого гнойного перитонита.
125. Принципы хирургического лечения.
126. Показания к перитонеальному диализу.
127. Прогноз и причины смерти при гнойных перитонитах.
128. Острая артериальная ишемия. Этиология.
129. Источники и пути миграции артериальных эмболов.
130. Классификация острой артериальной ишемии. Клиника. Диагностика.

131. Инструментальная диагностика заболеваний артерий.
132. Тактика лечения острой артериальной ишемии.
133. Принципы реконструктивных и восстановительных операций на артериях.
134. Травмы сосудов. Временное протезирование артерий.
135. Патология венозного кровообращения. Центральное венозное давление, периферическое венозное давление.
136. Функциональное и ангиографическое исследование вен.
137. Варикозная болезнь. Относительная недостаточность клапанов. Этиология. Патогенез. Клиника.
138. Принципы хирургического лечения варикозной болезни.
139. Острые тромбозы магистральных вен. Этиология. Клиника.
140. Методы хирургической профилактики ТЭЛА.
141. Принципы контроля и коррекции нарушений свертывающей системы крови.
142. Принципы коррекции венозного кровообращения нижних конечностей при хронической венозной недостаточности.
143. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология. Клиника. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
144. Абсцесс и гангрена легких. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
145. Плевральные нагноения. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
146. Инструментальная диагностика нагноительных заболеваний легких: рентгенография, бронхоскопия, бронхография, торакоскопия.
147. Дренаж плевральной полости.
148. Биологический цикл эхинококка.
149. Клиника эхинококка.
150. Клиника эхинококка купола печени.
151. Осложнения эхинококка.
152. Дополнительные методы исследования – серологические, рентгенологические, радиоизотопные, лабораторные (ИХЛ).
153. Основные принципы хирургического лечения.
154. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больного с эхинококком печени.
155. Эхинококкоз легких. Клиника. Диагностика.
156. Хирургическое лечение эхинококка легких.
157. Классификация заболеваний щитовидной железы.
158. Этиология. Патогенез эндемического зоба. Клиника. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Профилактика.
159. Тиреотоксический зоб. Клиника. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Профилактика.
160. Осложнения хирургического лечения зоба.
161. Послеожоговая рубцовая стриктура пищевода. Принципы лечения. Бужирование. Хирургическое лечение.
162. Дивертикулы пищевода. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
163. Кардиоспазм. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
164. Рак пищевода. Клиника. Диагностика. Лечение.
165. Восстановительные и реконструктивные операции на пищеводе.
166. Мастит.
167. Основные формы рака молочной железы.
168. Предраковые заболевания молочной железы.
169. Ранняя диагностика рака молочной железы.
170. Принципы лучевой, гормональной терапии рака молочной железы.
171. Хирургическое лечение рака молочной железы.
172. Профилактика рака молочной железы.

Ситуационные задачи по Факультетской хирургии

ЗАДАЧА №1

Через 6 ч. от начала лечения боли сохраняются, при пальпации в правом подреберье определяется резко болезненное дно желчного пузыря 4х6 см. Пульс 104/мин, температура тела 37,5 С. Анализ крови: количество лейкоцитов $12,5 \times 10^3/\text{л}$, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 25 мм/час. Какой способ лечения следует избрать?

ЗАДАЧА № 2

Во время лапаротомии у больного 80 лет обнаружен операбельный рак сигмы с полной кишечной непроходимостью. Действия хирурга?

ЗАДАЧА №3

При перкуссии в правом подреберье определяется тимпанит, укорочение перкуторного звука в правом боковом канале и правой подвздошной области. На обзорной рентгенограмме под куполом диафрагмы – серповидное просветление – свободный газ. Окончательный диагноз? Ваша тактика?

ЗАДАЧА № 4

Во время операции по поводу хронического калькулезного холецистита обнаружена увеличенная поджелудочная железа плотной консистенции, расширенный до 2см холедох, а при операционной холангиографии – рубцовое сужение его дистального отдела. Тактика хирурга.

ЗАДАЧА №5

Во время операции по поводу механической желтухи обнаружена стриктура дистального отдела холедоха, холедох расширен до 2 см. Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 6

Во время операции по поводу механической желтухи обнаружена опухоль головки поджелудочной железы, прорастающая в 12-п. кишку. Тактика хирурга.

ЗАДАЧА №7

Во время операции по поводу опухоли селезеночного угла толстой кишки обнаружена киста хвоста поджелудочной железы 7х 8см, интимно спаянная с корнем селезенки. Действия хирурга.

ЗАДАЧА № 8

У больного, оперируемого по поводу профузного желудочного кровотечения, обнаружена опухоль в теле желудка, метастазы в лимфатические узлы и печень. Действия хирурга?

ЗАДАЧА №9

Больной выполнена операция: тотально удалена правая доля щитовидной железы вместе с перешейком, а также переднемедиальный отдел левой доли. На второй день после вмешательства пациентка отмечает онемение губ и появление чувства «ползания мурашек» в кончиках пальцев. С каким осложнением мы встретились? Ваша тактика?

ЗАДАЧА № 10

Женщина 30 лет перенесла лапароскопическую холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Через 72 часа после окончания операции у нее появились боли по всему животу, тошнота, многократная рвота с желчью, слабость. При осмотре состояние среднетяжелое, кожные покровы бледные, А./Д 100/60 мм рт.ст., пульс 110 в мин. Температура тела 38,2 град. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах; положительные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика кишечника не выслушивается. Газы не отходят. Повязка в области дренажа промокла светлой желчью.

- А. Поставьте диагноз?
- Б. Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 11

Через несколько месяцев после резекции желудка по Бильрот- 2, выполненной по поводу язвенной болезни, женщина 48 лет жалуется на учащенное сердцебиение, потливость, диарею и покраснение лица, появляющиеся через 30 мин. после еды. Поставьте диагноз?

ЗАДАЧА № 12

Больной оперируется по поводу профузного желудочного кровотечения. Во время операции обнаружены варикозно расширенные вены пищевода и кардии, спленомегалия. Действия хирурга?

ЗАДАЧА № 13

Мужчина 60 лет жалуется на боль и онемение в левой ноге, возникающие при ходьбе. После отдыха боль проходит. В течение нескольких лет страдает импотенцией. При осмотре выявлена атрофия мышц левой ноги, нормальные рефлексы и шум над бедренной артерией. Поставьте диагноз?

ЗАДАЧА № 14

20-летняя женщина жалуется на боли внизу живота, больше справа, тошноту, слабость, головокружение, возникшие после физической нагрузки, за 6 ч до обращения. При осмотре обнаружена умеренная болезненность внизу живота; симптомы раздражения брюшины сомнительны; АД =95\65 мм рт ст, пульс=100 уд в 1 мин. Какова тактика ведения больной?

ЗАДАЧА №15

Больная 24 лет жалуется на тошноту и рвоту, боли в области пупка длительностью около 5 часов. В течение последнего получаса боли переместились в правую подвздошную область, температура тела – 37,6 С. Какой диагноз наиболее вероятен?

ЗАДАЧА № 16

Больная 52 лет, поступила с жалобами на сильные боли в правом подреберье, которые возникли после приема жирной пищи. Приступ продолжался 12 ч, купирован спазмолитиком. Ранее больная считала себя здоровой. При УЗИ желчного пузыря обнаружен одиночный конкремент, диаметром 30 мм. Тактика ведения больной?

ЗАДАЧА № 17

25-летний пациент поступил в отделение неотложной хирургии через 20 мин. после автомобильной аварии с жалобами на боли в животе, слабость, тошноту, головокружение. При осмотре кожные покровы бледные, АД не определяется, пульс 130\мин; в левом подреберье - подкожное кровоизлияние от удара. Признаки черепно-мозговой травмы отсутствуют. Дыхание выслушивается с обеих сторон. Проведите неотложные мероприятия?

ЗАДАЧА № 18

Женщина 65 лет поступает в приемный покой с жалобами на схваткообразные боли, вздутие живота. В течение суток не отходили газы и не было стула. При обзорной рентгенографии живота выявлены вздутые петли тонкой кишки и чаши Клойбера.

А. Ваш диагноз? Б. Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 19

Больной перенес ваготомию в связи с незаживающей язвой 12-п. кишки. Через 6 месяцев после операции наступил рецидив язвенной болезни. При обследовании выявлен синдром Золлингера-Эллисона. Гастронома расположена в области хвоста поджелудочной железы. Что должно включать лечение больного?

ЗАДАЧА №20

На плановой операции по поводу рака сигмовидной кишки у больного 57 лет обнаружен одиночный метастаз в левой доле печени. Состояние больного удовлетворительное. Ваша тактика?

ЗАДАЧА № 21

Мужчина 31 г. поступил в стационар с внезапно возникшей острой болью в эпигастральной области. На рентгенограмме -свободный газ в брюшной полости. Какова тактика ведения больного?

ЗАДАЧА № 22

У мужчины 65 лет внезапно возникла боль в животе, сопровождающаяся метеоризмом и диареей с кровью. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Шумы кишечной перистальтики не выслушиваются. Общий анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Содержание амилазы в сыворотке крови увеличено. Каков наиболее вероятный диагноз?

ЗАДАЧА № 23

У больного 60 лет в течение 2-х недель отмечается желтушность кожных покровов. В анамнезе - болей в животе не отмечалось. При УЗИ выявлено значительное расширение желчного пузыря. Какова первопричина описанных изменений?

ЗАДАЧА № 24

Во время эзофагоскопии у больного произошла перфорация пищевода. Рентгенография с контрастным веществом (барием) показала, что небольшое количество контраста затекает в левую плевральную полость. Выберите наиболее приемлемый метод лечения?

ЗАДАЧА № 25

Мужчина 30 лет жалуется на сильные боли в правой половине живота, тошноту, рвоту. Заболел остро, за 36 ч до госпитализации. При пальпации живот напряжен, резко болезнен в правой подвздошной области. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Раздольского. Тактика хирурга?

ЗАДАЧА №26

У больного 70 лет опухоль желудка, полностью стенозирующая выход из желудка. Диагноз установлен с помощью ЭГДС. При поступлении взята биопсия. При УЗИ – метастазы в печени, асцит. Какой метод хирургического лечения наиболее обоснован у данного больного?

ЗАДАЧА № 27

Мужчина 55 лет поступил в приемный покой с обильной рвотой кровью. При осмотре выявлены растяжение брюшной стенки, смещаемая тупость в животе и телеангиоэктазии на лице и груди. Результаты ФГДС: быстрое накопление крови в дистальном отделе пищевода. Вероятная причина рвоты?

ЗАДАЧА № 28

У мальчика 10 мес., находящегося в стационаре, отмечается затрудненное отхождение стула и газов. В последние 3 месяца стул бывает только после клизмы. Appetit снижен. Объективно: ребенок бледный, капризный, масса тела 8 кг. Живот увеличен в объеме, пальпируются расширенные петли кишок с каловыми камнями. Поставьте диагноз? План обследования больного.

ЗАДАЧА № 29

В клинику детской хирургии доставлен 3-хдневный новорожденный. У ребенка отмечается рвота после кормления, слизистое отделяемое изо рта и носа. Объективно: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, в легких дыхание проводится с обеих сторон, хрипов нет; живот мягкий, безболезненный. Меконий был, газы отходят. При зондовом обследовании пищевода: кончик зонда выходит наружу. На Р-грамме - задержка контраста в 1-м физиологическом сужении и газы в кишечнике. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

ЗАДАЧА №30

Мужчина 43 лет заболел 3 месяца назад, когда появились боли в эпигастральной области при глотании твердой пищи, изжога, периодическая рвота, похудание на 4 кг. Рентгенологически в нижней трети пищевода определяется сужение его просвета за счет дефекта наполнения на протяжении 7 см с изъязвлением, при эзофагоскопии на расстоянии 34 см от резцов – сужение просвета за счет экзофитной опухоли с изъязвлением, морфологически – плоскоклеточный рак. Метастазов в отдаленных органах не выявлено. Какое лечение показано больному?

ЗАДАЧА № 31

В клинику поступил мальчик 6 мес. Со слов мамы, 3 ч назад ребенок стал беспокойный, отказывается от еды, плачет, стучит ножками. Была 2-кратная рвота, стул с примесью крови. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Легкие и сердце без особенностей. Живот мягкий, безболезненный, в правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование. Поставьте диагноз? Сроки и методы лечения?

ЗАДАЧА № 32

В хирургический стационар поступил мужчина 42 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой паховой области, боли. Со слов больного в течение 3-х лет страдает паховой грыжей, вправлял самостоятельно. При осмотре в левой паховой области имеется опухолевидное образование 4x8 см, болезненное при пальпации, невправимое в брюшную полость. Со слов больного, образование появилось 2 ч назад. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 33

Девочка 14 лет поступила из района: в тяжелом состоянии. Выраженная одышка, дыхание справа резко ослаблено, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания от левой. Перкуторно: над

правым легким отмечается коробочный звук. Р-грамма прилагается. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 34

В хирургическую клинику поступила девочка 10 лет с жалобами на кашель с выделением густой мокроты, больше по утрам, общую слабость, недомогание. Объективно: отмечается одутловатость лица, изменения пальцев кисти в виде “барабанных палочек” и ногтей в виде “часовых стекол”. Перкуторно: над легкими притупление легочного звука. Аускультативно: в нижних отделах выслушиваются ослабленное дыхание, разнокалиберные влажные хрипы. Бронхограмма прилагается. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 35

Ребенок 9-ти мес. поступил с жалобами (со слов мамы), на тошноту, рвоту, учащенный жидкий стул, без патологических примесей, беспокойство, слабость, повышение температура тела до 38 град. Объективно: живот равномерно вздут, отмечается местное напряжение брюшной стенки больше справа, при пальпации правой половины живота ребенок отталкивает Вашу руку. В общем анализе крови содержание лейкоцитов 22 тыс. Поставьте диагноз?

ЗАДАЧА №36

У больного 35 лет с центральным раком легкого определяется осиплость голоса, расширение вен на лице, шее и верхней половине грудной клетки. При спирографии – дыхательная функция компенсирована. Ваши рекомендации по дальнейшему?

ЗАДАЧА № 37

Мальчик в возрасте 7 лет поступил с жалобами на хронические запоры, периодические боли в животе, общую слабость, недомогание. Объективно: живот увеличен в объеме, болезнен по ходу толстой кишки; пальпируются каловые камни, положительный симптом “глины”. В анализе крови – анемия; на ЭКГ – нарушение обменных процессов миокарда на фоне каловой интоксикации. Ирригограмма прилагается. Поставьте диагноз?

ЗАДАЧА № 38

Мужчина в возрасте 35 лет поступил с жалобами на наличие свища в параректальной области. Ранее, 6 мес. назад, лечился по поводу острого парапроктита. Локально: в параректальной области на 3-х часах имеется свищ с гнойным отделяемым без признаков воспаления. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 39

Ребенок в возрасте 2-х лет поступил с жалобами на периодическую рвоту после еды, возникающую внезапно, без предшествующей тошноты. В рвотных массах содержится неизменная пища без признаков желудочного содержимого. Ребенок пониженного питания, живот при пальпации мягкий, безболезненный. При эзофагоскопии обнаружен расширенный пищевод. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 40

Мальчик 14-ти лет поступил в урологическое отделение с жалобами на увеличение и чувство «распирания» левой половины мошонки, тянущие боли в яичке, усиливающиеся при физической

нагрузке. Объективно: яичко увеличено в объеме, при пальпации определяется узловатое расширение вен семенного канатика слева. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

ЗАДАЧА №41

Больная 42 лет предъявляет жалобы на приступообразный сухой кашель, периодическое кровохарканье. Больна в течение 8 лет. На томограммах в просвете правого главного бронха определяется округлая тень диаметром 1,2 см с четкими контурами. Ваш диагноз?

ЗАДАЧА № 42

Больной мальчик поступил в хирургический стационар с жалобами на боль в правом бедре. Из анамнеза – в возрасте 6 лет перенес острый гематогенный остеомиелит правого бедра. В момент игры упал, появилась сильная боль в правом бедре. При осмотре: отмечается припухлость, деформация, болезненность и патологическая подвижность с/3 правого бедра. Р-грамма прилагается. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 43

В клинику поступил мужчина с жалобами на наличие инфильтрата в параректальной области, повышение температуры тела до 38°C. Объективно: в параректальной области на 7-ми часах определяется инфильтрат 3х3 см, кожа над ним гиперемирована, резко болезненна, в центре определяется флюктуация. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 44

К хирургу обратились родители месячного ребенка, у которого на переднебоковой поверхности шеи слева отмечается уплотнение и укорочение кивательной мышцы. Движения головы ограничены и затруднены. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

ЗАДАЧА №45

На 2-й день после операции по поводу диффузного токсического зоба у больного внезапно появилось двигательное и психическое возбуждение, тахикардия 130 уд./мин, температура тела 39,8 С. Ваш диагноз?

ЗАДАЧА №46

Во время операции по поводу механической желтухи обнаружена стриктура дистального отдела холедоха, холедох расширен до 2 см. Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 47

Во время операции по поводу механической желтухи обнаружена опухоль головки поджелудочной железы, прорастающая в 12-п. кишку. Тактика хирурга.

ЗАДАЧА № 48

Во время эзофагоскопии у больного произошла перфорация пищевода. Рентгенография с контрастным веществом (барием) показала, что небольшое количество контраста затекает в левую плевральную полость. Подберите наиболее приемлемый метод лечения?

ЗАДАЧА № 49

Мужчина 30 лет жалуется на сильные боли в правой половине живота, тошноту, рвоту. Заболел остро, за 36 ч до госпитализации. При пальпации живот напряжен, резко болезнен в правой подвздошной области. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Раздольского. Какова тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 50

В клинику поступил мужчина с жалобами на наличие инфильтрата в параректальной области, повышение температуры тела до 38°C. Объективно: в параректальной области на 7-ми часах определяется инфильтрат 3x3 см, кожа над ним гиперемирована, резко болезненна, в центре определяется флюктуация. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 51

У больного, оперируемого по поводу профузного желудочного кровотечения, обнаружена опухоль в теле желудка, метастазы в лимфатические узлы и печень. Действия хирурга?

ЗАДАЧА №52

Больной выполнена операция: тотально удалена правая доля щитовидной железы вместе с перешейком, а также переднемедиальный отдел левой доли. На второй день после вмешательства пациентка отмечает онемение губ и появление чувства «ползания мурашек» в кончиках пальцев. С каким осложнением мы встретились? Ваша тактика?

ЗАДАЧА № 53

Женщина 30 лет перенесла лапароскопическую холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Через 72 часа после окончания операции у нее появились боли по всему животу, тошнота, многократная рвота с желчью, слабость. При осмотре состояние среднетяжелое, кожные покровы бледные, А./Д 100/60 мм рт.ст., пульс 110 в мин. Температура тела 38,2 град. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах; положительные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика кишечника не выслушивается. Газы не отходят. Повязка в области дренажа промокла светлой желчью.

А. Поставьте диагноз.

Б. Тактика хирурга?

ЗАДАЧА №54

Мужчина 65 лет с подтвержденным диагнозом дивертикулеза кишечника поступает в отделение с лихорадкой и интенсивной разлитой болью в животе. Живот болезнен во всех отделах, передняя брюшная стенка напряжена, отсутствуют перистальтические шумы. С чем связан патогенез этого заболевания?

ЗАДАЧА №55

Во время лапаротомии у больного 80 лет обнаружен операбельный рак сигмы с полной кишечной непроходимостью. Действия хирурга?

ЗАДАЧА №56

Женщина 25 лет поступает с жалобами на субфебрильную температуру, потерю массы тела, схваткообразную боль в левой подвздошной области, диарея с кровью, тенезмы. При колоноскопии выявлены изменения слизистой оболочки прямой кишки: гиперемия, зернистость и кровоточивость при минимальном механическом воздействии. Ваш диагноз?

ЗАДАЧА №57

Во время операции по поводу механической желтухи обнаружена стриктура дистального отдела холедоха, холедох расширен до 2 см. Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 58

Во время операции по поводу механической желтухи обнаружена опухоль головки поджелудочной железы, прорастающая в 12-п. кишку. Тактика хирурга.

ЗАДАЧА № 59

Через несколько месяцев после резекции желудка по Бильрот- 2, выполненной по поводу язвенной болезни, женщина 48 лет жалуется на учащенное сердцебиение, потливость, диарею и покраснение лица, появляющиеся через 30 мин. после еды. Поставьте диагноз.

ЗАДАЧА № 60

Мужчина 60 лет жалуется на боль и онемение в левой ноге, возникающие при ходьбе. После отдыха боль проходит. В течение нескольких лет страдает импотенцией. При осмотре выявлена атрофия мышц левой нижней конечности, нормальные рефлексы и шум над бедренной артерией. Поставьте предварительный диагноз.

ЗАДАЧА №61

Больная 24 лет жалуется на тошноту и рвоту, боли в области пупка длительностью около 5 часов. В течение последнего получаса боли переместились в правую подвздошную область, температура тела – 37,6 С. Какой диагноз наиболее вероятен?

ЗАДАЧА № 62

25-летний пациент поступил в отделение неотложной хирургии через 20 мин. после автомобильной аварии с жалобами на боли в животе, слабость, тошноту, головокружение. При осмотре кожные покровы бледные, АД не определяется, пульс 130\мин; в левом подреберье - подкожное кровоизлияние от удара. Признаки черепно-мозговой травмы отсутствуют. Дыхание выслушивается с обеих сторон. Проведите неотложные мероприятия.

ЗАДАЧА № 63

Больной перенес ваготомию в связи с незаживающей язвой 12-п. кишки. Через 6 месяцев после операции наступил рецидив язвенной болезни. При обследовании выявлен синдром Золлингера-Эллисона. Гастронома расположена в области хвоста поджелудочной железы. Лечение больного должно включать?

ЗАДАЧА № 64

Мужчина 31 г. поступил в стационар с внезапно возникшей острой болью в эпигастральной области. На рентгенограмме -свободный газ в брюшной полости. Выберите тактику ведения больного.

ЗАДАЧА № 65

У больного 60 лет в течение 2-х недель отмечается желтушность кожных покровов. В анамнезе - болей в животе не отмечалось. При УЗИ выявлено значительное расширение желчного пузыря. Какова первопричина описанных изменений?

ЗАДАЧА № 66

Мужчина 30 лет жалуется на сильные боли в правой половине живота, тошноту, рвоту. Заболел остро, за 36 ч до госпитализации. При пальпации живот напряжен, резко болезнен в правой подвздошной области. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Раздольского. Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 67

Мужчина 55 лет поступил в приемный покой с обильной рвотой кровью. При осмотре выявлены растяжение брюшной стенки, смещаемая тупость в животе и телеангиоэктазии на лице и груди. Результаты ФГДС: быстрое накопление крови в дистальном отделе пищевода. Вероятная причина рвоты?

ЗАДАЧА № 68

В клинику детской хирургии доставлен 3-дневный новорожденный. У ребенка отмечается рвота после кормления, слизистое отделяемое изо рта и носа. Объективно: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, в легких дыхание проводится с обеих сторон, хрипов нет; живот мягкий, безболезненный. Меконий был, газы отходят. При зондовом обследовании пищевода: кончик зонда выходит наружу. На Р-грамме - задержка контраста в 1-м физиологическом сужении и газы в кишечнике. Поставьте диагноз. Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 69

В клинику поступил мальчик 6 мес. Со слов мамы, 3 ч назад ребенок стал беспокойный, отказывается от еды, плачет, стучит ножками. Была 2-кратная рвота, стул с примесью крови. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Легкие и сердце без особенностей. Живот мягкий, безболезненный, в правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование. Поставьте диагноз. Сроки и методы лечения?

ЗАДАЧА № 70

Девочка 14 лет поступила из района: в тяжелом состоянии. Выраженная одышка, дыхание справа резко ослаблено, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания от левой. Перкуторно: над правым легким отмечается коробочный звук. Р-грамма прилагается. Поставьте диагноз. Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 71

Ребенок 9-ти мес. поступил с жалобами (со слов мамы), на тошноту, рвоту, учащенный жидкий стул, без патологических примесей, беспокойство, слабость, повышение температура тела до 38 град. Объективно: живот равномерно вздут, отмечается местное напряжение брюшной стенки больше справа, при пальпации правой половины живота ребенок отталкивает Вашу руку. В общем анализе крови содержание лейкоцитов 22 тыс. Поставьте диагноз.

ЗАДАЧА № 72

Мальчик в возрасте 7 лет поступил с жалобами на хронические запоры, периодические боли в животе, общую слабость, недомогание. Объективно: живот увеличен в объеме, болезнен по ходу толстой кишки; пальпируются каловые камни, положительный симптом “ глины”. В анализе крови – анемия; на ЭКГ – нарушение обменных процессов миокарда на фоне каловой интоксикации. Ирригограмма прилагается. Поставьте диагноз.

ЗАДАЧА № 73

Ребенок в возрасте 2-х лет поступил с жалобами на периодическую рвоту после еды, возникающую внезапно, без предшествующей тошноты. В рвотных массах содержится неизменная пища без признаков желудочного содержимого. Ребенок пониженного питания, живот при пальпации мягкий, безболезненный. При эзофагоскопии обнаружен расширенный пищевод. Поставьте диагноз. Тактика хирурга?

ЗАДАЧА №74

Больная 42 лет предъявляет жалобы на приступообразный сухой кашель, периодическое кровохарканье. Больна в течение 8 лет. На томограммах в просвете правого главного бронха определяется округлая тень диаметром 1,2 см с четкими контурами. Ваш диагноз?

ЗАДАЧА № 75

В клинику поступил мужчина с жалобами на наличие инфильтрата в параректальной области, повышение температуры тела до 38°C. Объективно: в параректальной области на 7-ми часах определяется инфильтрат 3x3 см, кожа над ним гиперемирована, резко болезненна, в центре определяется флюктуация. Поставьте диагноз. Тактика хирурга?

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
Кафедра общей и факультетской хирургии

**КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТОВЫЕ
ВОПРОСЫ
ПО ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ**

Бишкек 2015

УДК 617-089(075)
К 64

Рецензенты:

Н.И. Ахунбаева, д-р мед. наук, проф.,
А.С. Бейшеналиев, д-р мед. наук, проф.,
Ж.О. Белеков, д-р мед. наук, проф.

Составители:

Д.Н. Нурманбетов, д-р мед. наук, проф.,
Т.А. Осмонов, д-р мед. наук, проф.,
А.М. Мадаминов, д-р мед. наук, проф.,
И.С. Фунлоэр, д-р мед. наук, проф.,
Ж.С. Садырбеков, канд. мед. наук, доцент,
А.Э. Раимкулов, канд. мед. наук, доцент.

Рекомендовано к изданию
кафедрой общей и факультетской хирургии
и Ученым советом КРСУ

К 64 КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ /
сост. Д.Н. Нурманбетов, Т.А. Осмонов, А.М. Мадаминов,
И.С. Фунлоэр, Ж.С. Садырбеков, А.Э. Раимкулов. Бишкек:
КРСУ, 2015. 208 с.

В данной работе рассматриваются тестовые вопросы общей хирургии по контролю знаний студентов по всем разделам этого предмета. На каждый вопрос имеются пять вариантов ответов. Тесты составлены в двух вариантах. В первом варианте только один ответ правильный, а во втором – один ответ неправильный. Студенты, находя правильные и неправильные ответы, полноценно охватывают и осваивают материалы данной темы. Такой подход к контролю знаний студентов является вполне приемлемым, объективным и доказательным. Учебное пособие предназначено для студентов третьего курса факультетов, изучающих общую хирургию на всех медицинских факультетах университетов, медицинских институтов.

© ГОУВПО КРСУ, 2015

АСЕПТИКА

Подчеркните правильный вариант

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

6. Для обработки операционного поля по методу Филончикова применяют:

- а) 1 % бриллиантовую зелень,
- б) 2 % раствор метиленовой синей,
- в) раствор спирт-танина,
- г) пикриновую кислоту,
- д) 5–10 % настойку йода.

7. При хранении шелка в 96° спирте его применяют через:

- а) 5 дней, б) 10 дней, в) 20 дней,
- г) 30 дней, д) 45 дней.

8. Для чего кладется вата в кипятильник при стерилизации режущих инструментов?

- а) поглотить излишний пар,
- б) повысит точку кипения воды,
- в) осадить соли,
- г) чтобы не тупились инструменты,
- д) чтобы быстро не выкипала вода.

9. Сколько времени (в часах) надо стерилизовать операционное белье текучим паром?

- а) 0,5, б) 1, в) 1,5,
- г) 2, д) 2,5.

10. Помимо обязательного контроля эффективности стерилизации материала в автоклаве пробой на расплавление серы, бактериологический контроль следует производить через:

- а) 5 дней, б) 10 дней, в) 15 дней,
- г) 20 дней, д) 30 дней.

11. Стерилизация шелка производится по методу:

- а) Ситковского,
- б) Кладиуса,
- в) Кохера,
- г) Микулича,
- д) Губарева.

12. Как стерилизуются оптические инструменты?

- а) кипячением,
- б) в борной кислоте,
- в) в автоклаве,
- г) в растворе окисицианистой ртути 1:5000,
- д) в физиологическом растворе.

13. Как стерилизуют синтетические шовные материалы (нейлон, капрон, дакрон, лавсан и т.д.)?

- а) автоклавированием,
- б) замачиванием в растворе Люголя,
- в) кипячением,
- г) замачиванием в эфире,
- д) замачиванием в борной кислоте.

14. Стерилизация рук хирурга церигелем перед операцией производится следующим образом:

- а) обрабатывают руки 96° спиртом, а затем смазывают церигелем,
- б) руки моют в 0,5 % растворе нашатырного спирта, высушивают стерильным полотенцем и смазывают церигелем,
- в) на сухие руки, без какой-либо обработки, наносят тонкий слой церигеля и высушивают их в течение 3–5 минут,
- г) после обработки рук церигелем их протирают салфеткой, смоченной в спирте,
- д) перед обработкой рук церигелем, их смазывают раствором танина.

15. Метод обработки операционного поля 5–10 % йодной настойкой предложил:

- а) Склифосовский,
- б) Листер,
- в) Спасокукоцкий,
- г) Филончинов–Гроссих,
- д) Кохер.

16. Когда следует проводить бритье кожи перед плановой операцией?

- а) за двое суток до операции,
- б) за сутки до операции,
- в) вечером накануне операции,
- г) утром в день операции,
- д) непосредственно перед началом операции на операционном столе.

17. Сколько дней можно считать стерильным материал, хранящийся в биксе, который ни разу не открывался (в сутках)?

- а) 1, б) 2, в) 3,
- г) 5, д) 7.

18. Укажите наиболее надежный, удобный и быстрый способ обработки рук хирурга из перечисленных методов:

- а) Альфельда,
- б) Фюрбрингера,
- в) в растворе диацита 1:5000,
- г) Спасокукоцкого–Кочергина,
- д) Заблудовского.

19. Для обработки рук хирурга перед операцией по Брунцу применяется:

- а) мытье рук в течение 10 минут щетками в проточной воде,
- б) дубление рук хирурга 5 % раствором танина,
- в) мытье рук в 0,5 % растворе нашатырного спирта,
- г) обработка рук в течение 10 минут 96° спиртом.

20. Обработка рук хирурга муравьиной кислотой перед операцией производится следующим образом:

- а) моют руки в проточной воде без щеток 1 минуту, затем 1 минуту – в растворе муравьиной кислоты,
- б) перед мытьем в муравьиной кислоте руки моют под краном одной щеткой 5 минут,
- в) перед мытьем в муравьиной кислоте руки моют двумя щетками по 5 минут,

- г) руки совершенно не моют в проточной воде, а моют только в муравьиной кислоте 3 минуты,
- д) после мытья рук в течение 5 минут в растворе муравьиной кислоты обрабатывают их еще 5 минут.

21. Как часто (в днях) следует производить посевы для контроля за эффективностью стерилизации шовного материала?

- а) 5, б) 10, в) 15,
- г) 20, д) 30.

22. Какой метод контроля стерилизации белья в автоклаве является наименее надежным?

- а) плавление серы,
- б) плавление антипирина,
- в) плавление пирамидона,
- г) плавление резорцина,
- д) метод Микулича.

23. При давлении в 2 атмосферы температура в автоклаве соответствует 132 °С. В течение какого времени (в минутах) стерилизуют перевязочный материал при этих условиях?

- а) 15 минут, б) 20 минут, в) 25 минут,
- г) 45 минут, д) 60 минут.

24. В течение какого времени (в минутах) стерилизуют металлические инструменты в 2 % содовом растворе с момента закипания воды?

- а) 10 минут, б) 15 минут, в) 20 минут,
- г) 45 минут, д) 60 минут.

25. Сколько следует мыть руки горячей текущей водой щеткой и мылом по методу Фюрбрингера:

- а) 3 минуты, б) 5 минут, в) 10 минут,
- г) 15 минут, д) 20 минут.

26. Наиболее принятыми методами обработки рук хирурга в настоящее время считаются:

- а) Альфельда,
- б) Фюрбрингера,

- в) раствором муравьиной кислоты,
- г) Заблудовского,
- д) Брунца.

27. Обработка рук хирурга перед операцией по методу Заблудовского производится:

- а) 96° спиртом 10 минут,
- б) 70° спиртом 10 минут,
- в) дублированием 5 % раствором танина,
- г) обработка 0,5 % раствором аммиака,
- д) мытье рук раствором диоксида 1:5000.

28. Для стерилизации белья и перевязочного материала создан специальные металлические барабаны (биксы):

- а) Субботин,
- б) Шиммельбуш,
- в) Листер,
- г) Гроссига–Филончиков,
- д) Бергман.

29. Основы физической антисептики в России детально разработал:

- а) Чаруковский,
- б) Преображенский,
- в) Склифосовский,
- г) Кохер,
- д) Пирогов.

30. Гигроскопические свойства марли усиливаются при смачивании ее раствором хлорида натрия в концентрации:

- а) 0,1 %, б) 0,5 %, в) 0,7 %, д) 10 %.

31. Для обработки операционного поля спиртовой раствор гибитана применяют в концентрации:

- а) 0,5 %, б) 1 %, в) 5 %.

32. Для обработки ран применяют раствор перекиси водорода в концентрации:

- а) 3 %, б) 6 %, в) 10 %, г) 1 %, д) 2 %.

33. Для промывания ран используют раствор перманганата калия в концентрации:

- а) 0,01 % – 0,1 %, б) 1 %, в) 5 %.

34. В качестве дезодоранта можно использовать:

- а) нитрат серебра 2 %, б) йодонат 1 %, в) перманганат калия 2–5 %, г) риванол, д) салициловую кислоту.

35. Для прижигания избыточных грануляций используют нитрат серебра в концентрации:

- а) 0,1–0,5 % б) 1–2 %, в) 5–10 %, г) перекись водорода 3 %, д) супема 1:1000.

36. К полусинтетическим пенициллинам относятся:

- а) бензилпенициллин, б) бициллин, в) оксациллин NaCl.

37. Синонимом хлоргексидина биглюконата является:

- а) гибитан, б) роккал, в) церигель.

38. Площадь палат для больных определяется из расчета на 1 койку:

- а) 2–3 м, б) 2,5 м, в) 3,5 м, г) 6,5–7,5 м, д) 10–15 м.

39. Наиболее правильным считается ориентировать окна операционной на:

- а) юг,
- б) восток,
- в) северо-запад,
- г) северо-восток в Средней Азии,
- д) юго-запад на севере.

40. Операционный блок должен располагаться на:

- а) первом этаже здания,
- б) последнем этаже здания,
- в) предпоследнем этаже здания,
- г) на любом этаже.

41. Операционные предельной асептики предназначены для проведения:

- а) экстренных операций на органах брюшной полости,
- б) полостных операций на сердце и сосудах,
- в) трансплантации органов и тканей,
- г) общей хирургии,
- д) гнойной хирургии.

42. Оптимальная температура воздуха в операционной:

- а) ниже 18 °С,
- б) ниже 25–30 °С,
- в) не более 22–25 °С,
- г) свыше 30 °С.

43. Генеральная уборка должна производиться не реже одного раза в:

- а) 2–3 дня,
- б) 7–10 дней,
- в) 10–14 дней,
- г) 30 дней.

44. Резиновые перчатки стерилизуют:

- а) в сухожаровом шкафу,
- б) в автоклаве.

45. Стерилизация шовного материала является профилактикой:

- а) имплантационной инфекции,
- б) контактной инфекции,
- в) эндогенной инфекции.

46. Для обработки операционного поля по методу Гроссига–Филончикова используется:

- а) йодонат,
- б) 5 % настойка йода,
- в) 1 % раствор бриллиантового зеленого,
- г) 1,5 % раствор йода,
- д) 3 % раствор перекиси водорода.

47. К рассасывающемуся синтетическому шовному материалу относится:

- а) кетгут – за 6–7 дней,
- б) викрил,
- в) лавсан,
- г) хромированный кетгут,
- д) просеребранный кетгут.

48. Стерилизация резиновых дренажей проводится:

- а) паром под давлением или в сухожаровом шкафу,
- б) в сухожаровом шкафу или кипячением,
- в) паром под давлением или кипячением,
- г) лазерным лучом,
- д) обжиганием.

49. Химический метод контроля за качеством стерилизации предложен:

- а) Пироговым,
- б) Шиммельбушем,
- в) Кохером,
- г) Микуличем,
- д) Листером.

50. К не рассасывающемуся синтетическому шовному материалу относится:

- а) лавсан,
- б) кетгут хромированный,
- в) кетгут просеребрянный,
- г) кетгут прозолоченный,
- д) синтетический викрил.

51. К четвертичным аммониевым соединениям для обработки рук хирурга относится:

- а) кетонал,
- б) первомур,
- в) хлоргексидина биглюконат,
- г) церигель,
- д) 0,5 % раствор нашатырного спирта.

52. Шовный материал «Перлон» относится к группе:

- а) рассасывающийся естественный,
- б) рассасывающийся синтетический,
- в) не рассасывающийся естественный,
- г) не рассасывающийся синтетический.

53. Шовный материал «Дексон» относится к:

- а) рассасывающимся естественным,
- б) рассасывающимся синтетическим,
- в) не рассасывающимся естественным,
- г) не рассасывающимся синтетическим.

54. Шовный материал «Викрил» относится к:

- а) рассасывающимся естественным,
- б) рассасывающимся синтетическим,
- в) не рассасывающимся естественным,
- г) не рассасывающимся синтетическим.

55. Шовный материал «Кетгут» относится к:

- а) рассасывающимся естественным,
- б) рассасывающимся синтетическим,
- в) не рассасывающимся естественным,
- г) не рассасывающимся синтетическим.

56. Шовный материал «Капрон» относится к:

- а) рассасывающимся естественным,
- б) рассасывающимся синтетическим,
- в) не рассасывающимся естественным,
- г) не рассасывающимся синтетическим.

57. В операционных предельной асептики количество микроорганизмов в одном кубическом метре воздуха не должно превышать к началу операции:

- | | | |
|---------|---------|---------|
| а) 50, | б) 150, | в) 500, |
| г) 200, | д) 250. | |

58. Наиболее надежным способом стерилизации металлических инструментов является:

- а) кипячение,
- б) автоклавирование,
- в) в сухожаровом шкафу.

59. Обработка рук хирурга в растворе С-4 (первомур) производится в течение:

- а) 1 минуты,
- б) 2-х минут,
- в) 3-х минут,
- г) 0,5 минут,
- д) 1,5 минуты.

60. Обработка рук хирурга раствором хлоргексидина биглюконата производится в течение:

- а) 1 минуты,
- б) 2–3 минут,
- в) 4–5 минут,
- г) 0,5–1 минуты,
- д) 1,5–2 минут.

61. Метод хирургической работы, названный асептикой, впервые ввел в практику:

- | | | |
|-------------|--------------|-------------|
| а) Фридрих, | б) Субботин, | в) Бергман, |
| г) Листер, | д) Пирогов. | |

62. Наиболее оптимальная стерилизация неоптических хирургических инструментов производится:

- а) кипячением,
- б) автоклавированием,
- в) текучим паром,
- г) сухим горячим паром,
- д) химическими веществами.

63. Бактериологический контроль воздуха в операционных осуществляется не реже:

- а) 1 раза в неделю,
- б) 1 раза в месяц,
- в) 1 раза в полгода,
- г) 1 раза в 2–3 дня,
- д) 2 раз в неделю.

64. Бактериологический контроль за обработкой рук производится:

- а) 1 раз в неделю,
- б) 1 раз в месяц,
- в) ежедневно.

65. Добавление соды в водный стерилизатор-кипятильник способствует:

- а) уничтожению спорозоных микроорганизмов,
- б) предупреждению накопления и осаждения избытка солей,
- в) предупреждению появления ржавчины на инструментах,
- г) повышению точки кипения воды,
- д) уменьшению кислой реакции воды.

66. Минимально время стерилизации операционного белья текучим паром:

- а) 30 минут,
- б) 1 час,
- в) 1,5 часа,
- г) 2 часа,
- д) 1,5 часа.

67. Минимальное время стерилизации резиновых перчаток кипячением:

- а) 5 минут,
- б) 10 минут,
- в) 15 минут,
- г) 20 минут,
- д) 25 минут.

68. Кто предложил использовать способ кипячения для стерилизации хирургических инструментов?

- а) Бергман,
- б) Шиммельбуш,
- в) Черни,
- г) Кох,
- д) Терье.

69. Общее время обработки рук по способу Спасокукоцкого–Кочергина в растворе в растворе нашатырного спирта:

- а) 15 минут,
- б) 10 минут,
- в) 6 минут,
- г) 4 минуты,
- д) 3 минуты.

70. Если бикс не открывался, то материал считается стерильным в течение:

- а) 5 дней,
- б) 2 дней,
- в) 3 дней,
- г) 4 дней,
- д) 1 дня.

71. Минимальное время стерилизации металлического инструмента кипячением в 2 % растворе соды:

- а) 30–40 минут,
- б) 20–30 минут,
- в) 15–20 минут,
- г) 10–15 минут,
- д) 5–10 минут.

72. Минимальное время стерилизации перевязочного материала в автоклаве при давлении 2 атмосферы:

- а) 60 минут,
- б) 10 минут,
- в) 20 минут,
- г) 40 минут,
- д) 30 минут.

73. Надевание бахил и операционной формы является профилактикой:

- а) контактной инфекции,
- б) воздушной инфекции,
- в) имплантационной инфекции,
- г) эндогенной инфекции, д) капельной инфекции.

74. Обработка операционного поля производится:

- а) накануне операции,
- б) перед выполнением операции в хирургическом отделении,
- в) в предоперационной,
- г) на операционном столе,
- д) за день до операции вечером.

75. При стерилизации операционного белья боковые отверстия бикса следует закрыть:

- а) до помещения бикса в автоклав,
- б) при закладывании белья в бикс,
- в) при транспортировке бикса в стерилизационную,
- г) при извлечении бикса из автоклава.

76. Переодевание хирургов в операционный костюм обеспечивает профилактику:

- а) контактной инфекции,
- б) имплантационной инфекции,
- в) эндогенной инфекции,
- г) воздушной инфекции,
- д) капельной инфекции.

77. Надевание бахил способствует профилактике:

- а) контактной инфекции,
- б) имплантационной инфекции,
- в) воздушной инфекции,
- г) эндогенной инфекции.

78. Надевание маски способствует профилактике:

- а) воздушно-капельной инфекции,
- б) контактной инфекции,
- в) имплантационной инфекции,
- г) эндогенной инфекции.

79. Маску следует надевать:

- а) при входе в операционный блок,
- б) в предоперационной,
- в) в операционной,
- г) в помещении для подготовки операционного белья для стерилизации,
- д) в ординаторской.

80. К способам обработки рук, основанным только на дублировании, относятся способы:

- а) Альфельда,

- б) Спасокукоцкого–Кочергина,
- в) Бруна,
- г) Заблудовского,
- д) с использованием первомура.

81. Что из перечисленного не способствует профилактике воздушно-капельной инфекции?

- а) санация персонала,
- б) влажная уборка помещения,
- в) ношение маски,
- г) проветривание помещения,
- д) использование УФ лучей.

82. Как предупредить имплантационную инфекцию?

- а) стерилизовать хирургический инструмент,
- б) использовать стерильные простыни для изоляции операционного поля,
- в) использовать стерильный шовный материал,
- г) носить маску,
- д) надеть бахилы.

83. Уборка операционного блока выполняется для профилактики:

- а) контактной инфекции,
- б) воздушной инфекции,
- в) капельной инфекции,
- г) эндогенной инфекции,
- д) имплантационной инфекции.

84. Белый строительный материал в операционной не используется потому, что он:

- а) легко загрязняется,
- б) не влияет на микробную флору,
- в) поглощает лучи света,
- г) отражает лучи света,
- д) все ответы неверны.

85. Оптические приборы стерилизуют:

- а) сухим жаром,
- б) автоклавированием,
- в) кипячением,
- г) в газовых стерилизаторах,
- д) замачиванием в растворе сулемы 1:1000.

86. перевязочный материал стерилизуют:

- а) кипячением,
- б) сухим жаром,
- в) автоклавированием,
- г) в пароформалиновой камере,
- д) УФ облучением.

87. К холодной стерилизации относится все, кроме:

- а) излучения бактерицидной лампы,
- б) текущего пара,
- в) ионизирующего излучения,
- г) паров формалина,
- д) окиси этилена.

88. Профилактика воздушно-капельной инфекции в операционном отделении осуществляется:

- а) правильной планировкой помещений,
- б) переодеванием хирургов в операционный костюм,
- в) надеванием масок,
- г) надеванием бахил,
- д) все ответы правильные.

89. В течение какого времени (в минутах) стерилизуют металлические инструменты в 2 % растворе гидрокарбоната натрия с момента закипания воды?

- а) 10, б) 15, в) 20,
- г) 45, д) 60.

90. В течение какого времени (в минутах) производится стерилизация перевязочного материала под давлением в автоклаве?

- а) 15, б) 20, в) 25,
- г) 30, д) 45.

91. Термин «антисептика» впервые ввел:

- а) Земмельвейс, б) Прингл, в) Листер,
- г) Пирогов, д) Пастер.

92. Комплекс мероприятий, направленный на борьбу с хирургической инфекцией, называется:

- а) антисептикой, б) асептикой.

93. Дезинфицировать руки медицинского персонала перед операцией и манипуляциями впервые предложил:

- а) Пирогов,
- б) Земмельвейс,
- в) Листер,
- г) Альфельд,
- д) Фюрбрингер.

94. Листер предложил для стерилизации и дезинфекции использовать раствор:

- а) перекиси водорода,
- б) перманганата калия,
- в) карболовой кислоты,
- г) борной кислоты,
- д) салициловой кислоты.

95. Земмельвейс рекомендовал для профилактики инфекционных осложнений обрабатывать руки раствором:

- а) нашатырного спирта,
- б) карболовой кислоты,
- в) хлорной извести,
- г) бриллиантового зеленого,
- д) метилового синего.

96. Перчатки для хирургических манипуляций впервые ввел в практику:

- а) Цеге–Мантейфель,
- б) Бергман,
- в) Пирогов,
- г) Спасокукоцкий,
- д) Земмельвейс.

97. Приоритет в разработке метода асептики принадлежит:

- а) Бергману–Шиммельбушу,
- б) Листеру,
- в) Пирогову,
- г) Петровскому,
- д) Бураковскому.

Подчеркните неправильный ответ

1. Стерилизация нитей кетгута в спиртовом растворе Люголя производится следующим образом:

- а) сухие нити кетгута свертываются в кольца и заливаются эфиром на 12–24 часа,
- б) затем на 8–10 суток заливаются спиртовым раствором Люголя,
- в) кетгут кипятят 2 минуты в растворе сулемы 1:1000,
- г) кетгут повторно заливают свежим раствором Люголя еще на 8–10 суток,
- д) производят бактериологический контроль на стерильность.

2. Стерилизация резиновых перчаток производится следующими методами:

- а) паром под давлением в автоклаве,
- б) сухим жаром в печи Пастера,
- в) кипячением в стерилизаторах,
- г) в растворе сулемы 1:1000,
- д) в 1–2 % растворе хлорамина.

3. Для обработки операционного поля применяются:

- а) 1 % бриллиантовой зелени,
- б) основная цианистая ртуть,
- в) муравьиная кислота,
- г) 5–10 % настойка йода,
- д) церигель.

4. Обработка рук хирурга по Альфельду. Что здесь лишнее?

- а) мытье горячей водой и мылом 5 минут,
- б) то же самое второй раз,
- в) протирание стерильным полотенцем,

- г) обработка рук раствором сулемы 1:1000,
- д) обработка рук 96° спиртом.

5. Обработка рук хирурга по методу Фюрбрингера производится в следующем порядке:

- а) руки моют горячей водой щетками с мылом 10 минут,
- б) высушивают стерильным полотенцем или салфетками,
- в) дубят кожу рук 5 % раствором танина,
- г) в течение 3 минут обрабатывают 70° спиртом,
- д) в течение 3 минут обрабатывают 0,5 % раствором сулемы, ногтевые ложа и кожные складки смазывают настойкой йода.

6. Посевы с рук хирургов и операционных сестер перед началом операции, как правило, производятся через:

- а) 5–7 дней, б) 10–12 дней, в) 15–20 дней,
- г) 25–30 дней, д) 60 дней.

7. Листеровская повязка состояла из следующих слоев:

- а) зеленый шелк, пропитанный 5 % раствором карболовой кислоты в смолистом веществе,
- б) 8 слоев марли, пропитанные смесью карболовой кислоты с канифолью и парафином,
- в) 4 слоя марли, пропитанные антибиотиками,
- г) прорезиненная бумажная ткань или клеенка,
- д) бинт, пропитанный карболовой кислотой.

8. Режущие инструменты стерилизуются:

- а) кипячением, б) в автоклаве, в) в 96° спирте,
- г) в тройном растворе, д) в термостате.

9. Стерилизация волоса:

- а) мытье с мылом в теплой воде,
- б) обезжиривание в дистиллированной воде,
- в) кипячение по 40 минут ежедневно в течение трех дней,
- г) погружение в спирт на 7 суток,
- д) хранение в 96° спирте.

10. Для контроля качества предстерилизационной обработки инструментов применяют следующие пробы:

- а) бензидиновая,
- б) ортолидиновая,
- в) амидопириновая,
- г) фенол-фталеиновая,
- д) сулемовая.

11. Обработка операционного поля по методу Гроссига–Филончикова производится в следующей последовательности:

- а) смазывают операционное поле 5 % настойкой йода перед складыванием стерильного белья,
- б) смазывают операционное поле 5 % настойкой йода после наложения белья,
- в) смазывают операционное поле 5 % настойкой йода перед разрезом кожи,
- г) смазывают операционное поле 5 % настойкой йода перед заживанием кожи,
- д) смазывают швы бриллиантовой зеленью.

12. Стерилизация шелка по методу Кохера производится в следующем порядке:

- а) мотки шелка моют в теплой воде с мылом, высушивают и наматывают на катушки,
- б) обезжиривают в эфире 12–24 часа,
- в) стерилизуют в 70° спирте 12–24 часа,
- г) кипятят в растворе соды 10 минут,
- д) переносят в банку с 96° спиртом.

13. Что из перечисленного способствует профилактике контактной инфекции?

- а) стерилизация хирургического инструмента,
- б) надевание стерильного халата,
- в) надевание стерильного операционного костюма,
- г) обработка операционного поля,
- д) использование стерильного операционного белья.

14. Стерилизация резиновых перчаток производится:

- а) замачиванием их в растворе сулемы 1:1000 в течение 10 минут,
- б) автоклавированием,
- в) помещением в сухожаровой стерилизатор,
- г) парами формалина,
- д) УФ облучением.

15. Профилактике воздушно-капельной инфекции способствует:

- а) надевание марлевой маски,
- б) УФО операционной,
- в) влажная уборка помещения операционного блока,
- г) использование кондиционера,
- д) гигиеническая обработка больного перед операцией.

16. Что используют в качестве индикатора для контроля качества стерилизации?

- а) порошок серы,
- б) антипирин,
- в) пирамидом,
- г) резорбицин,
- д) бензойную кислоту.

17. Для профилактики эндогенной инфекции эффективно:

- а) назначение антибиотиков до операции,
- б) активизация иммунных сил организма,
- в) санация ротовой полости больного,
- г) отказ от плановой операции,
- д) проведение тщательной обработки помещений.

18. К контактному инфицированию операционной раны относится попадание в нее микроорганизмов:

- а) из воздуха,
- б) с рук хирурга,
- в) с хирургического инструмента,
- г) с перевязочного материала,
- д) с рук операционных сестер.

АНТИСЕПТИКА

Подчеркните правильный ответ

19. К эндогенному инфицированию операционной раны относится попадание в нее микроорганизмов:

- а) с шовного материала,
- б) из органов желудочно-кишечного тракта,
- в) из органов дыхания больного,
- г) с кожи больного гнойных заболеваний.

20. Контроль стерилизации в автоклаве обеспечивается:

- а) методом Микулича,
- б) бактериологической проверкой,
- в) помещением в биксы порошкообразной серы,
- г) помещением в биксы порошкообразного пирамидона,
- д) измерением температуры непосредственно в биксах.

21. Физическая асептика достигается:

- а) кипячением в стерилизаторах,
- б) стерилизацией текучим паром в аппарате Коха,
- в) стерилизацией паром под давлением в автоклаве,
- г) стерилизацией сухим жаром в печи Пастера,
- д) мытьем перед операцией инструментов щетками.

22. Раствор сулемы 1:1000 применяется для:

- а) стерилизации шелка,
- б) дезинфекции предметов ухода (суден, уток и т.д.),
- в) стерилизации металлических инструментов,
- г) обработки рук хирурга перед операцией,
- д) стерилизации перчаток.

23. 96° спирт применяется:

- а) для обработки рук хирурга,
- б) стерилизации перевязочного материала,
- в) стерилизации режущих инструментов,
- г) обработки операционного поля,
- д) хранения шовного материала.

1. К механической антисептике относятся следующие методы:

- а) смачивание раны 10 % раствором поваренной соли,
- б) высушивание раны воздухом – как метод открытого лечения ран,
- в) первичная хирургическая обработка раны, биотиков,
- г) непрерывный способ орошения ран раствором антибиотиков,
- д) дренирование раны марлевым тампоном.

2. Какое из перечисленных антисептических средств является солью тяжелого металла?

- а) йодоформ, б) стрептоцид, в) пенициллин,
- г) норсульфазол, д) сулема.

3. К методам химической антисептики относятся:

- а) припудривание раны пенициллином,
- б) промывание раны раствором фурациллина 1:2000,
- в) введение тампона в рану с 5 % раствором сахара,
- г) облучение раны ультрафиолетовыми лучами,
- д) ванночки с гипертоническим раствором поваренной соли.

4. К физической асептике относятся следующие методы:

- а) иссечение краев раны и удаление мертвых тканей,
- б) удаление инородных тел из раны,
- в) промывание раны перекисью водорода,
- г) применение вакцин из специфических сывороток,
- д) создание тока жидкости из раны в повязку с помощью тампонов, дренажей и гипертонических растворов.

5. Какое из перечисленных средств относится к биологическим антисептикам?

- а) этазол, б) сульфадимезин, в) бициллин,
- г) хлорамин, д) формалин.

6. Научное обоснование антисептических методов хирургической работы принадлежит:

- а) Пирогову,
- б) Листеру,
- в) Бергману,
- г) Земмельвейсу,
- д) Шиммельбушу.

7. Для лечения инфицированных ран и гнойных полостей в настоящее время применяют следующие ферменты:

- а) пирогалол,
- б) трипсин,
- в) фурадонин,
- г) диацид,
- д) сульфадиметоксин.

8. К антисептикам группы окислителей относится:

- а) перекись водорода,
- б) раствор Люголя,
- в) лизол,
- г) салициловая кислота,
- д) свинцовая вода.

9. Для промывания ран применяется раствор хлорамина следующей концентрации:

- а) 0,1 %,
- б) 1 %,
- в) 1,5 %,
- г) 2 %,
- д) 5 %.

10. Для обработки рук хирурга применяется раствор диацида в концентрации:

- а) 1:100,
- б) 1:500,
- в) 1:1000,
- г) 1:2500,
- д) 1:5000.

11. Какой из препаратов следует рекомендовать при кандидомикозе?

- а) мономицин,
- б) сульфадимезин,
- в) нистатин,
- г) стрептомицин,
- д) пенициллин.

12. Через резиновый трубчатый дренаж грудной полости самопроизвольно эвакуируется экссудат. Какой метод антисептики используется?

- а) механическая,
- б) физическая,
- в) микробиологическая,
- г) химическая,
- д) биологическая.

13. Что относится к механической антисептике?

- а) орошение раны раствором пероксида водорода,
- б) дренирование раны марлевым тампоном,
- в) удаление из раны нежизнеспособных тканей и инородных тел,
- г) иммобилизация конечности гипсовой повязкой.

14. Какое действие перекиси водорода выражено наиболее слабо?

- а) антимикробное,
- б) пенообразующее,
- в) дезодорирующее,
- г) механическое очищение раны,
- д) органолептическое.

15. Раствор какого антисептика используется чаще всего для хранения корнцанга?

- а) тройной раствор,
- б) этилового спирта,
- в) йода,
- г) сулемы,
- д) йодоната.

16. Что из перечисленного относят к поверхностной антисептике?

- а) введение антисептика в полости организма,
- б) внутримышечное введение антибиотиков,
- в) введение антисептика в окружающие рану ткани,
- г) орошение раны раствором фурацилина,
- д) внутривенное введение 1 % раствора фурагина.

17. Какие из перечисленных лечебных мероприятий относятся к методам биологической антисептики?

- а) первичная хирургическая обработка раны,
- б) промывание раны водорода пероксидом,
- в) внутримышечное введение стрептомицина,
- г) назначение внутрь сульфадиметоксина,
- д) белковая диета.

18. Гипертонический раствор натрия хлорида применяется при:

- а) первичной хирургической обработке раны,
- б) наложении рассасывающего компресса,
- в) стерилизации режущих инструментов,
- г) дренировании гнойных полостей и ран тампоном,
- д) в качестве примочек.

19. В какой концентрации применяют раствор фурацилина для промывания ран?

- а) 1:200, б) 1:500, в) 1:2000
- г) 1:5000, д) 1:10000.

20. Какие из перечисленных ниже средств не относят к биологической антисептике?

- а) вакцины,
- б) специфические сыворотки,
- в) антибиотики,
- г) сульфаниламиды,
- д) переливание крови.

21. Какое вещество раньше остальных применялось как антисептик?

- а) пероксид водорода,
- б) сулема,
- в) спиртовой раствор йода,
- г) борная кислота,
- д) карболовая кислота.

22. Что относится к антисептикам из группы альдегидов?

- а) карболовая кислота,
- б) сулема,
- в) калия перманганат,
- г) формалин 36,5–37,5 %,
- д) серебра нитрат.

23. Что относится к антисептикам из группы красителей?

- а) фурацилин, фурагин,
- б) метиленовый синий, бриллиантовый зеленый,

- в) йодонат, йодопирон,
- г) раствор хлорной извести,
- д) фуразолин.

24. Какова суть физической антисептики?

- а) повысить иммунитет больного,
- б) ослабить патогенные свойства микробов,
- в) убить микробы в ране,
- г) создать в ране неблагоприятные условия для развития микробов,
- д) уничтожить в ране микробные споры.

25. Какой из препаратов следует назначать при кандидомикозе?

- а) канамицин, б) леворин, в) тетрациклин,
- г) фурагин, д) эритромицин.

26. Гнойная рана промыта пульсирующей струей раствора антисептика и дренирована. Это антисептика:

- а) химическая, б) физическая, в) механическая,
- г) биологическая, д) смешанная.

27. Для проведения химической антисептики настоящее время используются следующие вещества: 1) поверхностно-активные вещества, 2) антибиотики, 3) спирты, 4) вакцины, 5) окислители.

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

28. К группе органических антисептических веществ относятся:

- а) красители б) окислители в) фенолы,
- г) альдегиды, д) спирты.

29. Кем было предложено применение 3–5 % раствора карболовой кислоты?

- а) Листером, б) Склифосовским, в) Пироговым,
- г) Шиммельбушем, д) Бергманом.

30. Первичная хирургическая обработка раны:

- а) иссечение краев раны и удаление нежизнеспособных тканей, промывание раны,
- б) введение антибиотика,
- в) резекция кишечника при необходимости,
- г) вскрытие флегмоны,
- д) туалет плевральной полости при эмпиеме.

31. К группе галоидов относятся следующие антисептики:

- а) перекись водорода,
- б) фурацилин,
- в) настойка йода,
- г) спирт,
- д) пенициллин.

32. К механической антисептике относятся следующие методы:

- а) высушивание раны воздухом,
- б) смачивание раны 10 % раствором поваренной соли,
- в) первичная хирургическая обработка раны,
- г) неправильное орошение антисептическим раствором,
- д) дренирование раны марлевыми тампонами.

33. Кто является основоположником антисептического метода?

- а) Пирогов,
- б) Земмельвейс,
- в) Пастер,
- г) Пелехин,
- д) Листер.

34. К группе формальдегидов относятся:

- а) карболовая кислота,
- б) спирт,
- в) уротропин,
- г) сулема,
- д) метиленовая синяя.

Подчеркните неправильный ответ

1. Антисептический метод хирургической работы, разработанный Листером, заключается в следующем:

- а) перед операцией и во время нее в воздухе операционной распыляют раствор карболовой кислоты,
- б) руки хирурга обрабатываются 2–3 % раствором карболовой кислоты,
- в) инструменты обрабатываются 2–3 % раствором карболовой кислоты,
- г) операционное поле смазывается 10 % настойкой йода,
- д) материалы для перевязки и швов обрабатываются 2–3 % раствором карболовой кислоты.

2. К методам поверхностной антисептики относятся:

- а) назначение антисептических средств во внутрь при гнойных ранах,
- б) выполнение раны марлевыми салфетками, смоченными раствором антисептического препарата,
- в) припудривание раны порошком антисептического вещества,
- г) применение антисептических мазей,
- д) дезинфекция ран при помощи ванночек с антисептическими веществами.

3. Отрицательные стороны антисептического метода, предложенного Листером, следующие:

- а) длительное пребывание в операционной в парах карболовой кислоты приводит к отравлению персонала и больного,
- б) обработка рук карболовой кислотой вызывает раздражение кожи,
- в) попадание карболовой кислоты в рану вызывает некроз тканей,
- г) попадание карболовой кислоты в рану вызывает гибель микробов,
- д) попадание карболовой кислоты в рану вызывает бурное развитие грануляций в ране.

4. К методу глубокой антисептики относятся следующие способы введения антисептических средств:

- а) желудочно-кишечный тракт,
- б) внутривенно,
- в) внутриартериально,
- г) внутримышечно,
- д) в брюшную полость.

5. 96° винный спирт применяется:

- а) для обработки рук хирурга,
- б) стерилизации перевязочного материала,
- в) стерилизации режущих инструментов,
- г) обработки операционного поля,
- д) хранения шовного материала.

6. К химическим антисептикам относятся следующие вещества:

- а) йод,
- б) карболовая кислота,
- в) формалин,
- г) фурациллин,
- д) колимицин.

7. В группу неорганических соединения химических антисептиков входят:

- а) галоиды,
- б) окислители,
- в) фенолы,
- г) кислоты и щелочи,
- д) соли тяжелых металлов.

8. Целью некролитического действия в хирургической клинике существуют следующие способы применения ферментов:

- а) внутримышечное введение,
- б) местная энзимотерапия,
- в) электрофорез трипсина,
- г) внутрь,
- д) внутрикостное введение.

9. К ошибкам антибиотикотерапии относятся:

- а) назначение антибиотиков без должных показаний,
- б) использование препаратов в больших дозах, что приводит к быстрой антибиотикорезистентности,
- в) недоучет быстро нарастающей антибиотикорезистентности в процессе лечения,
- г) комбинация препаратов антибиотиков, обладающих антагонистическим действием,
- д) недоучет противопоказаний (аллергические реакции, поражение слуха и др.).

10. Механизм и виды дренирования:

- а) отток гнойного содержимого,
- б) капиллярное всасывающее действие,
- в) активное дренирование,
- г) проточный диализ,
- д) бактерицидное действие.

11. Жидкости для промывания при проточном диализе:

- а) 0,9 % NaCl,
- б) кипяченая вода,
- в) фурацилин,
- г) муравьиная кислота,
- д) диоксидин.

12. При использовании антибиотиков возможны следующие ошибки:

- а) применение антибиотиков без должных показаний,
- б) использование антибиотиков в больших дозах, что приводит к быстрой адаптации микрофлоры к антибиотикам,
- в) назначение антибиотиков одной и той же группы, которые могут иметь разное название,
- г) учитывая чувствительность антибиотиков.

ОБЩЕЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Подчеркните правильный ответ

1. Какой из перечисленных методов терапии показан при аспирации рвотных масс?

- а) искусственное дыхание,
- б) внутривенное введение лобелина,
- в) ингаляция кислорода,
- г) трахеостомия,
- д) бронхоскопия,

2. При проведении эндотрахеального наркоза может наблюдаться остановка дыхания по следующим причинам:

- а) в результате аспирации рвотных масс,
- б) в результате спазма голосовых связок,
- в) в результате западения языка,
- г) в результате передозировки наркотического вещества,
- д) в результате развития послеоперационной пневмонии.

3. С чего надо начинать реанимационные мероприятия при клинической смерти?

- а) введение кордиамина,
- б) введение препарата дигиталиса,
- в) введение дитилина и лобелина,
- г) искусственное дыхание и массаж сердца,
- д) внутрисердечное введение адреналина.

4. К газообразным наркотическим веществам относятся:

- а) эфир, б) циклопропан, в) хлороформ,
- г) хлорэтил, д) флюотан.

5. При введении внутритрахеального наркоза полуоткрытым способом больной:

- а) вдыхает смесь атмосферного воздуха с наркотическим веществом и выдыхает его в окружающую атмосферу,
- б) вдыхает наркотическую смесь, полностью изолированную от атмосферного воздуха, и выдыхает ее в окружающую атмосферу,

- в) вдыхание наркотической смеси полностью изолировано от атмосферного воздуха, выход осуществляется частично в наркочный аппарат, частично в окружающую атмосферу,
- г) вдох и выдох полностью изолированы от окружающей атмосферы,
- д) вдох и выдох необходимо производить через поглотитель углекислоты.

6. Какую терапию следует выбрать при тотальном бронхоспазме?

- а) искусственное дыхание,
- б) массаж легкого,
- в) массаж сердца,
- г) бронхоскопию,
- д) внутривенное введение лобелина.

7. При какой системе циркуляции дыхательной смеси в наркочном аппарате не требуется абсорбер:

- а) полузакрытая,
- б) полуоткрытая,
- в) закрытая,
- г) маятниковобразная,
- д) с вдохом из аппарата, с выходом частично в аппарат, частично наружу.

8. Для прямокишечного наркоза применяется:

- а) 0,3 % раствор дикаина,
- б) циклопропан,
- в) 3 % раствор авертин-нарколана,
- г) закись азота,
- д) хлоралгидрат, ГОМК.

9. Внутренний наркоз впервые был предложен:

- а) Н.П. Кравковым,
- б) А.М. Филомафитским,
- в) Н.И. Пироговым,
- г) Ф.И. Иноземцевым,
- д) Симпсоном.

10. Правильная позиция эндотрахеальной трубки в трахее:

- а) трубка введена до отказа вглубь,
- б) манжетка на уровне подсвязочного пространства,
- в) манжетка на уровне голосовой щели,
- г) манжетка на уровне черпаловидного хряща,
- д) верхний срез трубки у края зубов.

11. Маска Эсмарха состоит из:

- а) проволочного каркаса, на котором имеется желобок, препятствующий затеканию жидкого наркотика на лицо больного,
- б) проволочного каркаса, покрытого марлей,
- в) проволочного каркаса, обшитого марлей и клеёнкой,
- г) металлического резервуара выполненного войлоком,
- д) изготавливается из резины и надувается воздухом.

12. Во время масочного наркоза с помощью какого анестетика нельзя применять диатермокоагуляцию?

- а) закиси азота, б) хлороформа, в) эфира,
- г) флюотана, д) тиопетала.

13. В полном баллоне с закисью азота давление газа при измерении манометром оказалось равным 50 атмосфер. Из этого баллона использовали половину его содержимого. Каково теперь окажется давление газа в баллоне при условии, что температура в баллоне не изменилась?

- а) 25 атмосфер, б) 30 атмосфер, в) 40 атмосфер,
- г) 45 атмосфер, д) 50 атмосфер.

14. Как определять количество закиси азота в баллоне?

- а) по показаниям манометра,
- б) по показаниям дозиметра наркозного аппарата,
- в) по степени охлаждения редуктора,
- г) путем взвешивания баллона,
- д) по времени работы с баллоном.

15. Кто впервые в медицинской практике применил для общего обезболивания закись азота?

- а) Джексон, б) Мортон, в) Уоррен,
- г) Уэллс, д) Иноземцев.

16. Кто впервые использовал в клинической практике эфир для общего обезболивания?

- а) Мортон б) Джексон, в) Пирогов,
- г) Уэллс, д) Иноземцев.

17. Кто впервые применил наркоз в условиях военных действий?

- а) Джексон, б) Мортон, в) Симпсон,
- г) Пирогов, д) Буяльский.

18. К мышечным релаксантам недеполяризующего типа действия относятся:

- а) листенон, б) тубокурарин, в) дитилин,
- г) курантил, д) синакур.

19. Меры профилактики аспирации желудочного содержимого:

- а) положение больного с возвышенным головным концом операционного стола,
- б) положение больного с опущенным головным концом операционного стола,
- в) наличие раздутой манжетки эндотрахеальной трубки, герметично obturiruyemykh трахею,
- г) углубление наркоза,
- д) глубокая кураризация.

20. Противопоказанием к ингаляционному наркозу с помощью маски является:

- а) стенозы трахеи и гортани,
- б) нарушение носового дыхания,
- в) детский возраст,
- г) кровопотеря,
- д) пожилой и старческий возраст.

21. Какие вещества применяются для внутривенного наркоза?

- а) циклопропан, б) тиопентал натрия, в) трихлорэтилен,
- г) фторотан, д) хлорэтил.

22. В какой из перечисленных дыхательных систем наркотических аппаратов можно достигнуть наиболее точной дозировки ингаляционных наркотиков во вдыхаемом воздухе?

- а) закрытая циркуляционная,
- б) полузакрытая циркуляционная,
- в) возвратно-поступательная (реверсивная),
- г) полуоткрытая,
- д) открытый способ – маской Эсмарха.

Подчеркните неправильный ответ

1. К жидким наркотическим веществам относятся:

- а) этиловый спирт, б) хлороформ, в) хлорэтил,
- г) закись азота, д) винитен.

2. Методом предупреждения взрывов в операционной является:

- а) заземление всех электроприборов,
- б) размещение розеток не ниже 1,2 м над полом,
- в) применение антистатической резины
- г) ношение синтетического белья в операционной,
- д) расположение баллонов вдали от нагревательных приборов.

3. Признаками асфиксии являются:

- а) сужение зрачков,
- б) расширение зрачков,
- в) цианоз,
- г) потемнение крови,
- д) остановка дыхания.

4. Перед введением в трахею интубационной трубки местную анестезию корня языка, неба и входа в гортань производят смазыванием:

- а) 5 % раствором кокаина,
- б) 1 % раствором дикаина,
- в) 5 % раствором новокаина,
- г) 10 % раствором новокаина,
- д) 2 % раствором новокаина.

5. Препараты барбитуровой кислоты для внутривенного наркоза применять опасно при:

- а) шоке, б) тяжелом диабете, в) кахексии,
- г) травмах черепа, д) пороках сердца.

6. При подготовке аппарата к наркозу необходимо:

- а) проверить количество газа в баллонах,
- б) проверить герметичность всех соединений,
- в) проверить работу дозиметров,
- г) заземлить аппарат во избежание взрыва от статического электричества,
- д) смазать маслом кислородный редуктор.

7. В третьей стадии наркоза, по мере углубления его, различают следующие уровни:

- а) 1-й уровень (3) – уровень движения глазных яблок,
- б) 2-й уровень (3) – уровень роговичного рефлекса,
- в) 3-й уровень (3) – уровень расширения зрачка,
- г) 4-й уровень (3) – уровень диафрагмального дыхания,
- д) 5-й уровень (3) – уровень возбуждения, сопровождаемый рвотой.

8. Основные цели многокомпонентного наркоза:

- а) устранение боли,
- б) выключение сознания,
- в) выключение компенсаторных реакций кровообращения,
- г) мышечная релаксация,
- д) управление дыханием.

9. Обязательные условия для применения миорелаксантов следующие:

- а) наличие набора для интубации трахеи,
- б) умение производить интубацию трахеи,
- в) умение вентилировать легкие больного через маску наркотического аппарата,
- г) герметичность наркотического аппарата,
- д) наличие абсорбера, заполненного свежим химпоглотителем.

10. При западении языка во время масочного наркоза следует применять следующие лечебные меры:

- а) ввести подкожно цитион,
- б) открыть рот и извлечь язык языкодержателем,
- в) вставить в рот воздуховод,
- г) выдвинуть и правильно удержать нижнюю челюсть,
- д) одеть маску и продолжить наркоз.

11. Искусственное дыхание изо рта в рот производится следующим образом:

- а) освобождается ротовая полость от содержимого,
- б) нос пострадавшего зажимается пальцами,
- в) язык выводится наружу языкодержателем,
- г) голова пострадавшего запрокидывается назад,
- д) вдувается воздух изо рта в рот.

12. Признаками передозировки эфира являются:

- а) снижение артериального давления,
- б) частое поверхностное диафрагмальное дыхание,
- в) расширение зрачка с отсутствием его реакции на свет,
- г) расширение зрачка с сохранением реакции на свет,
- д) арефлексия.

13. Каковы элементы проведения масочного наркоза?

- а) наблюдение за клиникой наркоза,
- б) капельная подача наркотика в маску,
- в) применение воздуховода,
- г) проведение управляемой вентиляции легких,
- д) предупреждение западения языка.

14. Первооткрывателями наркоза являются:

- а) Ларрей, б) Лонг, в) Мортон,
- г) Пирогов, д) Уэллс.

15. Для внутривенного наркоза применяются:

- а) гексенал, б) закись азота, в) пентотал,
- г) тиопентал натрия, д) алкоголь.

16. Что необходимо для интубации трахеи?

- а) роторасширитель,
- б) ларингоскоп,
- в) раствор миорелаксанта,
- г) эндотрахеальная трубка,
- д) мандрен для трубки.

17. Каковы цели премедикации?

- а) усиление тормозных процессов психики,
- б) подавление вегетативной рефлекторной возбудимости,
- в) выключение компенсаторных реакций кровообращения,
- г) уменьшение восприятий болевых ощущений,
- д) нейтрализация побочного действия наркотиков.

18. Осложнения вводного наркоза:

- а) ларингоспазм,
- б) рвота,
- в) паралич скелетной мускулатуры,
- г) остановка сердца,
- д) регургитация.

19. Что надо делать во время интубации трахеи?

- а) проводить клинок ларингоскопа слева от языка,
- б) опираться клинком на верхние зубы больного,
- в) прижимать клинком верхнюю губу к зубам,
- г) отодвигать клинком маленький язычок,
- д) прижимать клинком надгортанник к корню языка.

20. Основными осложнениями спинномозговой анестезии могут быть:

- а) менингизм,
- б) головные боли,
- в) резкое повышение артериального давления,
- г) двигательные парезы и паралич,
- д) тошнота и рвота.

21. Наркозные аппараты состоят из следующих основных систем:

- а) баллонов для наркотических веществ и кислорода,
- б) системы дозиметров с обогатительным устройством,
- в) испарителей для жидких наркотических веществ,
- г) систем для регулирования циркуляции газов и поглощения углекислоты,
- д) масляного устройства для смазывания редуктора и кислородных трубок.

МЕСТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Подчеркните правильный ответ

1. Какой концентрации применяют раствор дикаина для перидуральной анестезии:

- а) 0,1 %, б) 0,3 %, в) 0,5 %, г) 1 %, д) 2 %.

2. Какой процент новокаина применяют для анестезии смазыванием?

- а) 0,25, б) 0,5, в) 1, г) 2, д) 10.

3. Кто предложил спинномозговую анестезию?

- а) Юдин, б) Вишневский, в) Браун, г) Бир, д) Шлейх.

4. Кто впервые предложил местную инфильтрационную анестезию?

- а) Вишневский, б) Шлейх, в) Орлов, г) Реклю, д) Спасокукоцкий.

5. Кто первым предложил использовать кокаин для местного обезболивания?

- а) Колер, б) Анреп, в) Реклю, г) Лукашевич, д) Орлов.

6. Для проводниковой анестезии применяют

- а) 2 % раствор новокаина,
- б) 5 % раствор новокаина,
- в) 0,25 % раствор новокаина,
- г) 0,3 % раствор дикаина,
- д) 5 % раствор кокаина.

7. Из широкого арсенала имеющихся обезболивающих средств для спинномозговой анестезии в настоящее время применяют:

- а) 5 % раствор новокаина,
- б) 2 % раствор новокаина,
- в) 0,3 % раствор дикаина,
- г) 5 % раствор кокаина,
- д) 1 % раствор тиопентала натрия.

8. Почему не имеет широкого распространения перидуральная анестезия?

- а) угроза осложнения при ошибочном введении раствора анестетика в ликвор,
- б) трудность техники и диагностики нахождения иглы в перидуральном пространстве,
- в) длительность экспозиции до наступления анестезии,
- г) необходимость соблюдения большой аккуратности и точности ее проведения,
- д) несовершенство анестезии даже при ее правильном и безупречном выполнении.

9. Виды проводниковой анестезии:

- а) спинномозговая,
- б) перидуральная,
- в) инфильтрационная,
- г) по Лукашевичу,
- д) стволовая.

10. Кто является первооткрывателем местной анестезии?

- а) Реклю, б) Шлейх, в) Вишневский, г) Браун, д) Спасокукоцкий.

11. Какой концентрации применяется раствор новокаина для проводниковой анестезии?

- а) 0,25 %, б) 0,5 %, в) 1 %, г) 2 %, д) 5 %.

12. Поздние осложнения спинномозговой анестезии:

- а) падение артериального давления,
- б) гнойный менингит,
- в) двигательные парезы и параличи,
- г) менингизм,
- д) головные боли.

13. Почему спинномозговая анестезия не имеет в наши дни широкого распространения?

- а) угроза инфекции центральной нервной системы,
- б) сложность аппаратуры,
- в) угроза падения артериального давления,
- г) угроза остановки дыхания,
- д) возможность осложнения появления головных болей, парезов и т.д.

14. Абсолютные противопоказания к спинномозговой анестезии:

- а) тяжелый шок,
- б) низкое артериальное давление,
- в) поражение центральной нервной системы,
- г) деформация позвоночника,
- д) пожилой и старческий возраст.

15. Показаниями к местной анестезии являются:

- а) безопасность,
- б) безвредность,
- в) полное обезболивание,
- г) длительно затрачиваемое время на обезболивание,
- д) простота методики.

16. Противопоказаниями к местной анестезии являются:

- а) отсутствие серьезных осложнений,
- б) психические заболевания,
- в) резкое нервное возбуждение,
- г) категорический отказ от местной анестезии,
- д) ранний детский возраст.

КРОВОТЕЧЕНИЕ

Подчеркните правильный ответ

1. К методам временной остановки кровотечения относятся:

- а) пальцевое прижатие сосуда к кости,
- б) перевязка сосуда в ране,
- в) наложение сосудистого шва
- г) перевязка сосуда на протяжении,
- д) закручивание сосуда в ране.

2. Кто первым предложил накладывать лигатуру на кровоточащий сосуд?

- а) Гиппократ, б) Цельс. в) Амбруз Паре,
- г) Пирогов, д) Каррель.

3. Кто из хирургов первым отказался от применения кипящего масла для заживления раны и с целью остановки кровотечения и вновь предложил для перевязки крупных сосудов лигатуру?

- а) Коломнин, б) Пейрони, в) Амбрауз–Паре,
- г) Жан-Луи Пти, д) Буш.

4. Что лучше переливать больному гемофилией при непрекращающемся кровотечении?

- а) полиглюкин,
- б) желатиноль,
- в) свежечитратую кровь,
- г) консервированную кровь,
- д) произвести прямое переливание крови.

5. При ножевом ранении живота с повреждением срединной артерии ободочной кишки имеется картина нарастающего острого малокровия и увеличивающегося гемоперитонеума. Какое из перечисленных мероприятий следует применять для остановки кровотечения?

- а) давящая повязка на рану,
- б) гемостатическая трубка в рану,
- в) экстренная операция – лапаротомия и перевязка кровоточащего сосуда,
- г) внутримышечное переливание лошадиной сыворотки,
- д) внутриартериальное переливание крови.

6. Каким из перечисленных способов вы воспользуетесь для остановки паренхиматозного кровотечения?

- а) тампонадой раны,
- б) давящей повязкой,
- в) наложением сосудистого шва,
- г) лигированием кровоточащего сосуда,
- д) закручиванием сосуда.

7. Доза крови, переливаемой с гемостатической целью, в мл.:

- а) 50, б) 200, в) 400,
- г) 500, д) 1000.

8. Какая среда является лучшей для переливания больному с острой кровопотерей?

- а) эритроцитарная масса,
- б) цельная кровь,
- в) плазма,
- г) сыворотка,
- д) полиглобулин.

9. Для обильной кровопотери характерны следующие симптомы:

- а) гиперемия кожных покровов,
- б) частый пульс слабого наполнения и напряжения,
- в) повышение артериального давления,

- г) отсутствие головокружения и обмороков,
- д) увеличение количества гемоглобина.

10. При осколочном ранении правого бедра раненому наложена на рану давящая повязка. Через тридцать минут во время транспортировки повязка на бедре сбилась, из раны появилось обильное кровотечение алой кровью. Как следует именовать такое кровотечение?

- а) наружное первичное артериальное,
- б) наружное раннее вторичное артериальное,
- в) наружное позднее вторичное артериальное,
- г) наружное раннее вторичное венозное,
- д) наружное позднее вторичное венозное.

11. Обширную рану ягодичной области с участками некроза жировой клетчатки лечат тампонами с мазью Вишневского. Во время перевязки при извлечении тампона из раны появилось обильное выделение темной крови, которая вытекала непрерывной струей. По классификации кровотечений каким его следует именовать?

- а) наружным первичным артериальным,
- б) наружным ранним вторичным артериальным,
- в) наружным поздним вторичным артериальным,
- г) наружным ранним вторичным венозным,
- д) наружным ранним вторичным венозным.

12. При проникающем ножевом ранении грудной клетки с повреждением межреберной артерии имеется картина нарастающего малокровия и увеличивающегося пневмоторакса. Какое из перечисленных мероприятий следует применить для остановки кровотечения?

- а) тампонада раны,
- б) пальцевое прижатие сосудов,
- в) экстренная операция – торакотомия и перевязка кровоточащего сосуда,
- г) внутриартериальное переливание крови,
- д) внутривенное переливание крови.

13. С целью остановки кровотечения разрешается жгут накладывать не более чем на:

- а) 30 минут,
- б) 45 минут,
- в) 1 час,
- г) 1,5 часа,
- д) 2 часа.

14. Небольшой поверхностный экстравазат, имеющий неравномерное распространение, называют:

- а) гемморатическим инфильтратом,
- б) суггилацией,
- в) гематомой,
- г) экхимозом,
- д) петехией.

15. К биологическим методам остановки кровотечения относятся:

- а) введение витамина «К»,
- б) орошение тканей перекисью водорода.
- в) внутривенное введение 10 мл 40 % раствора хлористого кальция,
- г) внутривенное введение 40 % раствора глюкозы,
- д) подкожное введение 1 % раствора морфия.

16. К методам окончательной остановки кровотечения относятся:

- а) наложение давящей повязки,
- б) наложение жгута,
- в) пальцевое прижатие сосуда,
- г) электрокоагуляция,
- д) максимальное сгибание конечностей в суставе.

17. Какой из перечисленных способов наилучший для остановки кровотечения?

- а) переливание цельной крови,
- б) переливание эритроцитарной массы,
- в) переливание раствора полиглюкина,
- г) переливание раствора глюкозы,
- д) переливание лейкоцитарной массы.

18. Объем и длительность кровотечения зависит от (найди неправильный ответ):

- а) характера поврежденного сосуда,
- б) количества поврежденных сосудов,
- в) количества поврежденных органов,
- г) состояния свертывающей системы крови,
- д) количества нервных элементов в зоне повреждения.

19. Причиной вторичных артериальных кровотечений может быть (найди неправильный ответ):

- а) недостаточная остановка кровотечения во время операции,
- б) гнойное расплавление тромба,
- в) общее повышение свертываемости крови,
- г) отрыв тромба в результате вторичной травмы,
- д) соскальзывание лигатуры.

20. Больному с поврежденной артерией наложен жгут и через 10 часов он доставлен в хирургическое отделение. Ваша тактика:

- а) произвести первичную хирургическую обработку раны,
- б) снять жгут и произвести восстановление сосуда,
- в) наложить асептическую повязку,
- г) ввести противогангренозную сыворотку,
- д) не снимать жгут и провести ампутацию.

21. К биологическим методам остановки кровотечения относятся:

- а) введение викасола,
- б) орошение раны раствором перекиси водорода,
- в) внутривенное вливание NaCl 10 % 10 мл,
- г) внутривенное вливание 10 % 10 мл CaCl₂,
- д) внутримышечное введение 1,0 мл адреналина.

22. Какое мероприятие проводят при гемоперитонеуме от ножевого ранения?

- а) наложить жгут-закрутку,
- б) тампонаду раны,
- в) наложить давящую повязку на рану,
- г) лапаротомия, перевязка кровоточащего сосуда,
- д) внутриартериальное переливание свежечитратной крови.

23. Паренхиматозное кровотечение (найти неправильный ответ):

- а) при повреждении паренхиматозных органов,
- б) кровотечение из почки,
- в) сосуды не спадают,
- г) кровотечение из селезенки,
- д) кровотечение по всей поверхности печени.

24. Кровотечение из плевральной полости по дренажам. Ваши действия:

- а) экстренная торактомия,
- б) наложение фибринолиза,
- в) переливание крови,
- г) динамическое наблюдение,
- д) торакоскопия.

25. Маточное кровотечение, методы остановки:

- а) тампонада матки,
- б) перевязка маточной трубы,
- в) перевязка маточной артерии,
- г) обработка полости матки йодом 2,5 %,
- д) промывание матки стерильным физиологическим раствором.

26. При транспортировке больного с кровотечением из бедренной артерии на расстояние более пяти часов необходимо:

- а) наложить жгут Эсмарха,
- б) наложить жгут-закрутку,
- в) наложить зажим,
- г) наложить временный шунт,
- д) пальцевое прижатие сосуда.

27. Для острой анемии характерно:

- а) увеличение гемоглобина,
- б) увеличение гематокрина,
- в) повышение артериального давления,
- г) гиперемия кожных покровов,
- д) частый пульс и дыхание.

28. Что такое абсолютная гиповолемия?

- а) потеря белков,
- б) потеря плазмы,
- в) потеря жидкости,
- г) потеря крови,
- д) потеря лимфы.

29. Легочное кровотечение и оказание первой помощи (найти неправильный ответ):

- а) сидячее положение больного,
- б) глотание кусочков льда и питье холодной воды,
- в) бронхография,
- г) установка в бронхи окклюдера,
- д) введение или регос химических веществ для свертывания крови суживание сосуда.

30. Окончательный метод остановки кровотечения:

- а) наложение давящей повязки,
- б) наложение жгута,
- в) перевязка сосуда,
- г) прижатие сосуда,
- д) наложение жгута-закрутки.

31. Дайте наиболее полный ответ: кровотечение – это излияние крови:

- а) во внешнюю среду,
- б) в полости организма,
- в) в ткани организма,
- г) в ткани, полости организма или во внешнюю среду,
- д) во внешнюю среду и полости организма.

32. Дайте наиболее полный правильный ответ: причинами кровотечения являются...

- а) механическое повреждение сосудистой стенки в результате травмы,
- б) викарное кровотечение проницаемости сосудистой стенки и химизма крови,
- в) аррозивное патологическое кровотечение,
- г) все ответы правильные.

33. Какая классификация наиболее полно отражает различные проявления кровотечения?

- а) анатомическая, по причине возникновения, по клиническим проявлениям, с учетом времени появления, количество кровопотери,
- б) анатомическая, физиологическая, с учетом времени появления, по причине появления,
- в) по причине появления, анатомическая, физиологическая, по клиническим проявлениям, с учетом времени появления,
- г) анатомическая, физиологическая, клиническая, с учетом времени появления,
- д) этиологическая, анатомическая, физиологическая, клиническая.

34. Какие кровотечения различают по анатомической классификации?

- а) первичные, вторичные,
- б) скрытые, внутренние, скрытые наружные,
- в) артериальные, венозные, капиллярные, паренхиматозные,
- г) ранние, поздние,
- д) наружные, внутренние.

35. Какие кровотечения различают по клиническим проявлениям и по отношению к внешней среде?

- а) асептические, аррозивные,
- б) артериальные, венозные, капиллярные,
- в) ранние, поздние,
- г) наружные, внутренние, скрытые,
- д) первичные, вторичные.

36. Какие кровотечения различают по времени появления?

- а) первичные, вторичные ранние, вторичные поздние,
- б) длительные, недлительные,
- в) профузные, интенсивные, неинтенсивные,
- г) острые, хронические, рецидивирующие,
- д) остановившиеся, продолжающиеся.

37. Что такое гематома?

- а) ограниченное скопление крови в тканях,
- б) кровоизлияние в паренхиматозные органы,
- в) скопление крови в полости сустава,
- г) пропитывание кровью мягких тканей,
- д) скопление крови в плевральной или брюшной полости.

38. На какие группы делятся симптомы кровотечения?

- а) местные, общие,
- б) явные, скрытые,
- в) наружные, внутренние,
- г) первичные, вторичные,
- д) единичные, множественные.

39. Дайте наиболее полный ответ: опасность кровотечения заключается в развитии...

- а) шока, коллапса, анемии, гиповолемии, сдавлении жизненно важных органов,
- б) шока, коллапса, истинной аневризмы,
- в) шока, анемии, лейкопении,
- г) коллапса, нарушения функции органа, асфиксии,
- д) анемии, лейкоцитоза, ацидоза.

40. Истинная аневризма – это:

- а) патологическое выпячивание с разрывом стенки сердца или сосуда,
- б) разрыв сосудистой стенки с образованием гематомы,
- в) расслоение стенки артерии,
- г) расположение артерии внутри гематомы,
- д) расширение вены.

41. На какие основные группы делятся все способы остановки кровотечений?

- а) временные, окончательные,
- б) физические, химические,
- в) механические, биологические,
- г) надежные, ненадежные,
- д) доврачебные, врачебные.

42. Временный гемостаз осуществляется:

- а) легированием сосуда в ране,
- б) наложением сосудистого шва,
- в) протезированием сосуда,
- г) давящей повязкой, жгутом, пальцевым прижатием,
- д) диатермокоагуляцией.

43. В каком ответе наиболее полно перечислены способы окончательной остановки кровотечения?

- а) механический, биологический, этиологический,
- б) физический, химический, биологический, смешанный,
- в) механический, физический, химический, биологический,
- г) механический, физический, патогенетический,
- д) химический, термический, смешанный.

44. Сосудистый шов в целях гемостаза накладывает при повреждении:

- а) капилляров,
- б) артериол,
- в) венул,
- г) любых сосудов,
- д) магистральных сосудов.

45. Укажите метод окончательного гемостаза при ранении аорты:

- а) перевязка сосуда в ране,
- б) сосудистый шов или протезирование,
- в) наложение кровоостанавливающего зажима,
- г) тампонада раны,
- д) перевязка сосуда на протяжении.

46. Назовите общие симптомы кровопотери:

- а) падение АД,
- б) тахикардия,
- в) бледность кожных покровов,
- г) уменьшение показателей гематокрита,
- д) уменьшение содержания гемоглобина,
- е) потеря сознания,

- ж) перитонеальная симптоматика при гемоперитонеуме,
- з) слабость,
- и) все ответы правильные.

47. Какие из перечисленных видов кровотечений относятся к скрытым?

- а) кровотечение из гастродуоденальных и кишечных язв,
- б) маточные кровотечения,
- в) почечные кровотечения,
- г) гематома мягких тканей,
- д) вторичные ранние кровотечения из ушитых послеоперационных ран.

48. Максимальная длительность наложения жгута составляет:

- а) 30 минут, б) 60 минут, в) 120 минут,
- г) 180 минут, д) 200 минут.

49. Укажите нижнюю границу дефицита глобулярного объема при кровопотере тяжелой степени:

- а) более 10 %, б) более 20 %, в) более 30 %, г) более 50 %.

50. Шоковый индекс Аллговера есть отношение:

- а) частоты пульса и систолического АД,
- б) диастолического АД и частоты пульса,
- в) частоты пульса и дыхания.

51. Величина шокового индекса Аллговера при удовлетворительном состоянии больного:

- а) 0,5, б) 1, в) 1,5,
- г) 2.

52. Более адаптирован к кровопотере организм:

- а) мужчин, б) женщин, в) детей,
- г) пожилых.

53. Небольшие точечные кровоизлияния в кожу называются:

- а) петехией, б) гематомой, в) экхимозом.

54. Ограниченное кровоизлияние под кожу или слизистую называются:

- а) гематомой,
- б) петехией,
- в) экхимозом,
- г) кровоподтеком.

55. Кровотечение из носа определяется специальным термином:

- а) эпистаксис,
- б) экхимоз,
- в) гематемезис.

56. Мелена – это:

- а) дегтеобразный стул,
- б) стул с прожилками крови,
- в) стул с большими сгусткам крови.

57. Воздушная эмболия чаще всего является осложнением повреждения:

- а) артерий,
- б) вен,
- в) мышц,
- г) сухожилий.

58. Жировая эмболия при переломах чаще всего обусловлена сопутствующим повреждением:

- а) артерий,
- б) трубчатых костей.

59. Диapedезные кровотечения характерны для:

- а) механических повреждений,
- б) язвы желудка,
- в) лучевой болезни, нарушения свертываемости крови.

60. Причиной вторичных ранних кровотечений является:

- а) выброс тромба из кровеносного сосуда и соскальзывание лигатуры,
- б) аррозия сосуда.

61. Причиной вторичных поздних кровотечений является:

- а) выброс тромба из кровеносного сосуда и соскальзывание лигатуры,
- б) аррозия сосуда.

62. Сроки вторичных поздних кровотечений:

- а) 1–3 суток,
- б) 3–5 суток,
- в) 5–6 суток,
- г) позже семи суток.

63. Для временной остановки капиллярного кровотечения используют:

- а) жгут,
- б) давящую повязку.

64. Жгут Эрсмаха накладывают при:

- а) разрыве варикозного капиллярного узла на голени,
- б) повреждении артерии конечности.

65. Остановить кровотечение из поврежденного варикозного венозного узла на голени можно:

- а) при помощи жгута,
- б) давящей повязкой.

66. Перевязка сосудов на протяжении производится при:

- а) вторичных поздних кровотечениях (аррозии сосудов),
- б) вторичном раннем кровотечении.

67. Показанием к сосудистому шву является:

- а) ранение большой подкожной вены бедра,
- б) ранение артерии,
- в) паренхиматозное кровотечение.

68. К методам физической остановки кровотечения относятся:

- а) электрокоагуляция, горячий раствор с тампоном,
- б) перевязка сосуда лигатурой,
- в) тампонада сальником.

69. Какой из перечисленных препаратов обладает сосудосуживающим эффектом:

- а) витамин С,
- б) адроксон,
- в) адреналин,
- г) дицион.

70. К методам биологической остановки кровотечения относятся:

- а) 10 % хлористый кальций,
- б) адроксин,
- в) дицион,
- г) тампонада мышц сальником,
- д) 10 % NaCl.

71. Тромбин в качестве средства для остановки кровотечения используется:

- а) местно тампоном,
- б) внутривенно,
- в) внутриартериально,
- г) введением в полость,
- д) введением внутримышечно.

72. Викасол используется для остановки кровотечения:

- а) как средство стимулирующей терапии,
- б) как средство, укрепляющее стенку сосудов,
- в) как средство, усиливающее тромбообразование,
- г) для повышения Нб,
- д) для повышения Нт.

73. Гепарин используется при ДВС-синдроме в стадии 20–30 единиц на килограмм массы тела:

- а) гиперкоагуляции и агрегации тромбоцитов,
- б) переходной стадии с нарастающей коагулопатией и тромбоцитопенией,
- в) глубокой гипокоагуляции.

74. Оккультное кровотечение протекает:

- а) стремительно, с развитием острого малокровия,
- б) медленно, с развитием хронической анемии при скрытом кровотечении.

75. При тампонаде сердца остановка кровообращения наступает:

- а) в систоле, б) в диастоле.

76. При гемоперитонеуме основная опасность связана с:

- а) острой анемией, гиповолемией и шоком,
- б) сдавлением внутренних органов.

Подчеркните неправильный ответ

1. К методам временной остановки кровотечения относятся:

- а) наложение давящей повязки,
- б) пальцевое прижатие кровоточащего сосуда,
- в) максимальное сгибание конечности,
- г) перевязка сосуда,
- д) наложение на сосуд кровоостанавливающего зажима.

2. К механическим методам окончательной остановки кровотечения относятся:

- а) прижигание сосуда в ране диатермией,
- б) наложение давящей повязки,
- в) наложение сосудистого шва,
- г) обшивание сосуда вместе с тканями,
- д) тампонада раны на срок не менее 48 часов.

3. Общими симптомами обильных внутренних кровотечений являются:

- а) бледность,
- б) головокружение,
- в) редкий, напряженный пульс,
- г) прогрессирующее падение кровяного давления,
- д) снижение процента гемоглобина.

4. К биологическим способам остановки кровотечения относятся:

- а) тампонада раны сальником или мышцей,
- б) внутривенное введение крови,
- в) внутривенное введение свежей плазмы,
- г) внутривенное введение хлористого кальция,
- д) внутривенное введение сыворотки крови человека.

5. Жгут наложен по всем правилам, но длительность пребывания его на конечности больше нормы. В результате этого могут возникнуть следующие осложнения:

- а) парез и паралич конечности,
- б) гангрена конечности,

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

6. Механизмы самостоятельной компенсации кровообращения в организме при острой кровопотере:

- а) спазм периферических сосудов,
- б) учащение сердечной деятельности,
- в) учащение дыхания,
- г) увеличение объема циркулирующей крови за счет депонированной крови и тканевой жидкости,
- д) повышение свертываемости крови.

7. Оказывая первую помощь при открытых переломах с кровотечением, необходимо:

- а) наложить жгут,
- б) произвести первичную хирургическую обработку рану и репозицию костных отломков,
- в) наложить асептическую повязку,
- г) произвести транспортную иммобилизацию,
- д) произвести инъекцию обезболивающего средства.

8. В механизм самопроизвольной остановки кровотечения включаются следующие элементы:

- а) спазм раненного сосуда с уменьшением его диаметра,
- б) понижение артериального давления,
- в) повышение артериального давления,
- г) развитие реакции свертывания крови с образованием сгустка,
- д) образование тромба, зарывающего просвет сосуда.

9. Объем и длительность кровотечения зависит от:

- а) характера поврежденного сосуда,
- б) количества поврежденных сосудов,
- в) количества поврежденных органов,
- г) состояния свертывающей крови,
- д) количества нервных элементов в зоне повреждения.

10. Причиной вторичных артериальных кровотечений может быть:

- а) недостаточная остановка кровотечения во время операции,
- б) гнойное расплавление тромба,
- в) общее повышение свертываемости крови,
- г) отрыв тромба в результате вторичной травмы,
- д) соскальзывание лигатуры.

11. Как можно произвести окончательную остановку внутреннего кровотечения:

- а) ушивание или перевязка сосудов,
- б) протезирование или шунтирование сосудов,
- в) тампонада биологической тканью,
- г) ушивание селезенки,
- д) при необходимости удаление органа: селезенки, почки или легкого.

12. Исход и опасность кровотечения зависят от:

- а) силы кровотечения,
- б) характера поврежденного сосуда,
- в) места локализации излившейся крови (мозге, перикард, средостении и т.д.), т.е. сдавливание или нарушение функции жизненно важных органов,
- г) характера поврежденного органа,
- д) количества выпитой жидкости.

13. Отличие артериального кровотечения от других кровотечений:

- а) кровь течет с проксимального конца сосуда,
- б) сосуд хрящевидной консистенции,
- в) алого цвета,
- г) сосуд не спадает,
- д) пульсирующий.

14. Отличие венозного кровотока от других (артериального):

- а) струйное течение крови,
- б) темного цвета,
- в) вытекают из дистального конца поврежденного сосуда,
- г) сосуд спадает,
- д) сосуд упругий.

15. Оценка гемодинамики:

- а) характеристика АД и пульса,
- б) характеристика ЦВД,
- в) капилляроскопия,
- г) ЭКГ,
- д) торакография.

16. Для тромбообразования необходимы следующие условия:

- а) замедление кровотока,
- б) повреждение или изменение внутренней стенки сосуда,
- в) повышение свертываемости крови,
- г) сгущение крови,
- д) разжижение крови.

17. От чего зависит скорость кровопотери?

- а) от воспалительного процесса,
- б) калибра сосуда,
- в) размера раны на сосуде,
- г) характера сосуда (артерия или вена),
- д) размера сосуда.

18. Причины кровотечения – механические:

- а) разрыв сосуда ножевым ранением,
- б) туберкулез,
- в) осколком,
- г) пулей,
- д) гвоздем.

19. Окончательные методы остановки кровотечения:

- а) бактериологический метод,

- б) физический метод,
- в) химический метод,
- г) биологический метод,
- д) механический метод.

20. Определение кровотечения:

- а) выход крови из кровеносного русла,
- б) повреждение сосуда,
- в) в полость,
- г) в ткани,
- д) в ладонь.

21. Назовите возможные виды осложнения кровотечения:

- а) похудание,
- б) пульс слабого наполнения,
- в) низкое артериальное давление,
- г) уменьшение спинномозговой жидкости,
- д) уменьшение количества эритроцитов гемоглобина, гемокрита.

22. Включение компенсаторных факторов при кровотечении:

- а) полиурия,
- б) олигоурия,
- в) переход крови в сосуды внутренних органов (централизация крови),
- г) обморок,
- д) падение артериального давления.

23. Что такое внутреннее кровотечение:

- а) кровотечение в брюшную полость,
- б) кровотечение в плевральную полость,
- в) кровотечение в полость сустава,
- г) кровотечение в полость черепа,
- д) кровотечение из ЖКТ, которое выявляется по реакции Грегерсона и микроскопически.

24. Каковы способы окончательной остановки наружного кровотечения?

- а) перевязка сосуда в ране и на протяжении,
- б) наложение сосудистого шва на раненый сосуд и наложение различного протеза,
- в) шунтирование,
- г) пальцевое прижатие кровоточащего сосуда,
- д) наложение давящей повязки и тампонада раны.

25. Биологический метод остановки кровотечения:

- а) хлористого кальция 10 % 10,0 мл внутривенно,
- б) применение антигемофильной плазмы, гемостатической губки желатиноля медицинской,
- в) тромбин, тромбоцитная масса, фибриноген,
- г) применение биологических препаратов как сыворотки,
- д) тампонада сальником, мышц.

26. Показатели адекватности инфузионной терапии:

- а) АД,
- б) пульс,
- в) определение общего анализа крови,
- г) ЦВД,
- д) почасовой анурез.

27. Физический метод остановки кровотечения:

- а) применение холода или горячего раствора и воды,
- б) 96° спирта,
- в) электрокоагуляция,
- г) лазерного луча,
- д) раскаленного металла.

28. У больного пищеводное кровотечение. Окажите помощь. Каковы методики остановки кровотечения?

- а) холодное питье,
- б) глотать лед,
- в) установить зонд Блекмора,
- г) эзофагоскопия и коагуляция кровоточащей вены,
- д) эзофагоскопия и склерозирование варикозных вен.

29. Анурия после операции:

- а) гиповолемия,
- б) гипотония во время операции,
- в) аденома предстательной железы,
- г) гемотрансфузионный шок,
- д) нефрэктомия, при афункциональной оставшейся почке.

30. Временные механические методы остановки кровотечения:

- а) наложение жгута Эсмарха,
- б) наложение зажима Адемеора,
- в) тампонада полости,
- г) электрокоагуляция сосуда,
- д) наложение временного шунта.

31. Назовите возможные причины кровотечения:

- а) механический (разрыв стенки сосудов),
- б) кровотечение при столбняке,
- в) нейротрофические нарушения свертывающей системы крови,
- г) цирроз печени – пищеводное кровотечение,
- д) патологическое (аррозивное) разъедание стенок сосудов.

32. Химический метод остановки кровотечения:

- а) сосудосуживающие и повышающие свертывание крови: адреналин, норадреналин, мезатон, эфедрин,
- б) андраксон,
- в) кордиамин,
- г) кальций хлористый и глюконат, криопреципитат, протамин, сульфат, рутин,
- д) амикапроновая кислота.

33. Клиника кровотечения:

- а) уменьшение рвоты,
- б) частота пульса и дыхания,
- в) снижение артериального давления, гемоглобина, гематокрита ОЦК, ЦВД, уменьшение диуреза, эритроцита, олигурия, анурия и т.д.,
- г) коллапс, геморрагический шок, потемнение в глазах, шум в ушах,
- д) бледность, слабость, головокружение.

34. Механический метод остановки кровотечения:

- а) наложение давящей повязки,
- б) применение холода,
- в) закручивание сосуда,
- г) наложение зажима на сосуд более суток,
- д) тампонада ран.

35. Временные методы остановки кровотечения:

- а) давящая повязка,
- б) приподнятое положение конечности,
- в) максимальное сгибание конечности,
- г) пальцевое прижатие сосуда,
- д) перевязка сосуда.

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ

Подчеркните правильный вариант

1. Кто в России произвел первое успешное переливание крови человеку?

- а) Шамов, б) Бергман, в) Юдин,
- г) Вольф, д) Пирогов.

2. Кому принадлежит приоритет открытия групп крови?

- а) Мосс, б) Ландштейнер, в) Янский,
- г) Шамов, д) Филомафитский.

3. Впервые человеку трупную кровь перелил:

- а) С.С. Юдин,
- б) В.Н. Шамов,
- в) А.В. Вишневский,
- г) В.М. Мыш,
- д) Т.П. Краснобаев.

4. Можно ли нескольким больным переливать кровь из одной ампулы?

- а) можно, если точно проверить совместимость, индивидуальную и групповую,

- б) можно, но в каждом случае необходимо проверить совместимость по резус-фактору,
- в) необходимо предварительно перелить больным по 10 мл 5 % раствора хлористого кальция,
- г) можно, предварительно подготовив больных вливанием 0,5 % раствора новокаина,
- д) переливать нельзя.

5. Что лучше переливать больному, у которого содержание в крови гемоглобина ниже 30 %?

- а) нативную плазму,
- б) сухую плазму,
- в) консервированную кровь,
- г) эритроцитарную плазму,
- д) тромболейкоплазму.

6. Какое максимальное время (в днях) остается пригодной для переливания кровь, консервированная на 6 % растворе лимоннокислого натрия?

- а) 5, б) 10, в) 14,
- г) 21, д) 30.

7. У пострадавшего в результате острой кровопотери и тяжелого шока возникло состояние агонии. Каким методом Вы будете переливать ему кровь?

- а) внутривенно капельно,
- б) внутривенно струйно,
- в) внутрикостно,
- г) внутриаартериально капельно,
- д) внутриаартериально струйно.

8. Какие элементы крови содержат резус-фактор?

- а) плазма, б) сыворотка, в) лейкоциты,
- г) тромбоциты, д) эритроциты.

9. В каком проценте случаев наблюдается резус-положительная принадлежность крови?

- а) 15 %, б) 45 %, в) 65 %, г) 85 %, д) 95 %.

10. Какие компоненты крови содержат агглютинины?

- а) сыворотка,
- б) лейкоциты,
- в) эритроциты,
- г) тромбоциты,
- д) моноциты.

11. Для определения группы крови стандартная сыворотка крови пригодна, если ее титр равен:

- а) 1:2,
- б) 1:4,
- в) 1:8,
- г) 1:12,
- д) 1:32.

12. Оптимальная температура (в градусах Цельсия) хранения консервированной крови:

- а) 0–1,
- б) 2–5,
- в) 8–12,
- г) 18,
- д) 22.

13. В крови первой группы содержатся следующие агглютинины и агглютиногены:

- а) А (в),
- б) В (а),
- в) О (ав),
- г) АВ (О),
- д) О (а).

14. Под каким давлением (в мм рт. ст.) производят внутриартериальное переливание крови?

- а) 50,
- б) 100,
- в) 200,
- г) 300,
- д) 500.

15. Какую кровь нужно переливать больным сенсibilизированным резус-фактором?

- а) консервированную кровь со сроком хранения не более 4-х дней,
- б) кровь, охлажденную до + 4°,
- в) свежеситратную кровь,
- г) резус-отрицательную кровь,
- д) резус-положительную кровь.

16. Прямым переливанием крови называется такое переливание, когда переливают:

- а) цельную кровь непосредственно от донора реципиенту,
- б) свежеситратную кровь,
- в) консервированную,
- г) плацентарную,
- д) трупную кровь.

17. Чем объяснить резко выраженную температурную реакцию после переливания крови при точно установленной совместимости крови донора и реципиента?

- а) индивидуальными особенностями больного,
- б) высокой температурой перелитой крови,
- в) действием лимоннокислого натрия,
- г) реакцией со стороны центральной нервной системы,
- д) плохо промытой системой,

18. Что такое изогемагглютинация?

- а) зависимость между групповой принадлежностью крови и сопротивляемостью организма к различным инфекциям,
- б) постоянное и неизменное в течение всей жизни человека содержание в крови агглютининов и агглютиногенов,
- в) реакция между сывороткой и эритроцитами одного и того же вида животных, приводящая к склеиванию эритроцитов,
- г) колебание титра агглютининов в связи с заболеваниями,
- д) правило, согласно которому агглютинируются эритроциты переливаемой крови, а не крови больного.

19. Панагглютинацией называется:

- а) склеивание эритроцитов в «монетные столбики»,
- б) склеивание эритроцитов от встречи одноименных агглютининов агглютиногенов,
- в) холодная агглютинация,
- г) склеивание эритроцитов резус-антителами,
- д) склеивание эритроцитов стандартными сыворотками пониженного титра.

20. Будьте особенно внимательны и подчеркните правильный ответ

- а) если наступила агглютинация со стандартными сыворотками 1–2–3 группы – это I (O) группа крови,
- б) если наступила агглютинация с сыворотками 3 и 2 группы – это III (B) группа крови,
- в) если агглютинация наступила с сыворотками 1 и 2 группы – это II (A) группа крови,

- г) если агглютинации нет с сыворотками 1,2 и 3 группы – это IV (AB) группа крови,
- д) если агглютинация наступила с сыворотками 1 и 3 группы – это II (A) группа крови.

21. Что такое группа крови?

- а) набор лейкоцитарных антигенов,
- б) сывороточные белки,
- в) набор эритроцитарных антигенов и s-антител,
- г) набор приобретенных антител,
- д) набор иммунных антител.

22. Каково значение антигенов и антител системы ABO в гемотрансфузионной практике?

- а) характеризуют состояние организма,
- б) определяют совместимость переливаемой крови,
- в) не имеют принципиального значения,
- г) позволяют определить необходимый объем гемотрансфузии,
- д) верно все вышеперечисленное.

23. Как называется реакция антиген-антитело при определении резус-фактора крови?

- а) псевдоагглютинация,
- б) панагглютинация,
- в) изоагглютинация,
- г) гетероагглютинация,
- д) монетный столбик.

24. За сколько дней, после сдачи крови, восстанавливается в организме кровь?

- а) за 30–35, б) за 20–25, в) за 40–45,
- г) за 50–55, д) за 60–65.

25. Новый метод определения группы крови:

- а) при помощи цоликлонов анти-A и анти-B,
- б) при помощи стандартных сывороток,
- в) при помощи стандартных эритроцитов,
- г) при помощи физиологического раствора,
- д) при помощи коктейльной сыворотки.

26. Причины воздушной эмболии:

- а) удаление папилломы,
- б) тиреоидэктомии при раке щитовидной железы,
- в) вскрытие фурункула задней поверхности шеи,
- г) вправление вывиха бедра по Джанелидзе,
- д) перидуральная анестезия.

27. Для переливания крови может быть использована:

- а) донорская кровь,
- б) пуповично-плацентарная кровь,
- в) гемолизированная свежесцитратная кровь,
- г) аутокровь, взятая из полостей человека при внутренних кровотечениях,
- д) трупная кровь.

28. Показания для внутриартериального переливания крови:

- а) тяжелый шок,
- б) предагональное состояние в результате острой кровопотери,
- в) клиническая смерть,
- г) состояние агонии,
- д) предоперационная подготовка к трудным операциям.

29. По последним данным можно перелить кровь:

- а) только одногруппную,
- б) вторую в третью группу,
- в) четвертую группу в 1–2–3 группу,
- г) резус-положительную в резус-отрицательную,
- д) по правилу Оттонберга.

30. Показания к переливанию крови определяются необходимостью:

- а) ликвидация аллергического состояния,
- б) уменьшение интоксикации,
- в) повышение свертываемости крови при кровотечениях,
- г) активизация защитных сил организма,
- д) замещение потерянной крови.

31. Коррекция нарушений водно-солевого обмена:

- а) дефицит воды,
- б) избыток воды,
- в) дефицит электролитов,
- г) дефицит лимфоцитов,
- д) дефицит белков.

32. Какая аутокровь, собираемая в первые часы после начала заболевания при указанных состояниях, годна для реинфузии?

- а) внематочная беременность,
- б) разрыв печени,
- в) разрыв селезенки,
- г) разрыв сердца,
- д) разрыв аневризмы аорты.

33. Кровотечение, фибринолиз:

- а) прямое переливание крови,
- б) полиглюкин,
- в) аминокaproновая кислота,
- г) викасол,
- д) хлористый кальций.

34. Как получают отмывые эритроциты?

- а) из цельной крови после удаления плазмы эритроцитарной массы или замороженных эритроцитов путем отмывания в изотоническом растворе,
- б) из плазмы,
- в) из сыворотки,
- г) из консервированной крови,
- д) из трупной крови животного.

35. Как получить эритроцитарную массу?

- а) из консервированной крови путем отделения плазмы,
- б) из сыворотки путем центрифугирования,
- в) из цельной крови путем плазмофореза,
- г) из плазмы добавлением цельной крови,
- д) из аутокрови.

36. Что такое свежеситратная кровь?

- а) кровь с 6 % раствором цитрата натрия для переливания в ближайшие часы после заготовки,
- б) кровь с консервирующим препаратом,
- в) цельная кровь,
- г) консервированная кровь.

37. Что представляет собой цельная кровь?

- а) кровь, непосредственно переливаемая от донора реципиенту путем прямого переливания,
- б) кровь, переливаемая реципиенту через семь дней после заготовки,
- в) кровь, содержащая 6 % раствор цитрата натрия,
- г) кровь, содержащая консерванты,
- д) кровь, содержащая консерванты и 6 % раствор цитрата натрия.

38. Какую кровь переливать больному с гемофилией при непрекращающемся кровотечении?

- а) аминокaproновую кислоту,
- б) консервированную кровь,
- в) свежеситратную кровь,
- г) переливать свежую кровь – прямое переливание,
- д) полиглюкин.

39. Сколько крови за один раз можно взять у одного больного для реинфузии?

- а) 400 мл,
- б) 300 мл,
- в) 350 мл,
- г) 500 мл,
- д) 600 мл.

40. Какие компоненты крови вы знаете?

- а) плазма, эритроцитарная, лейкоцитарная, тромбоцитарная массы, сыворотка,
- б) протеин, альбумин,
- в) электролиты,
- г) гемодез, полиглюкин,
- д) реополиглюкин, желатиноль.

41. На какие заболевания обследуют донора?

- а) педикулез, чесотка,
- б) пневмония,
- в) язвенная болезнь желудка,
- г) гельминты,
- д) СПИД, австралийский антиген, малярия, сифилис.

42. Какой температурный режим (в градусах по Цельсию) необходим при определении группы крови по системе АВО?

- а) 5–8, б) 12–14, в) 15–25,
- г) 26–38, д) 46–48.

43. Во время определения группы крови по системе АВО может наблюдаться панагглютинация при:

- а) добавлении изотонического раствора натрия хлорида,
- б) несоблюдении температурного режима,
- в) использовании сывороток с истекшим сроком годности,
- г) гемолизе крови,
- д) повышенном содержании ионов кальция в тестовых реактивах.

44. Причиной аутоагглютинации при определении группы крови может быть:

- а) слабая агглютинабельность эритроцитов,
- б) неправильное соотношение объемов сыворотки и крови,
- в) несоблюдение температурных условий реакции,
- г) повышенное содержание ионов кальция в тестовых реактивах,
- д) сенсбилизация эритроцитов аутоантигенами.

45. Ошибки при определении группы крови наиболее часто связаны с:

- а) нарушением температурного режима реакции,
- б) неправильным соотношением тестовых реактивов и крови,
- в) использованием тестовых реактивов с истекшим сроком годности,
- г) нарушением техники безопасности и несоблюдением времени протекания реакции,
- д) нарушением всего вышеперечисленного.

46. Забор крови для определения совместимости по системе АВО и резус-фактору производится из:

- а) пальца на предметное стекло,
- б) вены в меланжер,
- в) пальца на предметное стекло с добавлением натрия цитрата,
- г) вены в сухую пробирку,
- д) вены в пробирку с изотоническим раствором натрия хлорида.

47. При переливании группа крови:

- а) проверяется перед первой гемотрансфузией,
- б) проверяется перед каждой гемотрансфузией,
- в) не проверяется, достаточно данных в паспорте,
- г) не проверяется, достаточно данных в истории болезни,
- д) не проверяется, достаточно данных анамнеза.

48. При переливании крови больным, находящимся в состоянии наркоза:

- а) пробы на совместимость проводятся в полном объеме,
- б) не проводится биологическая проба,
- в) проводится только биологическая проба,
- г) определяется совместимость только по системе АВО,
- д) определяется совместимость только по резус-фактору.

49. Гемотрансфузионный и акушерский анамнезы перед переливанием крови позволяют:

- а) предотвратить возможные гемотрансфузионные осложнения,
- б) экстренно подобрать донорскую кровь,
- в) определить резус-принадлежность и группу крови больного,
- г) выявить наследственные заболевания,
- д) оформить историю болезни.

50. При подготовке больных к гемотрансфузии необходимо:

- а) сделать общий анализ мочи,
- б) сделать общий анализ крови,
- в) собрать гемотрансфузионный анамнез,
- г) собрать акушерский анамнез,
- д) выполнить все вышеуказанное.

51. Укажите допустимые методы трансфузии:

- а) внутривенные, внутриартериальные, внутрикостные,
- б) подкожные, внутривенные, внутриартериальные,
- в) внутривенные, перидуральные, энтеральные,
- г) внутривенные, подкожные, эндолимфатические,
- д) внутриартериальные, внутрикостные, эндотрахеальные.

52. Как поступают с флаконом, освободившимся после переливания крови и ее компонентов?

- а) его моют и сдают в лабораторию,
- б) выбрасывают,
- в) оставляют 10–15 мл крови во флаконе и хранят двое суток,
- г) оставляют 10–15 мл крови во флаконе и хранят 30 суток,
- д) оставляют 10–15 мл крови во флаконе и хранят до выписки больного.

53. Какие реципиенты относятся к категории опасных из-за возможности возникновения гемотрансфузионных осложнений?

- а) перенесшие переливание крови,
- б) перенесшие инфекционное заболевание,
- в) страдающие злокачественными заболеваниями,
- г) страдающие заболеваниями крови,
- д) такой категории реципиентов нет.

54. Какие особенности имеет кровь новорожденных?

- а) слабо выражены агглютинины,
- б) слабо выражены агглютиногены, отсутствуют агглютинины,
- в) слабо выражены агглютинины и агглютиногены,
- г) особенностей нет,
- д) резко снижена резистентность эритроцитов.

55. Для предупреждения ошибки при определении группы крови у новорожденных необходимо:

- а) увеличить время протекания реакции,
- б) использовать реактивы с высоким титром изогемо-агглютиногенов,
- в) выполнять реакцию при температуре выше 25 °С,
- г) отказаться от использования 0,9 % раствора натрия хлорида,
- д) учитывать все вышеприведенное.

56. В исключительных случаях допустимо переливание крови 0/II группы реципиентам с кровью других групп, но количество переливаемой крови не должно быть более:

- а) 100 мл, б) 200 мл, в) 300 мл,
- г) 400 мл, д) 500 мл.

57. При правильном наложении кровоостанавливающего жгута на конечность:

- 1) венозное кровотечение продолжается некоторое время,
 - 2) конечность становится бледной,
 - 3) конечность становится синюшной,
 - 4) пульс дистальнее жгута не определяется,
 - 5) пульс дистальнее жгута определяется.
- а) 1, 2, 3, б) 2, 3, 4, в) 1, 2, 4,
 - г) 2, 3, 5, д) 1, 2, 5.

58. Какие из перечисленных видов кровотечений относятся к наружным скрытым?

- 1) кровотечение из гастродуоденальных язв,
 - 2) маточные кровотечения,
 - 3) кровотечение при проникающих ранениях в брюшную и грудную полости,
 - 4) почечные кровотечения,
 - 5) гематома мягких тканей,
 - 6) гемартрозы,
 - 7) кишечные кровотечения,
 - 8) вторичные ранние кровотечения.
- а) 1, 2, 7, 8, б) 1, 2, 4, 7, в) 2, 3, 6, 7,
 - г) 3, 6, 7, 8, д) 2, 5, 6, 8.

59. К методам временной остановки кровотечений относятся:

- 1) наложение давящей повязки,
- 2) наложение жгута,
- 3) введение в рану гемостатической трубки,
- 4) тампонада раны марлевыми тампонами,
- 5) тампонада раны мышечной тканью,

- 6) электрокоагуляция,
 - 7) лигирование сосуда,
 - 8) наложение кровоостанавливающего зажима,
 - 9) прошивание сосуда.
- а) 1, 2, 3, б) 1,2,4, 8, в) 2, 3, 4, 5,
г) 2, 7, 6, 8, д) 1, 3, 6, 9.

60. Впервые резус-фактор был открыт в 1940 году:

- а) Фишером и Рейсом,
- б) Ландштейнерм и Винером.

61. Агглютиногены А и В относятся к системе антигенов:

- а) лейкоцитарных,
- б) тромбоцитарных,
- в) эритроцитарных,
- г) сывороточных.

62. Агглютинины А и В появляются у людей:

- а) на третьем месяце внутриутробного развития,
- б) к моменту рождения, в) на первом году жизни.

63. Для определения групповой принадлежности необходимы сыворотки:

- а) одной серии,
- б) двух серий,
- в) трех серий.

64. Перекрестный метод определения группы крови производится с помощью:

- а) стандартных эритроцитов,
- б) стандартных сывороток,
- в) 33 % раствора полиглюкина,
- г) стандартных сывороток и эритроцитов.

65. Кровь группы 0(I) является не универсальной, а потенциально опасной из-за:

- а) высокого титра агглютининов α и β ,
- б) низкого титра агглютининов α и β ,
- в) титр агглютининов не имеет значения.

66. Оценка реакции гемагглютинации производится через:

- а) 3 минуты, б) 5 минут, в) 8 минут,
- г) 10 минут.

67. Если при определении групповой принадлежности агглютинация не наступила со всеми сыворотками, то испытуемая кровь принадлежит к группе:

- а) В (III), б) А (II), в) О (I),
- г) АВ (IV).

68. Если при определении групповой принадлежности агглютинация не наступила с сыворотками первых трех групп, то испытуемая кровь принадлежит к группе:

- а) А (II), б) В (III), в) АВ (IV),
- г) О (I).

69. Если при определении групповой принадлежности агглютинация не наступила с сыворотками первой и третьей группы, то испытуемая кровь принадлежит к группе:

- а) О (I), б) А (II), в) В (III),
- г) АВ (IV).

70. Если при определении групповой принадлежности агглютинация не наступила с сыворотками первой и второй группы, то испытуемая кровь принадлежит к группе:

- а) О (I), б) А (II), в) В (III),
- г) АВ (IV).

71. Непрямое переливание крови:

- а) переливание консервированной крови из флакона,
- б) трансфузия непосредственно от донора реципиенту.

72. Аутогемотрансфузия – это:

- а) обратное переливание крови больному, излившейся в различные полости,
- б) переливание консервированной аутокрови, заблаговременно заготовленной от больного,
- в) трансфузия крови непосредственно от донора к реципиенту.

73. Реинфузия – это:

- а) переливание консервированной аутокрови, заблаговременно заготовленной от больного,
- б) обратное переливание крови больному, излившейся в серозные полости.

74. Появление синдрома массивной гемотранфузии:

- а) острая почечная недостаточность,
- б) метаболический ацидоз, гиперкалиемия,
- в) повышение фибринолитической активности крови.

75. Основной целью обменного переливания крови является:

- а) удаление вместе с кровью токсинов, продуктов распада и гемолиза,
- б) введение вместе с кровью недостающих факторов свертывающей системы крови.

76. При наличии абсолютных показаний к гемотранфузии противопоказания:

- а) не учитываются,
- б) острая сердечно-сосудистая недостаточность,
- в) отек легкого,
- г) почечная недостаточность.

77. Для предупреждения осложнений, вызванных цитратом натрия к консервированной крови, применяют:

- а) 10 % хлористый натрий,
- б) 10 % хлористый кальций,
- в) 10 % хлористый калий.

78. Реинфузия крови производится:

- а) при повреждении магистральных сосудов конечностей,
- б) при кровотечении в грудную или брюшную полость,
- в) при кровотечении в просвет желудочно-кишечного тракта.

79. Гемолиз при переливании несовместимой крови можно определить с помощью:

- а) правила Оттенберга,
- б) реакции Кумбса,
- в) пробы Бакстера.

80. К препаратам крови относятся:

- а) полиглокин, б) протеин, в) желатиноль,
- г) липофундин.

81. К препаратам гемодинамического действия относятся:

- а) гемодез, б) полиглокин, в) лактосол.

82. Для профилактики вирусного гепатита используется:

- а) гамма-глобулин,
- б) антистафилококковая плазма,
- в) нативная плазма.

83. Для парентерального питания применяется:

- а) липофундин, б) гемодез, в) реополиглокин.

84. К препаратам дезинтоксикационного действия относятся:

- а) липофундин, б) полидез, в) желатиноль.

85. При острой анемии целесообразно применять:

- а) эритроцитарную массу,
- б) тромбоцитарную массу,
- в) лейкоцитарную массу,
- г) нативную плазму.

86. При лучевой болезни следует применять:

- а) эритроцитарную массу,
- б) лейкоцитарную массу,
- в) тромбоцитарную массу,
- г) нативную плазму.

87. При переливании сухой плазмы необходимо учитывать:

- а) группу крови,
- б) группу крови и резус-принадлежность,
- в) нет необходимости установления групповой совместимости.

88. Срок годности нативной плазмы:

- а) до трех суток,
- б) до семи суток,
- в) до десяти суток,
- г) до 21 суток.

89. При ацидозах целесообразно введение:

- а) физиологического раствора хлорида натрия,
- б) трисамина,
- в) 5 % раствора глюкозы,
- г) раствора Рингера.

Подчеркните неправильный ответ

1. Перед проведением переливания крови необходимо:

- а) проверить группу крови донора и реципиента,
- б) проверить индивидуальную совместимость,
- в) определить резус-принадлежность донора и реципиента,
- г) произвести биологическую пробу,
- д) определить объем циркулирующей крови у донора.

2. При появлении симптомов посттрансфузионного шока необходимо произвести следующие срочные мероприятия:

- а) прекратить переливание крови,
- б) произвести окологочечную новокаиновую блокаду,
- в) произвести операцию замещения крови,
- г) определить цветной показатель крови,
- д) проверить функцию почек.

3. Клиническое проявление гемотрансфузионного шока, следующее:

- а) стеснение в груди,
- б) урежение пульса,
- в) сильный озноб,
- г) падение артериального давления,
- д) чувство страха смерти.

4. Внутрикостное переливание крови производят в:

- а) гребешок подвздошной кости,
- б) диафиз бедренной кости,
- в) эпифиз большеберцовой кости,
- г) грудину,
- д) пяточную кость.

5. При кровопотере более двух литров больному, у которого В (III) группа крови, можно переливать:

- а) полиглюкин 2 литра,
- б) консервированную кровь О (I) группы 2 литра,
- в) желатиноль,
- г) БК-8,
- д) другие кровозаменители.

6. При осмотре ампулы с консервированной кровью перед переливанием необходимо:

- а) убедиться в полноценности упаковки ампулы,
- б) проверить дату забора крови,
- в) открыть пробку ампулы,
- г) убедиться в отсутствии гемолиза,
- д) убедиться в отсутствии инфицированности крови.

7. Кровь совместима в групповом соотношении, если переливать:

- а) I группу во вторую,
- б) II группу в третью,
- в) III группу в четвертую,
- г) I группу в третью,
- д) II группу в четвертую.

8. К осложнениям при переливании крови относятся:

- а) ошибки, допущенные при определении группы крови,
- б) гемотрансфузионный шок,
- в) воздушная эмболия,
- г) острая сердечно-сосудистая недостаточность,
- д) гематурия.

9. Кровь переливают с целью:

- а) замещения количества потерянной крови,
- б) стимуляции защитных сил больного,
- в) с антисептической целью,
- г) для остановки кровотечения,
- д) с целью уменьшения интоксикации.

10. Показания для внутриа­рти­ри­аль­но­го переливания крови:

- а) тяжелый шок,
- б) преагональное состояние в результате острой кровопотери,
- в) клиническая смерть,
- г) состояние агонии,
- д) предоперационная подготовка к трудным операциям.

11. Аутокровь, собираемая в первые часы после начала заболевания при каких состояниях годна для реинфузии?

- а) внематочная беременность,
- б) разрыв печени,
- в) разрыв селезенки,
- г) разрыв сердца,
- д) разрыв аневризмы аорты.

12. Для переливания крови может быть использована:

- а) донорская кровь,
- б) пуповино-плацентарная кровь – утильный,
- в) гемолизированная свежесцитратная кровь,
- г) аутокровь, взятая из полостей человека при внутренних кровотечениях,
- д) трупная кровь.

13. Показания к переливанию крови определяются необходимостью:

- а) ликвидации аллергического состояния,
- б) уменьшения интоксикации крови,
- в) уменьшения свертываемости крови при кровотечениях,
- г) активизации защитных сил организма,
- д) замещения потерянной крови.

14. К осложнениям при переливании крови относятся:

- а) ошибки, допущенные при определении групповой и индивидуальной принадлежности крови,
- б) гемотрансфузионный шок и анафилаксия,
- в) воздушная эмболия,
- г) уменьшение дыхательной поверхности эритроцитов,
- д) декомпенсация сердечной деятельности.

15. Какова длительность хранения крови, консервированной на глюкозоцитратном растворе?

- а) до 11 дней,
- б) до 16 дней,
- в) до 21 дня,
- г) до 25 дней,
- д) до 30 дней.

ОТКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ (РАНЫ)

Подчеркните правильный ответ

1. С чего начинают первичную хирургическую обработку раны?

- а) присыпка раны антибиотиками,
- б) наложение глухого шва,
- в) иссечение и рассечение раны,
- г) обработка кожи,
- д) обезболивание.

2. Кто из хирургов впервые высказал и применил идею первичной активной хирургической обработки ран?

- а) Н.И. Пирогов,
- б) Ларрей,
- в) Фридрих,
- г) А.А. Чаруковский,
- д) Н.Н. Петров.

3. Классифицируя раны по их отношению к полостям человека, различают следующие виды ран:

- а) случайные,
- б) преднамеренные,
- в) непроникающие,
- г) инфицированные,
- д) асептические.

4. Каков объем первичной хирургической обработки случайной раны, если на дне ее расположен крупный сосудистый пучок?

- а) первичную хирургическую обработку не производят, рану лечат консервативно,
- б) по всем правилам иссекают края, стенки и дно, раны перевязывая и иссекая при этом сосуд. После обработки рану зашивают,

- в) иссекают края и стенки раны, не затрагивая сосудистый пучок, удаляют инородные тела и некротические ткани. Рану зашивают, вводя в нее антибиотики,
- г) рану лечат консервативно, а через несколько дней, когда рана очистится, накладывают первичные швы,
- д) рану рассекают и дренируют без наложения швов.

5. Методы лечения гнойной раны в фазе гидратации:

- а) иссечение краев раны,
- б) наложение первичного шва,
- в) пересадка кожи,
- г) внутривенное введение хлористого кальция,
- д) повязка с гипертоническим раствором.

6. Первичным бактериальным загрязнением раны называется попадание микробов в рану:

- а) в момент повреждения,
- б) перенос в рану с кожи при сползании повязки,
- в) внесение их в рану инструментами при первичной хирургической обработке,
- г) в момент оказания первой помощи при наложении нестерильной повязки,
- д) вместе с антибиотиками при внесении их в рану.

7. Какую цель преследует применение в послеоперационном периоде груза, давящего на рану?

- а) предупреждение кровотечения,
- б) предупреждение расхождения краев раны,
- в) уменьшение болей,
- г) предупреждение развития инфекции,
- д) предупреждение тромбоза и эмболии.

8. Что из указанных средств и методов не следует применять при лечении гнойных ран в фазе гидратации?

- а) покой,
- б) антибиотикотерапию,
- в) промывание перекисью водорода,
- г) мазовые повязки,
- д) теплые марганцевые ванны.

9. Вторая фаза раневого процесса (дегидратация) характеризуется:

- а) развитием гиперемии,
- б) нарушением проницаемости сосудистой стенки,
- в) развитием воспалительного отека,
- г) лейкоцитарной инфильтрацией ткани,
- д) развитием грануляционной ткани.

10. При лечении гнойных ран в фазе гидратации применяются:

- а) повязка с рыбьим жиром,
- б) повязка с вазелиновым маслом,
- в) повязка с гипертоническими растворами,
- г) лечебно-физкультурные упражнения,
- д) физико-терапевтические процедуры.

11. Профилактика эндогенной инфекции всецело связана с:

- а) организацией и режимом работы хирургического отделения,
- б) организацией первой помощи,
- в) соблюдением правил асептики при хирургических операциях,
- г) предоперационным обследованием и подготовкой больного к операции,
- д) нарушением правил асептики при лечении больных с открытыми повреждениями.

12. Задачами местного лечения при гнойных заболеваниях является:

- а) активизация защитных сил организма,
- б) борьба с гнойной интоксикацией,
- в) назначение внутримышечно антибиотиков,
- г) создание постоянного оттока жидкости из гнойного очага во внешнюю среду,
- д) назначение сульфаниламидных препаратов.

13. Для лечения инфицированных и гнойных ран применяют следующие ферменты:

- а) пирогалол,
- б) фурацилин,
- в) диацид,
- г) трипсин,
- д) лизол.

14. Чем объясняется наличие зоны молекулярного сотрясения при огнестрельном ранении?

- а) давлением на ткани снаряда,
- б) пульсацией клеток в зоне раны,
- в) волнообразными движениями стенок канала,
- г) изменением осмотического давления,
- д) массой снаряда.

15. Чем обуславливается степень зияния раны?

- а) глубиной повреждения,
- б) повреждением нервных стволов,
- в) повреждением фасций,
- г) повреждением мышц и сухожилий,
- д) направлением эластических волокон кожи.

16. Через какое время микробы в ране обычно начинают проявлять свою активность?

- а) 1–4 часа,
- б) 6–8 часов,
- в) 10–12 часов,
- г) 14–18 часов,
- д) 24 часа.

17. Развитию инфекции в ране способствуют многие факторы, кроме:

- а) гематомы,
- б) кровопотери,
- в) шока,
- г) истощения,
- д) отсутствия инородных тел.

18. В развитых грануляциях различают шесть слоев. Какой из них четвертый?

- а) лейкоцитарно-некротический,
- б) вертикальных сосудов,
- в) созревающий,
- г) горизонтальных фибробластов,
- д) сосудистых петель.

19. В огнестрельной ране различают все зоны повреждения, кроме:

- а) зоны раневого канала,
- б) зоны молекулярного сотрясения,
- в) зоны кровоизлияния,

- г) зоны первичного некроза,
- д) зоны парабиоза.

20. Для осколочных ран характерно все, кроме:

- а) сложности анатомических повреждений,
- б) наличия инородных тел,
- в) высокой степени инфицированности,
- г) обязательного наличия входного и выходного отверстий,
- д) неровных повреждений кожи.

21. В какой ране более вероятно развитие инфекции?

- а) резанной,
- б) укушенной,
- в) рубленной,
- г) расположенной на лице,
- д) скальпированной.

22. Рану ушибленную от раны рубленной отличает все, кроме:

- а) наличия кровоподтека по краю раны,
- б) разной глубины повреждения,
- в) наличия размозженных тканей,
- г) нарушения целостности нервных стволов,
- д) менее выраженного кровотечения.

23. Для ускорения заживления при лечении раны в фазе дегидратации необходимы:

- а) частые перевязки,
- б) применение ферментов,
- в) наложение мажевых повязок,
- г) наложение повязок с гипертоническими растворами,
- д) лечебная гимнастика.

24. Под первичной хирургической обработкой раны следует понимать:

- а) иссечение краев и дна раны,
- б) вскрытие карманов и затеков,
- в) удаление гнойного отделяемого,
- г) иссечение краев, стенок и дна раны,
- д) промывание раны антисептиком, гемостаз.

25. Дном раны является кость. Как произвести первичную хирургическую обработку раны?

- а) иссечь надкостницу,
- б) выскоблить острой ложечкой кость,
- в) снять верхний слой надкостницы,
- г) трепанировать кость,
- д) иссечь только края и стенки раны.

26. Имеется рана с ограниченным участком некроза края кожи. Что необходимо сделать?

- а) назначить УВЧ на рану,
- б) наложить повязку с гипертоническим раствором,
- в) наложить повязку с мазью Вишневского,
- г) дренировать рану,
- д) иссечь омертвевший участок кожи.

27. Укажите основное показание к наложению первично-отсроченного шва:

- а) шок,
- б) большая кровопотеря,
- в) невозможность стянуть края раны после хирургической обработки,
- г) возможность развития инфекции,
- д) ранение нерва.

28. Первично-отсроченный шов накладывают на рану в сроки:

- а) 3–4-й день,
- б) 5–6-й день,
- в) 8–15-й день,
- г) сразу после первичной хирургической обработки,
- д) 20–30-й день.

29. Чем отличается поздняя первичная хирургическая обработка раны от вторичной хирургической обработки?

- а) техникой операции,
- б) сроками операции,
- в) числом предыдущих перевязок,
- г) отсутствием первичной хирургической обработки,
- д) применением дренирования или отказом от него.

30. Наиболее благоприятные условия для заживления имеются в ране:

- а) колотой, б) резаной, в) рубленной,
- г) ушибленной, д) огнестрельной.

31. Проникающей в брюшную полость называется рана, если имеются повреждение брюшины:

- а) париетальной, б) висцеральной.

32. Рана считается проникающей в полость черепа, если имеется повреждение:

- а) костей черепа,
- б) черепного апоневроза,
- в) твердой мозговой оболочки.

33. Вторичное инфицирование раны является следствием попадания инфекции:

- а) во время ранения,
- б) с ранившего предмета,
- в) во время оказания медицинской помощи.

34. Тяжесть повреждений при огнестрельном ранении обусловлена:

- а) высокой кинетической энергией пули,
- б) термическим ожогом,
- в) отравлением пороховыми газами.

35. При сквозном огнестрельном ранении входное отверстие:

- а) больше выходного,
- б) меньше выходного,
- в) равно выходному.

36. Репарацией называется замещение поврежденной ткани на:

- а) аналогичную, б) соединительную.

37. Регенерацией называется замещение поврежденной ткани на:

- а) аналогичную, б) соединительную.

38. Грануляционная ткань, видимая глазом, появляется в период:

- а) подготовительный,
- б) биологической очистки,
- в) предварительной репарации,
- г) окончательной репарации.

39. Ранняя первичная хирургическая обработка раны производится в сроки до:

- а) 6 часов,
- б) 24 часа,
- в) 48 часов.

40. Швы, накладываемые на рану после иссечения рубцовой ткани, называются:

- а) первичными отсроченными,
- б) вторичными ранними,
- в) вторичными поздними.

41. Применение ферментных препаратов в ране показано в периоде:

- а) подготовительном,
- б) биологической очистки,
- в) предварительной репарации,
- г) окончательной репарации.

42. Противопоказанием к первичной хирургической обработке раны является:

- а) шок,
- б) наличие некротических тканей в ране,
- в) наличие в ране инородных тел.

43. Не подлежат первичной хирургической обработке:

- а) поверхностные резанные раны,
- б) проникающие колотые раны,
- в) огнестрельные раны.

44. При хирургической обработке гнойной раны соблюдение правил асептики и антисептики:

- а) не обязательно,
- б) желательно,
- в) обязательно.

45. Фазе гидратации раны необходимо обеспечить:

- а) покой пораженному органу,
- б) массаж, ЛФК.

46. К протеолитическим ферментам для некролиза относится:

- а) трипсин,
- б) риванол,
- в) ксероформ.

47. Одним из лучших средств механической очистки раны является:

- а) 3 % перекись водорода,
- б) трипсин,
- в) борная кислота.

48. 3 % перекись водорода для обработки раны используется:

- а) в фазе гидратации,
- б) в фазе дегидратации,
- в) в обеих фазах.

Подчеркните неправильный ответ

1. Назначение первичной хирургической обработки ран:

- а) удаление нежизнеспособных тканей,
- б) удаление инородных тел,
- в) восстановление анатомических соотношений в ране,
- г) остановка кровотечения,
- д) стерилизация раны.

2. Для промывания гнойных полостей и ран применяются следующие антисептические растворы:

- а) раствор риванола,
- б) раствор фурацилина,
- в) 3 % раствор перекиси водорода,
- г) 0,1 % раствор марганцевокислого калия,
- д) 5 % раствор карболовой кислоты.

3. При подозрении на нагноение послеоперационной раны необходимо:

- а) снять швы,
- б) развести края раны,

- в) иссечь края раны,
- г) промыть нару перекисью водорода,
- д) дренировать рану тампоном.

4. Основными опасностями раны могут быть:

- а) кровотечение,
- б) шок,
- в) развитие инфекции,
- г) обильная длительная плазмопотеря,
- д) возможность нарушения целостности жизненно важных органов.

5. Раны заживают вторичным натяжением при условиях, если имеются:

- а) в полости раны сгустки крови,
- б) значительный некроз краев раны,
- в) отсутствие инфекции в ране,
- г) большое зияние краев раны,
- д) наличие инородных тел в ране.

6. При заживлении раны первичным натяжением необходимы следующие условия:

- а) наличие в ране сгустков крови,
- б) соприкосновение краев раны,
- в) отсутствие инфекции в ране,
- г) хорошее кровоснабжение краев раны,
- д) отсутствие инородных тел в ране.

7. Вторичное инфицирование раны является результатом попадания микробов в момент:

- а) повреждения тканей,
- б) оказания первой помощи,
- в) первичной хирургической обработки,
- г) транспортировки пострадавшего,
- д) последующего лечения раны.

8. Первая фаза раневого процесса (гидратация) характеризуется:

- а) развитием гиперемии,
- б) развитием воспалительного отека,

- в) развитием проницаемости сосудистой стенки,
- г) бурным ростом грануляционной ткани,
- д) лейкоцитарной инфильтрацией ткани.

9. Что из перечисленного характерно для первой фазы течения раневого процесса?

- а) нарушение проницаемости сосудистой стенки,
- б) развитие воспалительного отека,
- в) развитие гипергрануляции ткани,
- г) лейкоцитарная инфильтрация тканей,
- д) развитие тканевого ацидоза.

10. С какими обстоятельствами могут быть связаны ранние кровотечения из операционной раны?

- а) соскальзывание лигатуры сосуда,
- б) кровотечение из мелких нелигированных сосудов,
- в) понижение свертываемости крови (холемия, гемофилия),
- г) резкое повышение артериального давления,
- д) аррозия сосуда вследствие нагноения раны.

11. Какие осложнения могут быть со стороны операционной раны в первые сутки после операции?

- а) йодный дерматит,
- б) нагноение раны,
- в) гиперемия кожных покровов,
- г) кровотечение,
- д) отек краев, раны.

12. Классифицируя раны по характеру повреждения тканей, различают:

- а) колотые, б) резанные, в) рубленные,
- г) инфицированные, д) ушибленные.

13. Оптимальный материал для наложения швов в глубину раны:

- а) кетгут, б) шелк, в) лавсан,
- г) конский волос, д) капрон.

14. Чем отличаются размеры зияния раны?

- а) величиной,
- б) глубиной,
- в) нарушением эластических волокон кожи,
- г) характером раненых тканей,
- д) кровоснабжением краев раны.

15. К закрытым повреждениям мягких тканей относятся:

- а) раны,
- б) сотрясение,
- в) разрывы,
- г) ушибы,
- д) растяжения.

16. Лечение в фазе дегидратации:

- а) повязки с вазелиновым маслом,
- б) повязки с левосином,
- в) повязки с левомеколем,
- г) применение оротата калия,
- д) повязка с диоксидином.

17. Принципы лечения гнойной раны:

- а) комплексность,
- б) хирургическая обработка,
- в) наложение первичного шва,
- г) дренирование,
- д) ранее закрытые раневых поверхностей.

18. Первичная хирургическая обработка:

- а) туалет раны,
- б) иссечение краев раны,
- в) иссечение дна,
- г) иссечение нежизнеспособных тканей,
- д) иссечение в пределах 0,5–2 см.

19. Фаза гидратации раневого процесса:

- а) нарушение проницаемости сосудистой стенки,
- б) альтерация,
- в) экссудация,
- г) грануляция тканей,
- д) лейкоцитарная инфильтрация.

20. Для промывания гнойных ран применяются:

- а) перекись водорода,
- б) раствор фурацилина,
- в) трипсин,
- г) нашатырный спирт,
- д) диоксин.

21. Лечение нагноений послеоперационной раны:

- а) снятие швов,
- б) дренирование,
- в) протеолитические ферменты,
- г) форсирование диуреза,
- д) адекватное дренирование.

22. Боль (интенсивность) зависит от:

- а) количества нервных элементов,
- б) реактивности организма,
- в) нервно-психического состояния,
- г) кровотечения,
- д) степени нарушения определенных тканей.

23. В фазе гидратации применяют:

- а) применение антисептиков местно,
- б) повязки с сахаром,
- в) повязки с NaCl 10 %,
- г) лечебная физкультура,
- д) рибонуклеаза.

24. Проникновение гнойных микроорганизмов в ткани вызывает реакцию, которая проявляется в:

- а) появлении болей,
- б) местном повышении температуры,
- в) потери чувствительности,
- г) артериальной гиперемии,
- д) венозном стазе с образованием отёка.

25. С целью некролитического действия существуют следующие способы применения ферментов:

- а) внутримышечное введение,
- б) местная энзимотерапия,
- в) электрофорез трипсином,
- г) внутрикостное введение,
- д) применение внутрь.

26. Для выполнения первичной хирургической обработки раны необходимы условия:

- а) полное иссечение некротической ткани на лице,
- б) частичное иссечение некротических тканей на шее,
- в) удаление мышечной ткани, пропитанной кровью,
- г) экономное воздействие на ткани мозга,
- д) широкое иссечение тканей.

27. Резаная рана:

- а) большая зона повреждений,
- б) кровоизлияние,
- в) минимальные повреждения,
- г) зона некроза,
- д) большая вероятность осложнений.

28. Первичная хирургическая обработка раны заключается в:

- а) удалении инородных тел,
- б) иссечении некротической ткани в пределах здоровой ткани,
- в) тщательном туалете раны,
- г) гемостазе,
- д) наложении повязки с фурацилином.

ПЕРЕЛОМЫ, ВЫВИХИ

Подчеркните правильный ответ

1. Каково противопоказание для оперативного лечения переломов костей?

- а) интерпозиция мягких тканей,
- б) отрывные переломы со значительным расхождением отломков по длине,
- в) поперечные переломы бедра,
- г) травматический шок,
- д) медиальные переломы шейки бедра.

2. Псевдоартрозом называется:

- а) ложный сустав, образующийся в области диафиза кости,
- б) новый сустав, развивающийся при невправленных вывихах,
- в) новый сустав, образующийся при внутрисуставных переломах,
- г) неподвижность в суставе после гипсовой повязки,
- д) ограничение подвижности в суставе после скелетного вытяжения.

3. Общими причинами замедленного сращения переломов являются:

- а) нарушение кровообращения костных отломков,
- б) тяжелые интоксикации,
- в) развитие инфекции между костными отломками,
- г) интерпозиция инородных тел,
- д) плохая иммобилизация.

4. Симптомы вывиха:

- а) изменение абсолютной длины конечности,
- б) изменение относительной длины конечности,
- в) патологическая подвижность в поврежденном суставе,
- г) крепитация,
- д) подкожная эмфизема.

5. С целью обезболивания перед вправлением вывиха в полость сустава необходимо ввести 10–15 мл новокаина:

- а) 0,25 % раствора,
- б) 0,5 % раствора,
- в) 1 % раствора,
- г) 2 % раствора,
- д) 5 % раствора.

6. Какие переломы следует считать прямыми?

- а) перелом бедра при падении тяжести на него,
- б) перелом позвоночника при падении на седалищные бугры,
- в) разрыв Ахиллова сухожилия при резком сгибании стопы,
- г) перелом лучевой кости при падении на кисть,
- д) перелом шейки бедра при ротации бедра.

7. Укажите концентрацию раствора новокаина для обезболивания при вправлении костных отломков:

- а) 0,5 %, б) 2 %, в) 3 %
- г) 5 %, д) 10 %.

8. Что следует предпринять в первую очередь у больного с открытым переломом и кровотечением из поврежденной крупной артерии?

- а) иммобилизация конечности,
- б) введение сердечных и сосудосуживающих средств,
- в) введение наркотических веществ,
- г) наложение жгута на конечность,
- д) наложение повязки на рану конечности.

9. Какова должна быть транспортная иммобилизация пострадавшего при переломе плечевой кисти?

- а) пальцы – лопатка здоровой стороны,
- б) кисть – лопатка здоровой стороны,
- в) лучезапястный сустав – лопатки этой же стороны,
- г) предплечье – плечо этой же стороны,
- д) лучезапястный сустав – плечевой сустав здоровой стороны.

10. Какие вы знаете виды импровизированных шин?

- а) Дитерикса,
- б) Виноградова,
- в) Крамера,
- г) отводящая шина ЦИТО,
- д) фанера, картон и др.

11. Для скелетного вытяжения необходимо приготовить:

- а) лейкопластырь,
- б) шину Крамера,
- в) коловорот с фрезой,
- г) шину Беллера-Брауна,
- д) гипс.

12. Первая доврачебная помощь при переломах нижних конечностей:

- а) массаж конечностей,
- б) введение раствора глюкозы,
- в) наложение гипсовой повязки,
- г) переливание крови,
- д) иммобилизация конечностей с помощью шин.

13. Оказывая первую помощь при закрытых переломах, необходимо:

- а) наложить жгут,
- б) наложить асептическую повязку,
- в) произвести транспортную иммобилизацию,
- г) снять обувь с поврежденной конечности,
- д) снять одежду с поврежденной конечности.

14. К местным симптомам при переломах относятся:

- а) всасывание продуктов распада травмированных тканей, вызывающих нарушение функций почек,
- б) повышение температуры тела,
- в) шок,
- г) крепитация костных отломков,
- д) вынужденная пружинящая фиксация конечностей.

15. Одним из этапов вправления вывиха плеча по Ю.Ю. Джанелидзе является:

- а) укладывание больного на стол опущенной конечностью,
- б) приведение плеча к туловищу,
- в) ротация предплечья кнаружи,
- г) тяга книзу и поднятие руки кпереди и кверху,
- д) забрасывание предплечья и кисти на здоровое плечо.

16. При оперативном лечении переломов могут быть следующие осложнения:

- а) интерпозиция между костными отломками мышц и фасций,
- б) большое расхождение костных отломков,
- в) жировая эмболия,
- г) воздушная эмболия,
- д) сдавление костными отломками жизненно важных органов.

17. Местными причинами замедленного сращения переломов являются:

- а) тяжелые интоксикации,
- б) заболевания, нарушение функции органа,
- в) авитаминозы,
- г) понижение содержания кальция в крови,
- д) нарушение трофики тканей при повреждении нервов.

18. По какому механизму приложения силы различают переломы

- а) от прямого удара,
- б) от сдавливания,
- в) от сгибания,
- г) от скручивания,
- д) врожденные.

19. Признаки перелома костей конечностей:

- а) крепитация костных отломков,
- б) деформация конечностей,
- в) относительное укорочение конечностей,
- г) абсолютное укорочение конечностей,
- д) симптом прилипшей пятки.

20. При переломах позвонков шейного отдела производится транспортная иммобилизация:

- а) шиной Дитерекса,
- б) шиной Еланского,
- в) шиной Крамера,
- г) на щите,
- д) шиной Кузьминского.

21. В тазобедренном суставе в зависимости от смещения головки бедренной кости наблюдаются следующие вывихи:

- а) подпозвоночный, б) лонный, в) запирательный,
- г) подвздошный, д) седалищный.

22. Переломовывихом называется состояние, характеризующееся одновременным:

- а) переломом и смещением костных отломков,
- б) переломом и интерпозицией мышц между отломками,
- в) переломом с вколачиванием отломков,
- г) вывихом одной кости и переломом другой,
- д) вывихом и переломом суставных и околосуставных отделов кости.

23. Наиболее часто встречается вывих:

- а) нижней челюсти, б) ключицы, в) плеча,
- г) бедра, д) в голеностопном суставе.

24. По этиологическому признаку к вывихам относят все нижеуказанные, кроме:

- а) травматических, б) привычных, в) врожденных,
- г) полных, д) патологических.

25. Чаще всего встречается врожденный вывих:

- а) плеча,
- б) предплечья,
- в) в лучезапястном суставе,
- г) бедра,
- д) основной фаланги I пальца.

26. Причиной патологического вывиха может быть кроме:

- а) костно-суставного туберкулеза,
- б) остеомиелита,
- в) артроза, артрита,
- г) полиомиелита,
- д) травматического шока.

27. Обследуя сустав при вывихе, в нем можно выявить все симптомы, кроме:

- а) отсутствия активных движений,
- б) резкого ограничения пассивных движений,
- в) пружинящего сопротивления,
- г) ложной подвижности,
- д) ступенчатого западения мышцы.

28. Укажите симптом, нехарактерный для вывиха в суставе конечности:

- а) болезненность,
- б) крепитация,
- в) деформация,
- г) изменение длины конечности,
- д) вынужденное положение конечности.

29. Укажите симптом, не наблюдающийся при травматическом вывихе плеча:

- а) боль в плечевом суставе,
- б) резкое ограничение движений в суставе,
- в) деформация и припухлость сустава,
- г) крепитация при пальпации головки плеча,
- д) пружинящая фиксация плеча при попытке движений в суставе.

30. У больного имеется открытый перелом костей голени вследствие удара передним бампером легкового автомобиля. Какого вида перелом при этом наиболее вероятен?

- а) вколоченный,
- б) компрессионный,
- в) многооскольчатый,
- г) отрывной,
- д) винтообразный.

31. Исключите неверно указанный слой костной мозоли:

- а) параоссальный,
- б) периостальный,
- в) интермедиарный,
- г) эндостальный,
- д) костномозговой.

32. Назовите симптом закрытого перелома кости:

- а) подкожная эмфизема,
- б) патологическая подвижность,
- в) увеличение абсолютной длины конечности,
- г) кровотечение наружу,
- д) пружинящее сопротивление в ближайшем суставе.

33. Обследование пострадавшего с жалобами на боли в области плеча следует начинать с:

- а) опроса,
- б) рентгенологического исследования плеча,
- в) определения уровня гемоглобина крови,
- г) выявления крепитации в области плеча,
- д) определения патологической подвижности кости.

34. Укажите элемент первой помощи на месте происшествия пострадавшему с переломом длинной трубчатой кости:

- а) использовать шину Белера,
- б) обезболить место перелома,
- в) выполнить репозицию отломков,
- г) иммобилизовать конечность транспортной шиной,
- д) выполнить скелетное вытяжение.

35. Когда и где следует проводить репозицию костных отломков при открытом переломе?

- а) на месте получения травмы (при оказании первой помощи),
- б) при транспортировке в стационар,
- в) во время санитарной обработки в приемном отделении,
- г) в операционной в ближайшее время после поступления,
- д) в любом из перечисленных мест и в любое время.

36. Укажите время проведения репозиции перелома у больного с явлениями шока:

- а) после выполнения новокаиновой блокады области перелома,
- б) после выведения больного из состояния шока,
- в) после начала внутривенной трансфузии,
- г) сразу после доставки больного в стационар,
- д) в момент оказания первой помощи.

37. Чего не следует делать для профилактики шока при переломе крупной трубчатой кости в момент оказания первой помощи?

- а) транспортную иммобилизацию конечности,
- б) репозицию отломков,
- в) останавливать кровотечение,
- г) вводить анальгетики,
- д) все вышеуказанное.

38. Какую шину следует применять для транспортной иммобилизации при переломе бедра?

- а) Дитерихса, б) Кузьминского, в) сетчатую,
- г) Белера, д) аппарат Илизарова.

39. Сроки заживления перелома бедра у мужчин средних лет:

- а) менее двух месяцев,
- б) более двух месяцев.

40. Абсолютным признаком перелома, выявляемым с помощью клинического исследования, является:

- а) гиперемия кожи,
- б) бледность кожных покровов,
- в) костная крепитация,
- г) отек конечности.

41. В каких случаях необходим остеосинтез для заживления перелома?

- а) перелом диафиза большеберцовой кости без смещения,
- б) перелом луча в типичном месте,
- в) медиальный перелом шейки бедра.

42. Симптомы внутрисуставного перелома:

- а) нарушения проведения звука на кости,
- б) гемартроз,
- в) патологическая подвижность.

43. Причины формирования контрактуры Фолькмана:

- а) образование ложного сустава,
- б) чрезмерная по длительности иммобилизация,
- в) нарушение кровоснабжения.

44. Механизм перелома шейки бедра:

- а) падение с высоты,
- б) сдавление в поперечном направлении,
- в) падение на бок,
- г) патологический процесс в костной ткани.

45. Типичная локализация трещин:

- а) плечо, б) кости таза, в) пяточная кость,
- г) ключица.

46. Традиционные сроки скелетного вытяжения:

- а) 3–5 недель, б) 2–3 месяца.

47. Использование лонгетно-циркулярной гипсовой повязки при открытых переломах при появлении отделяемого из раны:

- а) показано, б) противопоказано.

48. Контрольная рентгенография впервые после наложения гипсовой повязки осуществляется:

- а) в первые сутки, б) на 2–3 сутки, в) на 6–8 сутки,
- г) на 10–14 сутки.

Подчерните неправильный ответ

1. Оказывая первую помощь при открытых переломах с кровотечением, необходимо:

- а) произвести первичную хирургическую обработку раны и репозицию костных отломков,
- б) наложить жгут,
- в) наложить асептическую повязку,
- г) произвести транспортную иммобилизацию,
- д) произвести инъекцию обезболивающих средств.

2. Выделяют следующие слои костной мозоли:

- а) периостальный,
- б) эндостальный,
- в) интермускулярный,
- г) интермедиарный,
- д) параоссальный.

3. Виды импровизационных шин:

- а) палки, б) штык, в) бамбук,
- г) картон, д) шина Крамера.

4. Гипс годен к употреблению, если:

- а) не содержит комков,
- б) затвердевает через пять–десять минут,
- в) смешанный с водой не дает тухлого запаха,
- г) гипсовый шарик не крошится при падении на пол с высоты 1 м,
- д) при нагревании обильно выделяется пар.

5. Успех репозиции костных отломков при закрытых переломах определяется следующими моментами:

- а) знанием характера перелома и вида смещения отломков,
- б) тщательной остановкой кровотечения,
- в) хорошим обезболиванием,
- г) полным расслаблением мышц,
- д) использованием для репозиции ручных приемов и различных аппаратов.

6. Что необходимо для скелетного вытяжения нижней конечности?

- а) спица, б) дрель, в) дуга Киршнера,
- г) шина Беллера, д) аппарат Соколовского.

7. Каковы противопоказания к оперативному лечению переломов?

- а) шок третьей степени,
- б) острая большая кровопотеря,
- в) местная гнойная инфекция,
- г) общая гнойная инфекция,
- д) пожилой возраст.

8. Какие осложнения могут возникнуть при оперативном лечении перелома?

- а) остеомиелит,
- б) воздушная эмболия,
- в) жировая эмболия,
- г) нагноение раны,
- д) замедленная консолидация.

9. Для образования костной мозоли необходимы следующие условия:

- а) отсутствие интерпонента между костными отломками,
- б) отсутствие инфекции,
- в) полное соприкосновение костных отломков,
- г) отсутствие хорошего кровообращения костных отломков,
- д) хорошая иммобилизация отломков.

10. Показанием к наложению гипсовых повязок является:

- а) трещины костей,
- б) переломы без смещения,
- в) вколоченные переломы,
- г) переломы со смещением после удавшейся репозиции отломков,
- д) открытые переломы.

11. По направлению линии перелома, они делятся на:

- а) косые, б) эпифизарные, в) продольные,
- г) винтообразные, д) поперечные.

12. Наблюдаются следующие виды смещения костных отломков:

- а) под углом,
- б) по ширине,
- в) по длине,
- г) по периферии,
- д) по радиусу.

13. К местным симптомам при переломах относятся:

- а) пружинящая фиксация конечностей,
- б) деформация,
- в) наличие патологической подвижности,
- г) крепитация,
- д) боль.

14. Для производственного травматизма характерны следующие виды ран:

- а) резанная рана,
- б) колотая рана,
- в) скальпированная рана,
- г) рубленая рана,
- д) огнестрельная рана.

15. Основными симптомами вывиха являются:

- а) вынужденное положение конечностей,
- б) деформация в области сустава,
- в) крепитация в области сустава,
- г) боль в суставе и невозможность движений в нем в полном объеме,
- д) расположение головки кости вне суставной впадины.

16. Основными причинами, вызывающими смещение костных отломков при переломах, являются:

- а) боль в результате сдавливания костными отломками нервных стволов,
- б) сила, вызывающая перелом,
- в) тяга к спастически сократившихся мышц,
- г) сила периферических отделов конечности,

д) транспортировка с переломами без транспортной иммобилизации.

17. Первая помощь при открытых переломах костей:

- а) наложение жгута,
- б) иммобилизация,
- в) транспортировка,
- г) репозиция костных отломков,
- д) введение болеутоляющих средств.

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Подчеркните правильный ответ

1. Непосредственными опасностями, возникающими в момент повреждения или в первые часы после него, являются:

- а) местная гнойная инфекция,
- б) общая гнойная инфекция,
- в) газовая гангрена,
- г) столбняк,
- д) кровотечение.

2. При анурии назначают:

- а) аспирин,
- б) осмотические диуретики,
- в) 4 % KCl,
- г) панангин,
- д) 10 % NaCl.

3. При лечении ушиба мягких тканей применяются следующие методы:

- а) применение местно-первого дня тепло,
- б) введение антибиотиков местно,
- в) местно холод и наложение давящей повязки,
- г) назначение массажа в зону ушиба,
- д) местное обкалывание новокаином.

4. Непосредственные опасности, развивающиеся в момент травмы или в первые часы после нее, являются:

- а) анаэробная инфекция,
- б) столбняк,
- в) кровотечение,
- г) воздушная эмболия,
- д) сепсис.

Подчеркните неправильный ответ

1. Закрытые повреждения мягких тканей делятся на:

- а) ушибы, б) растяжения, в) разрывы,
- г) сотрясения, д) раны.

2. Непосредственные опасности, возникшие в момент травмы:

- а) острый остеомиелит,
- б) повреждение жизненно важных органов,
- в) кровотечение,
- г) коллапс,
- д) шок.

3. Ближайшие опасности после травмы:

- а) острая сердечная недостаточность,
- б) острая пневмония,
- в) перитонит,
- г) коллапс,
- д) шок.

4. Для производственного травматизма характерны следующие виды ран:

- а) резаная рана,
- б) колотая рана,
- в) скальпированная рана,
- г) рубленая рана,
- д) огнестрельная рана.

5. Первая помощь при разрывах связок суставов:

- а) наложение давящей повязки,
- б) иммобилизация суставов,

- в) холод на область суставов,
- г) активное движение в пораженном суставе,
- д) пункция суставов.

6. Первая помощь при травматическом токсикозе:

- а) тугое забинтовывание конечности для предупреждения отека,
- б) освобождение пострадавших от сдавления,
- в) наложение жгута проксимальнее места сдавления,
- г) иммобилизация конечности и осуществление ранней гипотермии с использованием льда, грелки,
- д) введение обезболивающих средств.

7. Причиной почечной недостаточности при травматическом токсикозе является:

- а) недостаточная гемодинамика вследствие рефлекторного спазма сосудов,
- б) поступление миоглобина в кровь блокирование восходящего колена петли Генгле,
- в) гиперкалиемия, вызывающая нарушение функции почек,
- г) угнетение мочеотделения в результате сгущения крови,
- д) обширные язвы, некрозы, тромбозы и гнойные осложнения со стороны суставов, которые приводят к почечной недостаточности.

8. В патогенезе синдрома сдавливания наибольшее значение имеют:

- а) болевое раздражение, вызывающее нарушение координации возбудительных и тормозных процессов в ЦНС,
- б) травматическая токсемия, обусловленная всасыванием продуктов распада из поврежденных тканей (мышц),
- в) плазмопотеря, возникающая вторично в результате массивного отека тканей,
- г) психическая травма, приводящая к нарушению функции многих органов,
- д) рефлекторный спазм сосудов поврежденной конечности, который приводит к ишемии поврежденной ткани.

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВЫ, ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ЖИВОТА

Подчеркните правильный ответ

1. При закрытом пневмотораксе воздух в плевральной полости:

- а) сообщается с внешней средой через рану в грудной стенке,
- б) сообщается с внешней средой через крупный бронх,
- в) сообщается с внешней средой через значительный дефект легочной ткани,
- г) не сообщается с внешней средой,
- д) увеличивается с каждым последующим вдохом и не уменьшается с выдохом.

2. Напряженным или клапанным пневмотораксом называется скопление воздуха в плевральной области, когда:

- а) при вдохе воздух проникает в плевральную полость через рану, а при выдохе не выходит из нее,
- б) скопление воздуха имеет свободное сообщение с атмосферным воздухом через рану,
- в) скопление воздуха имеет свободное сообщение с атмосферным воздухом через крупный бронх,
- г) скопление воздуха не сообщается с внешней средой,
- д) скопление воздуха не в плевральной полости с каждым последующим вдохом.

3. Ушибом называется:

- а) повреждение тканей с частичным разрывом их при сохранении анатомической непрерывности,
- б) разрывы паренхиматозных органов,
- в) явное внутреннее кровотечение,
- г) повреждение тканей и органов без нарушения целостности кожи,
- д) нарушение целостности кости без смещения костных отломков.

4. Какую цель преследует внутривенное введение гипертонического раствора хлористого натрия после операции по поводу перитонита?

- а) улучшение сердечной деятельности,
- б) получение седативного эффекта,
- в) предупреждение пневмонии,
- г) стимуляция моторной функции кишечника,
- д) предупреждение нагноения раны.

5. Средняя степень сотрясения головного мозга характеризуется потерей сознания на:

- а) несколько секунд, б) несколько минут, в) несколько часов,
- г) несколько недель, д) несколько дней.

6. Гематороксом называется скопление крови:

- а) в брюшной полости,
- б) в полости черепа,
- в) в полости сустава,
- г) в грудной полости,
- д) в мышцах.

7. К поздним опасностям и осложнениям травм относятся:

- а) коллапс,
- б) шок,
- в) повреждения жизненно важных органов,
- г) травматический токсикоз,
- д) стойкие нарушения функций поврежденных органов и тканей.

8. В каких случаях баллотирует средостение?

- а) лечебный пневмоторакс,
- б) клапанный пневмоторакс,
- в) простой пневмоторакс,
- г) открытый травматический пневмоторакс,
- д) дренаж плевральной полости.

9. Окклюзионная повязка применяется при:

- а) переломах бедер,
- б) открытом пневмотораксе,
- в) капиллярном кровотечении,
- г) венозном кровотечении,
- д) повреждении мягких тканей.

10. Назовите фазы шока:

- а) обморок, коллапс,
- б) начальная, промежуточная, терминальная,
- в) молниеносная, острая,
- г) эректильная, терминальная,
- д) эректильная, торпидная.

11. К непроизводственной травме относится травма:

- а) полученная по пути с работы,
- б) полученная на рабочем месте за час до рабочего время,
- в) полученная в быту,
- г) полученная в рабочее время на рабочем месте.

12. К открытым травмам относят:

- а) баротравму,
- б) врожденный перелом,
- в) вывихи,
- г) подкожную эмфизему,
- д) эксфолиации – раны.

13. Предпосылкой для развития травматической болезни является:

- а) открытый перелом,
- б) ушиб головы,
- в) политравма,
- г) сильное бактериальное загрязнение раны,
- д) кровопотеря.

14. Баротравма развивается в результате:

- а) погружения в воду,
- б) пулевого ранения,
- в) падения с высоты,
- г) взрыва, обвала.

15. Ведущим звеном в патогенезе краш-синдрома является:

- а) миоглобинемия – от сдавления,
- б) липидемия,
- в) бактеримия.

16. Травма, нанесенная во время диагностических или лечебных процедур, называется:

- а) внутрибольничной, б) нозокомиальной, в) симультанной,
- г) случайной, д) ятрогенной.

17. К боевой травме не относятся:

- а) пулевые ранения,
- б) баротравмы,
- в) ожоги,
- г) патологические переломы,
- д) колотые раны.

18. Ведущим синдромом, развивающимся в результате длительного сдавления тканей, является:

- а) плазмопотеря,
- б) генерализованная инфекция,
- в) дыхательная недостаточность,
- г) экзотоксикоз,
- д) перелом кости.

19. Краш-синдром развивается в результате длительного сдавления:

- а) грудной клетки,
- б) живота,
- в) костей и суставов,
- г) поперечнополосатой мускулатуры – конечности,
- д) головного мозга.

20. Для торпидной фазы шока не характерно:

- а) понижение артериального давления,
- б) цианоз лица,
- в) похолодание конечностей,
- г) слабый пульс,
- д) поверхностное дыхание.

21. Для травматического шока нехарактерно:

- а) ацидоз, б) алкалоз, в) гиперкалиемия,
- г) гипонатриемия, д) гипохлоремия.

22. Шоковый индекс Алговера – это отношение:

- а) систолического давления к диастолическому,
- б) диастолического давления к систолическому,
- в) частоты пульса к частоте дыхания,
- г) частоты дыхания к частоте пульса,
- д) частоты пульса к систолическому давлению.

23. В норме шоковый индекс Алговера равен:

- а) 0,5, б) 1,0, в) 1,5,
- г) 2,0, д) 2,5.

24. Какой степени тяжести травматического шока соответствует состояние: частота дыхания – 30–32 в минуту, пульс – 110–120 ударов в минуту, артериальное давление – 90–80/50–40 мм рт. ст.?

- а) легкой, б) средней, в) тяжелой,
- г) преагональной.

25. Какой стадии травматического шока соответствует состояние: частота дыхания – 30–40 в минуту, пульс – 130–140 ударов в минуту, артериальное давление – 75–50/40–30 мм рт. ст.?

- а) I, б) II, в) III,
- г) IV.

26. Ведущими патогенетическими факторами синдрома длительного сдавливания являются все приведенные, кроме:

- а) болевого раздражения,
- б) аутогемодиллюции,
- в) плазмопотери,
- г) травматической токсемии.

27. В результате длительного сдавливания конечностей может наблюдаться все, кроме:

- а) травмирования нервных стволов,
- б) ишемии конечностей или ее сегмента,
- в) венозного застоя,
- г) травматической асфиксии,
- д) внутрисосудистого свертывания крови.

28. Укажите основные факторы, определяющие тяжесть токсикоза у пострадавших с синдромом длительного сдавливания:

- а) отек поврежденной конечности,
- б) миоглобинемия и миоглобинурия,
- в) гиперкалиемия, гипонатриемия,
- г) гиперкреатинемия и гиперфосфатемия,
- д) избыток гистамина и адениловой кислоты в крови.

29. Патологоанатомические изменения при синдроме длительного сдавливания включают все, кроме:

- а) некроза сдавленных мышц,
- б) некроза извитых канальцев почек,
- в) жирового перерождения печени с некрозами,
- г) закупорки извитых канальцев почек миоглобином,
- д) множественных микроинфарктов сердца, легких.

30. Для периода острой почечной недостаточности при синдроме длительного сдавливания характерно все, кроме:

- а) нарастания анемии,
- б) резкого снижения диуреза вплоть до анурии,
- в) гиперкалиемии и гиперкреатининемии,
- г) гемодиллюции,
- д) гипокалиемии и полиурии.

31. Сколько периодов выделяют в клиническом течении синдрома длительного сдавливания (СДС)?

- а) 2, б) 3, в) 4,
- г) 5, д) 6.

32. С чем связан первый период синдрома длительного сдавливания (СДС)?

- а) нарастанием отека и проявлением сосудистой недостаточности,
- б) развитием острой почечной недостаточности,
- в) развитием энцефалопатии,
- г) восстановлением почечной деятельности,
- д) выздоровлением.

33. С чем связан второй период синдрома длительного сдавления (СДС)?

- а) нарастанием отека и проявлением сосудистой недостаточности,
- б) развитием острой почечной недостаточности,
- в) развитием энцефалопатии,
- г) восстановлением почечной деятельности,
- д) выздоровлением.

34. Что происходит в третьем периоде синдрома длительного сдавления (СДС)?

- а) нарастание отека и проявление сосудистой недостаточности,
- б) развитие острой почечной недостаточности,
- в) развитие энцефалопатии,
- г) восстановление почечной деятельности,
- д) временное выздоровление.

35. Какова первая медицинская помощь при синдроме длительного сдавления (СДС)?

- а) сбор жалоб,
- б) сбор анамнеза болезни,
- в) наложение эластического бинта в область сдавления,
- г) наложение кровоостанавливающего жгута ниже места сдавления,
- д) ампутация конечности.

36. С чем связано развитие травматического токсикоза при синдроме длительного сдавления (СДС)?

- а) с повреждением мышечно-костных сегментов,
- б) с попаданием в общий кровоток большого количества продуктов распада разрушенных тканей и токсических метаболитов,
- в) с развитием энцефалопатии,
- г) с развитием травматического шока,
- д) с восстановлением почечной деятельности.

37. Для какого периода при синдроме длительного сдавления (СДС) характерна картина острой почечной недостаточности?

- а) 1, б) 2, в) 3,
- г) 4, д) 5.

38. Для какого периода при синдроме длительного сдавления (СДС) характерна картина прогрессирующего отека и проявлений сосудистой недостаточности?

- а) 1, б) 2, в) 3,
- г) 4, д) 5.

39. Для какого периода при синдроме длительного сдавления (СДС) характерно восстановление жизнеспособности сдавленной конечности?

- а) 1, б) 2, в) 3,
- г) 4, д) 5.

40. Сколько времени длится первый период при синдроме длительного сдавления (СДС)?

- а) 1–3 суток, б) 4–6 суток, в) 7–9 суток,
- г) 10–12 суток, д) 12–14 суток.

41. Сколько времени длится второй период при синдроме длительного сдавления (СДС)?

- а) 1–3 суток, б) 3–14 суток, в) 15–17 суток,
- г) 18–20 суток, д) 20 суток и более.

42. Укажите лечебное мероприятие, которое не применяется в первом периоде при синдроме длительного сдавления (СДС):

- а) мощная дезинтоксикационная терапия,
- б) местная гипотермия конечности,
- в) мануальная терапия,
- г) хирургическая обработка раны,
- д) новокаиновые блокады.

43. Укажите длительность сдавления мягких тканей, при которой развивается синдром длительного сдавления (СДС):

- а) 2–10 минут, б) 10–30 минут, в) 3–50 минут,
- г) 1–1,5 часа, д) более 2–4 часов.

44. Укажите, с чем не связано развитие травматического токсикоза при синдроме длительного сдавления (СДС):

- а) повреждением мышечно-костных сегментов,
- б) попаданием в общий кровоток большого количества продуктов распада разрушенных тканей и токсичных метаболитов,
- в) развитием ишемии конечности,
- г) развитием венозного застоя,
- д) потерей сознания.

45. Укажите лечебное мероприятие, которое не применяется в первом периоде при синдроме длительного сдавления (СДС):

- а) мощная дезинтоксикационная терапия,
- б) местная гипотермия конечности,
- в) иглотерапия,
- г) хирургическая обработка раны,
- д) новокаиновые блокады.

46. Укажите симптом ушиба мягких тканей головы:

- а) рвота; б) потеря сознания; в) амнезия;
- г) анизокория; д) подкожная гематома.

47. Укажите симптомы легкой черепно-мозговой травмы:

- а) судороги, кома,
- б) головная боль, тошнота, учащение пульса,
- в) кровь в спинномозговой жидкости, застойный сосок зрительного нерва,
- г) амнезия, анизокория,
- д) рвота, брадикардия, головная боль.

48. Симптомом какого повреждения является истечение ликвора из уха после черепно-мозговой травмы?

- а) ушиба головного мозга,
- б) сотрясения головного мозга,
- в) перелома свода черепа,
- г) перелома основания черепа,
- д) внутричерепного кровотечения.

49. Что способствует увеличению проницаемости сосудистой стенки и отеку мозга при его травме?

- а) спазм артерий,
- б) спазм вен,
- в) дилатация артерий, гиперхлоремия,
- г) дилатация вен,
- д) спазм вен и дилатация артерий.

50. Что характерно для наружного клапанного/напряженного пневмоторакса?

- а) эмфизема мягких тканей области раны,
- б) баллотирование средостения,
- в) сдавление легкого противоположной стороны,
- г) смещение средостения в сторону спавшего легкого,
- д) смещение средостения в противоположную сторону.

51. Что характерно для наружного открытого пневмоторакса?

- а) спадение легкого на стороне повреждения,
- б) спадение легкого на поврежденной стороне,
- в) баллотирование средостения,
- г) смещение средостения в сторону повреждения,
- д) смещение средостения в противоположную сторону.

52. При закрытой травме брюшной полости с разрывом мочевого пузыря наиболее информативным методом исследования является:

- а) обзорная рентгенография брюшной полости,
- б) лапароскопия,
- в) контрастная цистография,
- г) ирригоскопия,
- д) общий анализ мочи.

53. Общими симптомами гемоторакса являются:

- 1) одышка,
- 2) ограничение дыхательных экскурсий грудной клетки,
- 3) перкуторная тупость на стороне поражения,
- 4) ослабление дыхательных шумов и голосового дрожания на стороне поражения,

- 5) бледность кожных покровов,
- 6) прогрессирующее падение АД,
- 7) тахикардия.

- а) 1, 2, 3, б) 2, 3, 5, в) 5, 6, 7,
- г) 3, 4, 7, д) 3, 5, 6.

54. Повреждение мочевого пузыря диагностируется с помощью:

- а) обзорной рентгеноскопии органов малого таза,
- б) цистографии,
- в) катетеризации.

55. При закрытом повреждении задней стенки 12-перстной кишки желчь изливается:

- а) в свободную брюшную полость,
- б) в забрюшинную клетчатку.

56. Вследствие разрыва селезенки кровь скапливается в:

- а) свободной брюшной полости,
- б) левом подреберье,
- в) малом тазу.

57. Подкожная эмфизема возникает при:

- а) повреждении покровов грудной клетки,
- б) повреждении париетальной плевры и легкого;

58. Открытой черепно-мозговая травма считается при повреждении:

- а) черепного апоневроза и кости черепа,
- б) кожи головы,
- в) костей свода черепа.

59. Симптоматика сдавления головного мозга зависит от:

- а) быстроты накопления крови,
- б) быстроты и локализации накопления крови,
- в) локализации наполнения кости.

60. Причина гемоперитонеума определяется с помощью:

- а) обзорной рентгеноскопии брюшной полости,
- б) лапароскопии,

- в) аускультации,
- г) ультразвукового исследования живота.

61. При появлении признаков сдавления мозга показано:

- а) консервативное лечение,
- б) оперативное лечение в плановом порядке,
- в) оперативное лечение в экстренном порядке.

62. Напряженный пневмоторакс возникает при:

- а) открытом повреждении грудной клетки,
- б) разрыве паренхимы легкого,
- в) повреждении париетальной плевры.

63. Симптом Блюмберга–Щеткина определяется:

- а) аускультативно,
- б) пальпаторно,
- в) перкуторно.

64. Разрыв полых органов при закрытой травме живота бывает при нахождении их в момент травмы:

- а) в спавшемся состоянии,
- б) в переполненном состоянии,
- в) в повышенной перистальтике.

65. Клиника разрыва печени характеризуется:

- а) внутренним кровотечением,
- б) травматическим шоком,
- в) внутренним кровотечением и травматическим шоком.

Подчеркните неправильный ответ

1. Симптомы закрытого пневмоторакса:

- а) притупление перкутарного звука,
- б) частый пульс,
- в) цианоз,
- г) коллапс легкого,
- д) отсутствие дыхания при прослушивании стороны повреждения.

2. Сдавление головного мозга, вызванное внутричерепным кровоизлиянием, характеризуется следующими основными симптомами:

- а) головной болью, тошнотой и рвотой,
- б) частым нитевидным пульсом,
- в) замедленным твердым пульсом,
- г) прерывистым дыханием и сужением одного зрачка,
- д) парезами и параличами.

3. Основными симптомами сотрясения головного мозга являются:

- а) потеря сознания,
- б) ретроградная амнезия,
- в) рвота,
- г) головная боль,
- д) лихорадка.

4. К общим симптомам перитонита относятся:

- а) частый пульс плохого наполнения и напряжения,
- б) неуклонное падение артериального давления,
- в) высокий лейкоцитоз,
- г) потеря сознания,
- д) в начале заболевания высокая температура с последующим ее снижением.

5. Воздушная эмболия особенно опасна и часто встречается при ранении следующих вен:

- а) внутренняя яремная,
- б) нижняя полая,
- в) верхняя полая,
- г) подключичная,
- д) воротная вена печени.

6. К ранним местным симптомам перитонита относятся:

- а) боли в животе,
- б) расслабление мышц живота,
- в) повышение температуры тела,
- г) тошнота и рвота,
- д) выпот в брюшную полость.

7. Экстренная хирургическая помощь при внезапной воздушной эмболии легочной артерии:

- а) немедленное закрытие раневого отверстия в вене,
- б) перевязка обоих концов раневой вены,
- в) сдавить грудную клетку в момент выхода,
- г) пункция правого желудочка и аспирация пенистой крови,
- д) пункция левого желудочка и аспирация пенистой крови.

8. Нарушение проходимости желудочно-кишечного тракта:

- а) отек анастомоза,
- б) ущемление петли кишечника,
- в) парез,
- г) динамическая агония,
- д) паренхиматозная желтуха.

9. Показание к повторной операции:

- а) перитонит,
- б) фибринолитические кровотечения,
- в) тромбоэмболия артерий,
- г) несостоятельность анастомоза,
- д) нарастающий пневмоторакс.

10. Профилактика дыхательной недостаточности:

- а) лечение хронических бронхитов,
- б) бронхорасширяющая терапия,
- в) дыхательная гимнастика,
- г) лечебная бронхоскопия,
- д) гастроскопия.

11. Повреждение селезенки, кровотечение. Окажите помощь:

- а) срочная диагностика,
- б) ушивание раны селезенки двухрядным травматическим швом,
- в) операция и спленэктомия,
- г) операция под прикрытием непрерывного вливания и компенсация дефекта крови,
- д) подготовка к операции.

12. При закрытом пневмотораксе:

- а) воздух из легких в грудную полость выходит, а в атмосферу – нет,
- б) воздух заходит через раны грудной стенки, но не выходит наружу,
- в) воздух через поврежденный бронх поступает в плевральную полость, но не выходит наружу,
- г) воздух выходит через бронхи, паренхимы легких, а через грудную стенку заходит, но с внешней средой не сообщается (воздух не выходит).

13. Напряженным или клапанным пневмотораксом называется скопление воздуха в плевральной полости, когда:

- а) повреждены ткани легкого,
- б) повреждены грудные стенки,
- в) повреждена передняя брюшная стенка.

14. Спонтанный пневмоторакс – это воздух плевральной полости при прорыве:

- а) буллезной болезни,
- б) бронхоэктатической болезни,
- в) краевой кисти легкого,
- г) ножевом ранении грудной стенки.

15. Какую цель преследует внутривенное введение 10 % NaCl при ушибе и сотрясении головного мозга?

- а) уменьшение болевых симптомов,
- б) с целью дегидратации вещества головного мозга,
- в) уменьшение внутричерепного давления,
- г) улучшение памяти.

16. Фазы шока при травме:

- а) эректильная компенсаторная,
- б) эректильная декомпенсаторная,
- в) торпидная компенсаторная,
- г) торпидная декомпенсаторная,
- д) терминально-эректильная.

17. Ведущим генезом синдрома Байуотерса является:

- а) сдавление части тела 1 час,
- б) сдавление части тела 2 часа,
- в) сдавление части тела более трех часов,
- г) нарушение кровообращения,
- д) временное шунтирование сосуда.

18. Следствием травмы грудной клетки в первые сутки может быть:

- а) пневмоторакс,
- б) гемоторакс,
- в) гемо-пневмоторакс,
- г) эмпиема плевры.

19. Клиника при коммоционно-контузионном синдроме:

- а) головная боль, головокружение, шум в голове,
- б) ретроградная амнезия,
- в) шум в ушах, мошки перед глазами,
- г) улучшение памяти,
- д) тошнота и рвота.

20. Гемоторакс может быть при:

- а) повреждении паренхимы легкого,
- б) разрыве сосуда плевры,
- в) переломе ребра и повреждении артерии,
- г) при разрыве селезенки.

21. Перитонит – причина повреждения каких полых органов?

- а) желудка и двенадцатиперстной кишки,
- б) тонкого кишечника – тощего и подвздошного,
- в) сигмовидной кишки,
- г) желчного пузыря,
- д) матки.

22. Повреждение паренхиматозных органов характеризуется:

- а) наличием крови в брюшной полости,
- б) наличием желчи в брюшной полости,
- в) наличием мочи в брюшной полости,

г) наличием кала в брюшной полости.

23. Симптом гемоперитонеума является:

- а) гиперперистальтика кишечника,
- б) урчание в животе и болезненность,
- в) при перкуссии притупление в отлогих местах живота,
- г) по поколачиванию живота – зыбление,
- д) отсутствие симптома Щеткина–Блюмберга.

24. Современный метод диагностики при внутрибрюшном повреждении почки:

- а) рентгенологическое исследование,
- б) выделительная урография,
- в) лапароскопия,
- г) УЗИ почек,
- д) диагностическая люмботомия.

25. При внебрюшном разрыве мочевого пузыря кровь и моча скапливаются в:

- а) околопочечной клетчатке и промежности,
- б) внебрюшинно в малом тазу,
- в) в мошонке,
- г) в брюшной полости.

26. Травма черепа, признаки продолжающего внутричерепного кровотечения, действие хирурга:

- а) рентгенография черепа в двух проекциях,
- б) компьютерная томография,
- в) пункция спинного мозга,
- г) срочная трепанация черепа, гемостаз,
- д) необходима электрокоагуляция кожи.

27. Действия врача при повреждении почки:

- а) обзорная рентгенография,
- б) уточнение наличия второй почки,
- в) УЗИ,
- г) без диагностики и уточнения второй почки удаление поврежденной.

28. Тактика врача при повреждении (кровотечении) селезенки:

- а) диагностика лапаротомия, гемостаз, сохранение селезенки,
- б) ушивание раны селезенки с ее сохранением,
- в) динамическое наблюдение.

29. Дренирование брюшной полости после операции по поводу перитонита методом:

- а) Симоняна,
- б) Шкроба,
- в) Канжикеева,
- г) Шлоандера–Петрова.

30. Почему обкладывают конечность при СДС?

- а) снижение обмена веществ в пораженном участке,
- б) снижение потребности и поглощения O_2 (PO_2),
- в) снижение обмена веществ и PO_2 ,
- г) улучшение реологии в пораженном участке.

31. Причины ОПН:

- а) сдавление конечности, плазмопотеря, относительная гиповолемия,
- б) секвестрация жидкости,
- в) развитие относительной гиповолемии,
- г) нарушение фильтрации и реабсорбции в почках,
- д) следовательно полиурия.

32. Травма органов брюшной полости – перитонит. Причины ОПН:

- а) парез и паралич функций кишечника,
- б) секвестрация жидкости в кишечнике – гиповолемия,
- в) гемоконцентрация – агрегация эритроцитов в почечных капиллярах,
- г) развитие олигурии,
- д) из-за большого количества инфузии, искусственной гемодилюции.

33. Лечение посттравматического экссудативного плеврита:

- а) пункция плевральной полости, эвакуация экссудата,
- б) антибиотикотерапия,
- в) дренирование грудной полости,
- г) трахеостомия и торакотомия.

ОЖОГИ, ОТМОРОЖЕНИЯ, ЭЛЕКТРОТРАВМЫ

Подчеркните правильный ответ

1. Для отморожения II степени характерны следующие изменения:

- а) образование пузырей,
- б) некроз костей,
- в) некроз всех слоев кожи,
- г) некроз мышц,
- д) появление пятнистого цианоза.

2. Особенностью течения ожогового шока по сравнению с травматическим является:

- а) отсутствие эректильной фазы,
- б) отсутствие торпидной фазы,
- в) кратковременность эректильной фазы,
- г) длительность эректильной фазы,
- д) эректильная фаза ожогового шока равна травматическому.

3. Ожоговый шок наблюдается у всех обожженных, если площадь ожога равна:

- а) 1 % поверхности тела,
- б) 5 % поверхности тела,
- в) 10 % поверхности тела,
- г) 25 % поверхности тела,
- д) 50 % поверхности тела.

4. Первая степень отморожения характеризуется:

- а) некрозом костей,
- б) образованием пузырей,
- в) темно-синим цветом кожи и отсутствием некроза,
- г) некрозом всей толщи кожи,
- д) некрозом всех мягких тканей.

5. Третья степень отморожения характеризуется:

- а) темно-синим цветом кожи и отсутствием некроза ткани,
- б) образованием пузырей,
- в) некрозом всей толщи кожи и мягких тканей,

- г) побледнением кожи,
- д) некрозом костей.

6. Что из указанных средств не следует переливать в первые дни течения ожоговой болезни?

- а) физиологический раствор,
- б) раствор глюкозы,
- в) полиглюкин,
- г) плазму,
- д) консервированную кровь.

7. Оказывая первую помощь при ожогах, вызванных щелочами, для нейтрализации используют 2 % раствор:

- а) соды,
- б) уксусной кислоты,
- в) марганцевокислого калия,
- г) ляписа,
- д) бриллиантовой зелени.

8. Чем отличается ожоговый шок от травматического?

- а) тяжестью общего состояния,
- б) отсутствием торпидной фазы,
- в) ранней потерей сознания,
- г) продолжительностью эректильной фазы,
- д) продолжительностью торпидной фазы.

9. При классификации ожогов по Буайе вторая степень характеризуется:

- а) покраснением,
- б) повреждением всех слоев кожи,
- в) образованием пузырей,
- г) повреждением глублежащих тканей,
- д) обугливанием тканей.

10. При лечении ожогов открытым методом для образования плотной эластической корочки ожоговую поверхность смазывают:

- а) камфорным маслом,
- б) борным вазелином,
- в) 2–3 % раствором марганцевокислого калия,

- г) 0,5 % фурацилиновой мазью,
- д) перекисью водорода.

11. Третья степень отморожения характеризуется:

- а) темно-синим цветом кожи и отсутствием некроза тканей,
- б) образованием пузырей,
- в) некрозом всей толщи кожи и мягких тканей,
- г) побледнением кожи,
- д) некрозом костей.

12. Оказывая первую помощь при ожогах, вызванных кислотами, для нейтрализации применяют 2 % раствор:

- а) бикарбоната натрия,
- б) уксусной кислоты,
- в) лимонной кислоты,
- г) марганцевокислого калия,
- д) ляписа.

13. Ожоговый шок возникает при глубоком поражении:

- а) 2 % поверхности тела,
- б) 5 % поверхности тела,
- в) 7 % поверхности тела,
- г) 15 % поверхности тела,
- д) 20 % поверхности тела.

14. Особенности тяжести течения ожогового шока:

- а) длительность торпидной фазы,
- б) отсутствие эректильной фазы,
- в) кратковременность торпидной фазы,
- г) длительность эректильной фазы,
- д) площадь ожога.

15. Электроток вызывает в организме:

- а) возбуждение центральной нервной системы,
- б) возбуждение сердечной деятельности,
- в) паралич дыхания и сердца,
- г) паралич верхних конечностей.

16. При определении глубины ожога используются методы:

- а) по Тросниковскому,
- б) по Вишневскому,
- в) по Крейбиху.

17. Площадь ожога всей верхней конечности по «правилу девяток» составляет:

- а) 1 %, б) 9 %, в) 18 %, г) 27 %, д) 36 %.

18. Площадь ожога обеих нижних конечностей по «правилу девяти-ток» составляет до:

- а) 9 %, б) 18 %, в) 27 %, г) 36 %, д) 45 %.

19. В ожоговой ране отмечается снижение концентрации:

- а) молочной кислоты,
- б) небелкового азота,
- в) ионов калия,
- г) ионов кальция,
- д) биологически активных веществ.

20. Из местных симптомов для ожога I степени характерно все, кроме:

- а) гипертермии, б) болезненности, в) покраснения, г) отека, д) гиперестезии.

21. Из местных симптомов для ожога II степени отмечаются все, кроме:

- а) болезненности б) гиперемии, в) пузырей, г) отека, д) гиперестезии.

22. Исключите неверно указанную стадию течения ожоговой болезни:

- а) ожоговый шок,
- б) острая токсемия,
- в) острая почечная недостаточность,
- г) септикотоксемия или сепсис,
- д) реконвалесценция.

23. Для ожогового шока характерно:

- а) слабо выраженная эректильная функция,
- б) ярко выраженная эректильная функция,
- в) отсутствие торпидной фазы,
- г) повышение ЦВД,
- д) увеличение ОЦК.

24. При ожоговом шоке наблюдается все, кроме:

- а) гемоконцентрации,
- б) олиго- или анурии,
- в) повышения относительной плотности мочи,
- г) азотемии, протеинурии, гемоглобинемии,
- д) увеличения ОЦК.

25. Объем первой помощи при ожогах предполагает все, кроме:

- а) введения обезболивающих,
- б) наложения сухой асептической повязки,
- в) наложения мазевой повязки,
- г) профилактики асфиксии при ожоге верхних дыхательных путей,
- д) организации доставки в лечебное учреждение.

26. При химических ожогах объем первой помощи I включает все, кроме:

- а) промывания проточной водой,
- б) обработки нейтрализующими растворами,
- в) обезболивания,
- г) наложения мазевой повязки,
- д) организации доставки пострадавшего в лечебное учреждение.

27. На месте происшествия пострадавшему в состоянии клинической смерти от воздействия электрического шока показаны все мероприятия, кроме:

- а) искусственной вентиляции легких,
- б) закрытого массажа сердца,
- в) введения в полость сердца 6–7 мл 7,5 % раствора калия хлорида,
- г) дефибрилляции сердца,
- д) трахеотомии.

28. Основной причиной дегенеративных изменений и некроза тканей при холодовой травме является:

- а) плазмопотеря,
- б) паралич нервных окончаний,
- в) дисфункция мышц,
- г) нарушение кровотока,
- д) прекращение потоотделения.

29. Дореактивный период в течении отморожения включает время:

- а) непосредственного воздействия холода,
- б) от начала действия холода до согревания,
- в) согревания,
- г) после восстановления температуры тела,
- д) от начала действия холода до отторжения струпа.

30. Реактивный период в течении отморожения включает время:

- а) непосредственного воздействия холода,
- б) от начала созревания до восстановления кровообращения,
- в) согревания,
- г) после восстановления температуры тела,
- д) от начала действия холода до отторжения струпа.

31. К местным инфекционным осложнениям отморожения относится все, кроме:

- а) лимфангита, лимфаденита,
- б) тромбоза, тромбоза,
- в) абсцесса, флегмоны,
- г) гидраденита,
- д) рожи.

32. Из инфекционных осложнений отморожения могут встречаться все, кроме:

- а) сепсиса,
- б) столбняка,
- в) анаэробной инфекции,
- г) лепры,
- д) остеомиелита.

33. Что недопустимо при оказании первой помощи пострадавшему от холодовой травмы?

- а) растирание теплой чистой рукой,
- б) растирание мягкой тканью,
- в) растирание снегом,
- г) обработка согретых участков спиртом,
- д) наложение теплоизолирующей повязки.

34. Ожоги горячей водой классифицируются:

- а) малой глубиной и площадью,
- б) малой глубиной и большой площадью,
- в) большой глубиной и большой площадью.

35. Отличительной чертой электроожогов является наличие струпа:

- а) бледного, б) черного, в) бурого.

36. При ожоге кислотой некроз имеет свойства:

- а) коагуляционного,
- б) коликовационного,
- в) казеозного.

37. Ожог пламенем нередко сочетается с:

- а) жировой эмболией,
- б) метгемоглобинемией,
- в) карбоксигемоглобинемией,
- г) гликозурия.

38. В результате действия на кожу щелочей развивается:

- а) коагуляция клеточных белков,
- б) импрегнация клеточных белков,
- в) гидролиз клеток,
- г) омыление липидных мембран клеток.

39. Метод Постникова для определения площади ожога подразумевает использование:

- а) стерильного целлофана для нанесения контура ожога и таблиц,
- б) правила «ладоней»,
- в) правила «девятки».

40. Первая степень ожога характеризуется повреждением:

- а) в пределах эпидермиса,
- б) поверхностных слоев дермы,
- в) всей дермы.

41. Вторая степень ожога характеризуется повреждением:

- а) в пределах эпидермиса,
- б) сосочкового слоя,
- в) поверхностных слоев дермы,
- г) всей дермы.

42. Третья А степень ожога характеризуется повреждением:

- а) в пределах эпидермиса,
- б) поверхностных слоев дермы,
- в) всей дермы.

43. Третья Б степень ожога характеризуется повреждением:

- а) в пределах эпидермиса,
- б) поверхностных слоев дермы,
- в) всей дермы.

44. Ожоги третьей А степени относятся к:

- а) глубоким,
- б) относительно поверхностным.

45. Для дифференциальной диагностики глубокого и поверхностного ожога надо пользоваться критериями:

- а) Арьева, б) Вишневого, в) Джексона,
- г) Франка.

Подчеркните неправильный ответ

1. Ожогами называется группа тяжелых повреждений организма, вызываемая:

- а) высокой температурой,
- б) концентрированными кислотами и щелочами,
- в) лучевой энергией,
- г) световой энергией,
- д) механической силой.

2. Симптомами, характерными для отморожения третьей степени, в первые дни являются:

- а) боль,
- б) припухлость,
- в) наличие демаркационной линии,
- г) потеря чувствительности,
- д) наличие пузыря;

3. В результате ожога в организме возникают:

- а) ацидоз, б) гипохлоремия, в) токсемия,
- г) гидремия, д) анемия.

4. По Крейбиху, в зависимости от глубины поражения различают пять степеней ожога:

- а) первая степень – поражение только эпидермиса,
- б) вторая степень – более тяжелые поражения эпителия кожи, но с сохранением сосочкового слоя,
- в) третья степень – образование пузырей,
- г) четвертая степень – некроз всего сосочкового слоя,
- д) пятая степень – некроз более глубоких слоев кожи и даже органа в целом.

5. Тяжесть клинической картины ожоговой болезни зависит от:

- а) времени года,
- б) общего состояния больного,
- в) площади ожоговой поверхности,
- г) глубины поражения,
- д) локализации ожога.

6. Глубина и степень поражения при ожогах зависит от:

- а) температуры повреждающего фактора,
- б) времени воздействия температуры на ткани,
- в) пола пострадавшего,
- г) возраста пострадавшего,
- д) общего состояния организма.

7. При оказании первой помощи при термических ожогах:

- а) выносят пострадавшего из огня,
- б) снимают и тушат горящую одежду,
- в) вводят обезболивающие средства,
- г) накладывают асептическую повязку,
- д) производят первичную обработку ожоговой поверхности.

8. Что, как правило, сопутствует ожоговой болезни?

- а) плазморея,
- б) гипоальбуминемия,
- в) гипопроотеинемия,
- г) токсемия,
- д) анемия.

9. Причиной термического ожога может быть:

- а) раскаленное железо,
- б) концентрированная кислота;
- в) кипяток,
- г) пламя,
- д) пар.

10. Существуют следующие методы лечения ожогов:

- а) закрытые,
- б) открытые,
- в) оперативные,
- г) рентгено-радиотерапия,
- д) физиотерапевтические.

11. Оказывая первую помощь при ожогах фосфором, рекомендуется:

- а) наложение мазевой повязки,
- б) обильное орошение ожоговой поверхности водой,
- в) наложение повязки с 2–5 % раствором медного купороса,
- г) наложение асептической повязки,
- д) наложение повязки, смоченной 2 % раствором двууглекислой соды.

12. Какие из указанных сред переливают в первые дни большим после обширного ожога?

- а) плазма,
- б) сыворотка крови,
- в) гидролизин,
- г) эритроцитарная масса,
- д) консервированная кровь.

13. Из каких элементов складывается первая помощь при термических ожогах кожных покровов?

- а) вынос пострадавшего из огня,
- б) удаление горящих предметов и одежды,
- в) первичная обработка поверхности ожога,
- г) подкожная инъекция морфина,
- д) наложение асептической повязки.

14. Факторы, способствующие отморожению:

- а) ветер,
- б) повышенная влажность воздуха,
- в) истощение,
- г) тесная обувь,
- д) повышение артериального давления.

15. Ожоговая болезнь сопровождается:

- а) шоком, б) токсемией, в) гиперхлоремией,
- г) гипопротеинемией, д) плазмореей.

16. Причиной смерти при электротравме может быть:

- а) первичный паралич сердца,
- б) первичный паралич дыхания,
- в) одновременный паралич сердца и дыхания,
- г) паралич мозга (электрический шок),
- д) свертывание крови.

17. Оказывая помощь больному при электротравме с явлениями клинической смерти, необходимо произвести следующий комплекс мероприятий:

- а) освободить от действия тока,
- б) проводить искусственное дыхание,

- в) проводить непрямой массаж сердца,
- г) ввести в кровь средства, возбуждающие сердечную и дыхательную деятельность,
- д) произвести кровопускание.

18. Для ожога кислотами характерно:

- а) коагуляционный некроз,
- б) появление натеков на участке,
- в) некроз влажный,
- г) поверхностный сухой некроз.

19. Последствиями ожога четвертой степени являются:

- а) образование келоидных рубцов,
- б) нарушение функций частей тела,
- в) образование трофических язв,
- г) образование нежных рубцов,
- д) нарушение функции почки.

20. Для первой степени отморожения характерно:

- а) боль,
- б) небольшая отечность кожи,
- в) незначительная синюшность кожи,
- г) наличие пузырей.

21. При второй степени отморожений проводят лечение:

- а) обработка нашатырным спиртом,
- б) вскрытие пузырей,
- в) обтирание снегом,
- г) некрэктомия.

22. Чем отличается сухая гангрена от влажной?

- а) отсутствие интоксикации,
- б) наличие деморкационной ткани,
- в) темно-коричневый цвет некротических тканей,
- г) отёк ткани и волдыри,
- д) высыхание тканей.

23. Химические ожоги возникают при воздействии:

- а) кислотами, б) щелочами, в) лучевой энергией,
- г) фосфором.

24. Степень поражения химического ожога зависит от:

- а) концентрации,
- б) длительности воздействия,
- в) возраста,
- г) вида химического вещества.

ОСТРАЯ ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Подчеркните правильный ответ

1. Что называется гидраденитом?

- а) воспаление лимфатического узла,
- б) воспаление лимфатического сосуда,
- в) воспаление волосяного мешка,
- г) воспаление потовых желез,
- д) воспаление сальных желез.

2. Клиническими проявлениями общей реакции организма на местную гнойную инфекцию является:

- а) краснота,
- б) боли,
- в) припухлость,
- г) повышение местной температуры,
- д) лейкоцитоз.

3. Что такое фурункулез?

- а) воспаление волосяных мешков,
- б) воспаление сальных желез,
- в) воспаление волосяного фолликула и окружающих его тканей с циклическим течением,
- г) множественное поражение волосяных фолликул,
- д) воспаление подкожной сетчатки.

4. Каким микробом вызывается рожа?

- а) вульгарный протей,
- б) синегнойная палочка,

- в) гонококк,
- г) стрептококк,
- д) стафилококк.

5. Острое серозное прогрессирующее воспаление собственно кожи, реже слизистой оболочки, вызываемое стрептококком, называется:

- а) парапроктит, б) тромбоз, в) рожа,
- г) сибирская язва, д) мастит.

6. Показания к релапаротомии:

- а) метеоризм, б) тошнота, в) жидкий стул,
- г) копростаз, д) перитонит.

7. Клиническими проявлениями местной реакции организма на гнойную инфекцию является:

- а) изменение состава белой крови,
- б) повышение температуры тела,
- в) озноб,
- г) интоксикация,
- д) гиперемия вокруг раны.

8. От чего зависит клиника мастита?

- а) от фазы процесса, б) размера, в) формы,
- г) плотности, д) стадии заболевания.

9. Что из указанного применяют для лечения карбункула лица?

- а) жидкий стол-пища,
- б) антибиотики и сульфаниламиды,
- в) кварцевое облучение,
- г) иссечение карбункула,
- д) местное применение кристаллов салициловой кислоты.

10. Экссудативный плеврит:

- а) торакотомия,
- б) пункция,
- в) гормонотерапия,
- г) искусственная вентиляция легких,
- д) трахеостомия.

11. Задачами местного лечения при гнойных заболеваниях являются:

- а) борьба с гнойной интоксикацией,
- б) создание постоянного оттока жидкости из гнойного очага во внешнюю среду,
- в) активизация защитных сил организма,
- г) подавление жизнедеятельности микрофлоры, вызвавшей заболевание,
- д) нормализация нарушенных функций жизненно важных органов и систем.

12. Абсцессом называется:

- а) ограниченное скопление гноя в тканях и различных органах с пиогенной оболочкой,
- б) разлитое гнойное воспаление в тканях и органах,
- в) ограниченное скопление гноя в синовиальных влагалищах,
- г) ограниченное скопление гноя в полостях,
- д) ограниченное скопление гноя в суставах.

13. Лечение флегмоны должно производиться:

- а) наложением согревающего компресса,
- б) наложение компресса с мазью Вишневского,
- в) путем разреза и широкого дренирования раны,
- г) назначением внутрь антибиотиков,
- д) назначением внутрь сульфаниламидов.

14. Задачами общего лечения гнойных заболеваний являются:

- а) создание покоя больному органу,
- б) своевременная эвакуация гноя,
- в) активизация защитных сил организма,
- г) создания постоянного оттока жидкости из гнойного очага,
- д) прекращение или значительное уменьшение болей.

15. Фурункулом называется острое гнойное некротическое воспаление:

- а) потовых желез,
- б) подкожно-жировой клетчатки,
- в) волосяного фолликула и сальных желез,

- г) лимфатических сосудов,
- д) несколько волосяных фолликулов.

16. Каким из ниже перечисленных микробов (как правило) вызывается фурункул?

- а) стрептококк, б) стафилококк, в) гонококк,
- г) синегнойная палочка, д) вульгарный протей.

17. Острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных мешочков и сальных желез с образованием общего инфильтрата, некроза кожи и подкожной клетчатки называется:

- а) флегмоной, б) абсцессом, в) карбункулом,
- г) фурункулом, д) панарицием.

18. Что такое воспаление потовых желез?

- а) воспаление сальных желез,
- б) сучье вымя,
- в) воспаление волосяного мешочка,
- г) воспаление лимфатического сосуда,
- д) воспаление лимфатического узла.

19. Каким микробом вызывается рожа?

- а) стафилококк, б) стрептококк, в) гонококк,
- г) синегнойная палочка, д) вульгарный протей.

20. Для рожистого воспаления характерны следующие местные симптомы:

- а) появление на коже яркой красноты с четкими границами,
- б) появление красноты без четких границ,
- в) бледность с мраморным оттенком,
- г) мраморная бледность с сине-зелеными полосами,
- д) выраженная синюшность в области воспаления.

21. Что надо делать при флегмоне мягких тканей в стадии размягчения?

- а) широкий разрез и дренирование,
- б) горячий компресс,
- в) прокол с последующим исследованием,
- г) холод,
- д) новокаиновое обкалывание с антибиотиками.

22. Острое разлитое гнойное воспаление подкожной, межмышечной, забрюшинной и другой клетчатки называется:

- а) абсцессом,
- б) сепсисом,
- в) гидраденитом,
- г) флегмоной,
- д) рожей.

23. При оперативном лечении мастита производятся следующие разрезы:

- а) косые,
- б) поперечные,
- в) радиарные,
- г) параллельные,
- д) циркулярные.

24. Каково лечение абсцедирующей формы мастита?

- а) пункция и отсасывание гноя,
- б) новокаиновое обкалывание антибиотиками,
- в) резекция молочной железы вместе с гнойником,
- г) широкий разрез, дренирование,
- д) ампутация молочной железы.

25. Острое серозно-гнойное воспаление лимфатических желез называется:

- а) лимфаденитом,
- б) лимфангитом,
- в) тромбофлебитом,
- г) гидраденитом,
- д) флебитом.

26. Экзогенной инфекцией называется попадание микробов в раны:

- а) гематогенным путем,
- б) лимфогенным путем,
- в) контактным путем,
- г) переходом из окружающих мягких тканей,
- д) распространением из желудочно-кишечного тракта.

27. Клиническими проявлениями общей реакции организма на местную гнойную инфекцию являются:

- а) краснота,
- б) отёк,
- в) боли,
- г) повышение местной температуры,
- д) лейкоцитоз.

28. Физический метод лечения абсцесса мягкой ткани:

- а) дренирование и облучение полости лучом лазера,
- б) применение больших доз антибиотика,
- в) удаление гнойного очага,
- г) физиолечение мягких тканей,
- д) тампонирование абсцесса с мазью Вишневского.

29. Осложнение при операции на молочной железе:

- а) перитонит,
- б) пневмоторакс,
- в) повреждение молочных ходов,
- г) гиповолемия,
- д) периферический спазм.

30. Назовите одно из условий, необходимых для развития хирургической инфекции в организме человека:

- а) наличие сапрофитов,
- б) наличие «входных ворот» для инфекции,
- в) сохранение целостности кожных покровов,
- г) снижение резистентности микроорганизмов,
- д) высокий титр антител.

31. Что препятствует развитию гноеродных микробов?

- а) анемия,
- б) кахексия,
- в) стойкий иммунитет,
- г) авитаминоз,
- д) наличие мертвых тканей, гематом.

32. Назовите фактор риска внутрибольничной инфекции:

- а) больные в возрасте старше 20 лет,
- б) продолжительные операции,
- в) отсутствие патогенной микрофлоры в операционной,
- г) бережное обращение с тканями во время операции,
- д) отсутствие дренажей в ране.

33. Какие изменения возникают при острой хирургической инфекции в морфологическом составе крови?

- а) эритроцитоз,
- б) лейкопения,
- в) лимфоцитоз,

- г) сдвиг формулы вправо,
- д) сдвиг формулы влево.

34. Укажите основное условие, предупреждающее развитие хирургической инфекции:

- а) высокий общеобразовательный уровень населения,
- б) хорошее обеспечение больных антибиотиками,
- в) профилактика и лечение микротравм,
- г) рациональное питание,
- д) отказ от вредных привычек.

35. Укажите один из компонентов общего лечения при гнойных заболеваниях:

- а) профилактика грибковых поражений кожи,
- б) отказ от дезинтоксикационной терапии,
- в) воздержание от антибиотиков,
- г) подавление жизнедеятельности гноеродных микробов,
- д) отказ от коррекции углеводного и водно-электролитного обмена.

36. Что называется флегмоной?

- а) гнойное воспаление потовых желез,
- б) гнойное воспаление сальных желез,
- в) ограниченное воспаление клетчатки,
- г) разлитое воспаление клетчаточных пространств,
- д) воспаление со скоплением гноя в суставе.

37. Какое из перечисленных заболеваний чаще всего осложняется гнойной инфекцией?

- а) злокачественная опухоль,
- б) пороки сердца,
- в) сахарный диабет,
- г) хроническая почечная недостаточность,
- д) закрытая травма головного мозга.

38. У больного с туберкулезным кокситом образовался натечный абсцесс на бедре. Какова ваша лечебная тактика?

- а) разрез и тампонада с антисептиками полости абсцесса,
- б) пункция, в верхнем краю абсцесса с зигзагообразной пункцией отсасывание гноя и введение антибиотиков,

- в) согревающий компресс,
- г) УФ-облучение гнойника,
- д) рентгенотерапия.

39. Для фазы воспаления в течении раневого процесса характерно (выбери сочетание ответов):

- 1) изменение проницаемости стенок сосудов,
 - 2) восполнение грануляционной тканью раневого дефекта,
 - 3) миграция лейко-, эритро- и тромбоцитов в область раны,
 - 4) контактная ингибция пролиферации эпителиоцитов,
 - 5) синтез основного вещества и набухание коллагеновых волокон.
- а) 1, 2, 4, б) 2, 4, 5, в) 3, 4, 5,
г) 1, 3, 5, д) 2, 3, 4.

40. Для фазы регенерации и пролиферации в течении раневого процесса характерно (выбери сочетание ответов):

- 1) ацидоз,
 - 2) замещение фибрина капиллярами и коллагеновыми волокнами,
 - 3) восполнение раневого дефекта грануляционной тканью,
 - 4) воздействие ингибитора пролиферации эпителиоцитов,
 - 5) уменьшение содержания воды в рубцовой ткани.
- а) 1, 2, 3, б) 3, 4, 5, в) 2, 3, 4,
г) 1, 3, 4, д) 2, 4, 5.

41. Для фазы реорганизации рубца в течении раневого процесса характерно (выбери сочетание ответов):

- 1) перестройка богатой коллагеновыми волокнами рубцовой ткани,
 - 2) приобретение рубцовой тканью устойчивости на разрыв,
 - 3) уменьшение содержания воды в рубцовой ткани,
 - 4) миграция лейкоцитов в область раны,
 - 5) замещение фибрина капиллярами и коллагеновыми волокнами.
- а) 1, 2, 3, б) 3, 4, 5, в) 1, 2, 5,
г) 2, 3, 4, д) 2, 4, 5.

42. Фурункул – острое гнойное воспаление волосяных фолликулов, окружающей клетчатки и:

- а) апокриновых желез, б) сальных желез,
- в) лимфатических желез.

43. При локализации фурункула на лице имеется угроза развития гнойного менингита, при этом инфекция попадает в мозговые синусы по системе вен:

- а) v.subclavia,
- б) v.jugularis anterior,
- в) v.anonima,
- г) v.angularis oculi.

44. С целью повышения устойчивости организма к стафилококковой инфекции осуществляют введение:

- а) аминозола,
- б) маннитола,
- в) анатоксина.

45. При карбункуле лица из особо опасных осложнений следует выделить:

- а) рожистое воспаление,
- б) фолликулит,
- в) тромбоз пещеристой пазухи.

46. При тяжелом течении гнойно-воспалительного процесса в формуле крови можно видеть изменения:

- а) цветного показателя,
- б) тромбоцитов,
- в) увеличение числа палочкоядерных нейтрофилов.

47. Рожа вызывается:

- а) стафилококком,
- б) кишечной палочкой,
- в) стрептококком А,
- г) смешанной флорой.

48. Какое осложнение специфично для рожи:

- а) тромбофлебит,
- б) сепсис,
- в) лимфостаз – слоновость,
- г) лимфаденит.

49. Гиперемия кожи при флегмоне более интенсивна:

- а) в центре очага,
- б) по периферии очага,
- в) одинаково интенсивна над всей поверхностью очага.

50. При глубокой флегмоне, как правило:

- а) определяются яркая гиперемия кожи и флюктуация,
- б) отсутствуют гиперемия кожи и флюктуация,
- в) гиперемия кожи и флюктуация появляются на 3–4 день от начала заболевания.

51. Если после вскрытия флегмоны у больного в течение 3–4 дней сохраняются высокая температура и озноб, необходимо:

- а) назначить жаропонижающие препараты,
- б) выполнить ревизию раны и посев крови,
- в) назначить рентгенотерапию.

52. При оперативном лечении аденофлегмоны перед разрезом необходимо:

- а) выполнить пункцию и при наличии гноя вскрыть очаг по игле,
- б) при наличии яркой гиперемии кожи и флюктуации можно сделать разрез сразу,
- в) при наличии гиперемии кожи и флюктуации пункция противопоказана.

53. Симптомы интоксикации при роже:

- а) сопутствуют, как правило, началу заболевания при любой форме,
- б) симптомы интоксикации бывают только при тяжелых формах рожи,
- в) симптомы интоксикации появляются на 3–4 день от начала заболевания.

54. При абсцессах во внутренних органах (печень, легкие) может быть:

- а) лимфаденит,
- б) лимфангит,
- в) аденофлегмона,
- г) перфорация в полость.

55. Чем неспецифический абсцесс отличается от холодного абсцесса?

- а) отсутствием признаков острого гнойного воспаления,
- б) наличием признаков острого гнойного воспаления,
- в) длительностью течения.

56. При оперативном лечении абсцесса необходимо:

- а) абсцесс вскрыть,
- б) иссечь абсцесс в пределах здоровых тканей,
- в) абсцесс вскрыть и дренировать с постоянной промывной системой.

57. Мастит чаще всего встречается:

- а) у беременных женщин в дородовом периоде,
- б) в течение первого месяца послеродового периода,
- в) на 2–3 месяце послеродового периода.

58. При интрамаммарном мастите разрезы делают:

- а) дугообразно, под молочной железой,
- б) радиарно,
- в) дугообразно, окаймляя ореолу.

59. Ведущими факторами в развитии паротита является:

- а) длительная операция,
- б) пониженная секреция слюнных желез,
- в) преклонный возраст больного,
- г) обезвоживание.

60. При парапроктите разрезы делают:

- а) непосредственно у наружного сфинктера,
- б) отступя 3–4 см от наружного сфинктера,
- в) отступя 1,5–2 см от наружного сфинктера.

61. Парапроктит обычно вызывается:

- а) моноинфекцией,
- б) полиинфекцией,
- в) смешанной инфекцией.

62. Особенности клиники паротита определяются:

- а) богатством иннервации в области лица,
- б) богатством кровоснабжения в области лица,
- в) анатомическим строением околоушной слюнной железы.

63. Укажите возможный тип реакции организма в ответ на внедрившуюся в него инфекцию:

- а) нормостенический,

- б) нормотонический,
- в) гипертензивный,
- г) астенический,
- д) гиперергический.

64. Разрезы при оперативном лечении паротита производят:

- а) соответственно лангеровским линиям,
- б) в зависимости от кровоснабжения тканей в области лица,
- в) в зависимости от хода ветвей лицевого нерва.

65. Особенностью клинического течения острого паротита является:

- а) раннее появление гиперемии кожи и флюктуации,
- б) позднее появление симптомов интоксикации,
- в) позднее появление гиперемии кожи и флюктуации.

66. Особенностью оперативного лечения хронической инфильтративной фазы мастита является:

- а) рассечение инфильтрата,
- б) рассечение инфильтрата со срочным гистологическим исследованием препарата,
- в) иссечение инфильтрата с гистологическим исследованием препарата в плановом порядке.

67. Острая инфильтративная стадия мастита лечится:

- а) только консервативно,
- б) при безуспешности консервативного лечения производится рассечение инфильтрата,
- в) при безуспешности консервативного лечения производится иссечение и рассечение инфильтрата.

68. При лечении флегмоны должно производиться:

- а) назначение внутрь антибиотиков,
- б) назначение внутрь сульфаниламидов,
- в) путем широкого разреза и дренирование раны,
- г) наложение компресса с мазью Вишневского,
- д) дренирование двухпросветной трубкой и постоянное промывание.

Подчеркните неправильный ответ

1. При карбункуле задней поверхности шеи показаны следующие мероприятия:

- а) антибиотики,
- б) сульфаниламидные препараты,
- в) витаминотерапия,
- г) компресс с мазью Вишневского,
- д) облучение УВЧ.

2. Клиника маститов при учете стадии процесса делятся на следующие формы:

- а) серозная, б) пузырьчатая, в) абсцедирующая,
- г) флегмонозная, д) гангренозная.

3. Лечение фурункула верхней губы:

- а) введение антибиотиков,
- б) введение сульфаниламидных препаратов,
- в) постельный режим,
- г) иссечение фурункула,
- д) кварцевое облучение.

4. Профилактика послеоперационных нагноений:

- а) обработка операционного поля,
- б) обработка рук персонала в операционной,
- в) правильный режим вентиляции,
- г) адекватное обезболивание,
- д) контроль за стерильностью операционного белья.

5. Показаниями к дренированию брюшной полости при перитоните являются:

- а) поражение брюшины и кишечника туберкулезом,
- б) гнилостно-анаэробный характер инфекции,
- в) наличие некротических очагов, которые не могут быть удалены во время операции,
- г) невозможность удаления или надежной перитонизации первичного источника перитонита,
- д) поздние фазы разлитого перитонита с тяжелыми изменениями брюшины и обильного выделения гноя.

6. Осложнениями карбункула являются:

- а) сепсис, б) сахарный диабет, в) лимфаденит,
- г) лимфангоит, д) гнойный менингит.

7. При консервативном лечении острого тромбоза вен конечности рекомендуется:

- а) покой,
- б) антикоагулянты,
- в) возвышенное положение конечности,
- г) новокаиновая блокада,
- д) рентгенотерапия.

8. При запущенных паротитах возможны следующие опасные для жизни осложнения:

- а) аррозивное кровотечение,
- б) медиастенит,
- в) остеомиелиты,
- г) глубокая флегмона шеи,
- д) флегмона окологлоточного пространства.

9. Лимфаденит, как вторичный воспалительный процесс, встречается при:

- а) панарициях, б) туберкулезе, в) мастите,
- г) остеомиелите, д) столбняке.

10. Лечебные мероприятия при начальной форме серозной стадии острого мастита:

- а) разрез,
- б) предупреждение застоя молока сцеживание или отсасывание (кормление ребенка молоком),
- в) подвешивание молочной железы косыночной повязкой,
- г) антибактериальная терапия,
- д) ретроградная пенициллин-новокаиновая блокада.

11. Для острого тромбоза вен конечности характерны:

- а) болезненность по ходу вен,
- б) уплотнение по ходу вен,

- в) выраженный отёк конечности,
- г) гиперемия кожи,
- д) анемия.

12. Осложнением подкожного панариция третьего пальца кисти может быть:

- а) сухожильный панариций,
- б) костный панариций,
- в) суставный панариций,
- г) флегмона кисти,
- д) флегмона предплечья.

13. Симптомы, характерные для гнойного мастита:

- а) боль,
- б) припухлость,
- в) краснота,
- г) шелушение кожи вокруг сосков,
- д) повышение температуры.

14. Лечебные мероприятия при эритематозном рожистом воспалении, локализуемом на голени:

- а) сульфаниламиды внутрь,
- б) пенициллин внутримышечно,
- в) десенсибилизирующая терапия (хлористый кальций и т.д.),
- г) ультрафиолетовое облучение очага поражения,
- д) теплые ванны с марганцевокислым калием.

15. Лечебные мероприятия при фурункуле:

- а) протирание окружающей кожи 70 % спиртом,
- б) при наличии некротических масс – выдавливание фурункула и повязка с гипертоническим раствором соли,
- в) обкалывание пенициллином с новокаином воспалительного инфильтрата,
- г) сульфаниламидные препараты внутрь,
- д) ультрафиолетовое облучение фурункула.

16. Клиническими симптомами абсцесса являются:

- а) припухлость, б) гиперемия кожи, в) флюктуация,
- г) крепитация, д) высокая температура тела.

17. Абсцессы могут локализоваться:

- а) в печени,
- б) в легком,
- в) в брюшной полости,
- г) в миокарде,
- д) в головном мозгу.

18. Абсцессы легких являются осложнением следующих заболеваний:

- а) крупозных и гриппозных пневмоний,
- б) ингаляции паров соды,
- в) аспирации инородных тел,
- г) различных гнойных заболеваний в других участках тела,
- д) открытых травматических повреждений легких.

19. Лимфаденит, как вторичный воспалительный процесс встречается при:

- а) туберкулезе, б) панариции, в) мастите,
- г) столбняке, д) остеомиелите.

20. Для острого тромбоза глубоких вен конечности характерны:

- а) резкие боли,
- б) повышение температуры,
- в) отёк конечности,
- г) цианоз слизистых оболочек,
- д) гиперемия кожи по ходу вены.

21. Причины, способствующие развитию тромбоза:

- а) наличие инфекции,
- б) понижение свертываемости крови,
- в) антикоагулянты,
- г) замедление тока крови по венам,
- д) повреждение интимы сосуда.

22. При консервированном лечении острого тромбоза рекомендуется:

- а) покой,
- б) возвышенное положение конечности,
- в) антикоагулянты,
- г) новокаиновая блокада,
- д) рентгенотерапия.

23. При тромбозе поверхностных вен голени рекомендуется:

- а) бутадиион,
- б) ходьба,
- в) строгий постельный режим,
- г) бинтование ног эластичными бинтами,
- д) возвышенное положение конечности.

24. Клиника маститов при учете стадии процесса делится на следующие фазы:

- а) серозная, начальная,
- б) пузырьчатая,
- в) абсцедирующая,
- г) флегмонозная,
- д) гангренозная.

25. При запущенных паротитах возможны следующие опасные для жизни осложнения:

- а) аррозивное кровотечение,
- б) флегмона окологлоточного пространства,
- в) глубокая флегмона шеи,
- г) медиастенит,
- д) остеомиелиты.

26. Различают следующие формы рожи:

- а) эритематозная, б) буллезная, в) эмфизематозная,
- г) флегмонозная, д) некротическая.

27. При карбункуле шеи показаны следующие лечебные мероприятия:

- а) согревающий компресс с мазью Вишневского,
- б) антибиотики внутримышечно,
- в) сульфаниламидные препараты внутрь,
- г) витаминотерапия,
- д) ультрафиолетовое облучение карбункула.

28. Предрасполагающими причинами к возникновению фурункулеза являются:

- а) сердечно-сосудистая слабость,
- б) истощение,
- в) тяжелые общие заболевания,
- г) болезни обмена веществ,
- д) авитаминоз.

29. Осложнениями карбункула являются:

- а) лимфангит, б) лимфаденит, в) сепсис,
- г) сахарный диабет, д) гнойный менингит.

30. Как осложнение карбункула отмечаются:

- а) прогрессирующий тромбоз,
- б) шок,
- в) лимфангит,
- г) лимфаденит,
- д) сепсис.

31. Лечение фурункула верхней губы:

- а) постельный режим,
- б) введение антибиотиков,
- в) введение сульфаниламидных препаратов,
- г) иссечение фурункула,
- д) кварцевое облучение.

32. Проникновение гнойных микроорганизмов в ткани вызывает реакцию, которая проявляется в:

- а) артериальной гиперемии,
- б) венозном стазе с образованием отека,

- в) появлении болей,
- г) остром повышении температуры,
- д) потери чувствительности.

33. Что из указанного применяют для лечения карбункула лица?

- а) жидкий стол,
- б) антибиотики и сульфаниламиды,
- в) кварцевое облучение,
- г) иссечение карбункула,
- д) местное применение кристаллов салициловой кислоты.

34. Для лечения острого тромбоза вен применяют:

- а) согревающий компресс,
- б) антибиотики,
- в) викасол,
- г) возвышенное положение конечности,
- д) антикоагулянты.

35. Лечебные мероприятия при начальной форме серозной стадии острого мастита:

- а) разрез,
- б) предупреждение застоя молока (кормление ребенка, сцеживание или отсасывание молокоотсосом),
- в) подвешивание молочной железы косыночной повязкой,
- г) антибактериальная терапия,
- д) ретромаммарная пенициллин-новокаиновая блокада.

36. Успех предупреждения гнойных заболеваний зависит от:

- а) правильной организации работы хирургического блока стационара,
- б) правильной организации работы хирургического блока поликлиники,
- в) преемственности лечения больных в стационаре и поликлинике,
- г) характера поврежденной ткани,
- д) размещения хирургических блоков в помещениях с соответствующими санитарно-гигиеническими условиями.

ОСТРЫЕ ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ

Подчеркните правильный ответ

1. Теория сенсбилизации организма, как основная причина возникновения остеомиелита, предложена:

- а) Павловым, б) Рейно, в) Ухтомским,
- г) Дерижановым, д) Лексером.

2. Остеомиелитом называется:

- а) воспаление компактной части кости,
- б) воспаление надкостницы,
- в) воспаление хряща,
- г) воспаление костного мозга и кости,
- д) воспаление надкостницы и мышечной ткани.

3. Хронический остеомиелит может дать осложнения:

- а) воздушная эмболия,
- б) контрактура суставов,
- в) патологический перелом,
- г) цирроз печени с спленомегалией,
- д) хронический амилоидоз почек.

4. Рентгенологические ранние признаки острого остеомиелита:

- а) наличие тотального остеосклероза,
- б) наличие костных полостей различных величин,
- в) наличие разнокалиберных секвестров,
- г) наличие остеопороза отслоением надкостницы,
- д) накопление жидкости в полости суставов.

5. Остеомиелит вызывается следующими микробами:

- а) стрептококком,
- б) стафилококком,
- в) пневмококком,
- г) брюшнотифозной палочкой,
- д) анаэробной инфекцией.

6. По анатомическому принципу выделяют следующие виды панарициев:

- а) кожный, б) подкожный, в) сухожильный,
- г) костный, д) сосудистый.

7. Эмболическая теория возникновения гематогенного остеомиелита предложена:

- а) Пливерсом, б) Давыдовским, в) Лексером,
- г) Ухтомским, д) Дерижановым.

8. Какие поздние опасности и осложнения появляются при остром гематогенном остеомиелите?

- а) хронический гепатит,
- б) хронический остеомиелит,
- в) плоскостопие,
- г) миозиты,
- д) артрит.

9. Паронихией называется:

- а) воспаление фаланговых костей пальцев,
- б) воспаление сухожильных влагалищ,
- в) воспаление межфаланговых суставов,
- г) воспаление околоногтевого ложа,
- д) воспаление всех тканей пальца.

10. Больному с запущенным гнойным подкожным панарицием третьего пальца правой кисти в срочном порядке необходимо следующее лечение:

- а) компрессы,
- б) повязки с мазью Вишневского,
- в) ванночки с марганцевым калием,
- г) вскрытие и дренирование очага воспаления,
- д) введение внутривенно пенициллина.

11. Какие ранние симптомы острого остеомиелита появляются?

- а) нарушение функции пораженной конечности,
- б) отечность конечности,
- в) появление в расширенных венах болезненности,

- г) наличие костной боли распирающего характера,
- д) наличие гиперемии кожных покровов.

12. В каких случаях остеомиелита производят операцию поднадкостничной резекции кости?

- а) при остеомиелитической флегмоне,
- б) поднадкостничном абсцессе,
- в) свищевой форме остеомиелита с образованием коркового секвестра,
- г) тотальном поражении костной ткани,
- д) абсцессе Броди.

13. Острый гематогенный остеомиелит чаще встречается у:

- а) взрослых,
- б) пожилых,
- в) детей и подростков мужского пола,
- г) детей и подростков женского пола,
- д) пол и возраст не влияют.

14. Основная сторона острого гематогенного остеомиелита и реактивность организма были освещены в работах:

- а) Лекснера, б) Дерижанова, в) Генке,
- г) Гринева.

15. Наиболее часто при остром гематогенном остеомиелите поражается:

- а) эпифиз,
- б) метафиз,
- в) эпифизарный хрящ,
- г) диафиз.

16. Укажите первично-хроническую форму гематогенного остеомиелита:

- а) тифоидный остеомиелит,
- б) абсцесс Броди,
- в) артрит,
- г) сифилис костей,
- д) туберкулез кости.

17. Ранним рентгенологическим признаком острого гематогенного остеомиелита является:

- а) облитерация костномозгового канала,
- б) секвестральный гребень,
- в) периостит,
- г) оссифицирующий миозит,
- д) остеосклероз.

18. К ранним симптомам острого гематогенного остеомиелита относится все, кроме:

- а) боли в конечности,
- б) общего недомогания,
- в) озноба,
- г) высокой температуры,
- д) флегмоны подкожной клетчатки.

19. Одним из мероприятий успешного лечения является:

- а) массаж конечности,
- б) активные движения в суставах конечности,
- в) скелетное вытяжение,
- г) иммобилизация конечности гипсовой повязкой,
- д) наложение согревающего компресса.

20. Какое лечебное мероприятие противопоказано в ранней стадии гематогенного остеомиелита?

- а) массаж, лечебная физкультура,
- б) введение антибиотиков,
- в) переливание крови,
- г) введение витаминов,
- д) создание функционального покоя пораженной области.

21. Какое осложнение не является характерным для острого гематогенного остеомиелита?

- а) патологический перелом,
- б) гангрена конечности,
- в) сепсис,
- г) поднадкостничный абсцесс,
- д) межмышечная флегмона.

22. Для пломбировки секвестральной полости при хроническом остеомиелите не применяется:

- а) хрящ,
- б) подкожная жировая клетчатка,
- в) спонгиозная масса кости,
- г) мышца,
- д) кровяной сгусток.

23. Причины анемии после операции:

- а) гемолиз,
- б) кровотечение,
- в) пневмоторакс,
- г) нарушение перистальтики,
- д) дыхательная недостаточность.

24. Панарицием называется гнойное воспаление:

- а) околоушной слюнной железы,
- б) волосяного фолликула,
- в) лимфатических узлов,
- г) околоногтевого валика,
- д) тканей пальца.

25. Какие поздние опасности и осложнения появляются при остром гематогенном остеомиелите?

- а) хронический гепатит,
- б) хронический остеомиелит,
- в) плоскостопие,
- г) миозиты,
- д) артрит.

26. Что называется острым остеомиелитом?

- а) гнойное воспаление фасциальных пространств конечностей,
- б) гнойное воспаление суставной сумки,
- в) туберкулезное поражение позвонков,
- г) гнойное воспаление костного мозга,
- д) специфическое воспаление костной ткани.

27. Какая операция выполняется в ранние сроки при остром остеомиелите?

- а) вскрытие флегмоны,
- б) рассечение надкостницы,
- в) трепанация костномозговой полости,
- г) секвестрэктомия,
- д) костная пластика.

28. Пандактилитом называют гнойное воспаление:

- а) ладонной поверхности кисти,
- б) тканей подошвы стопы,
- в) межфаланговых тканей,
- г) всех тканей пальца,
- д) сухожильных влагалищ пальцев.

29. Панарицием называется гнойное воспаление:

- а) околоушной слюнной железы,
- б) волосяного фолликула,
- в) лимфатических узлов,
- г) тканей пальца,
- д) околоногтевого валика.

30. Флегмона пространства Пирогова развивается при:

- а) подногтевом панариции II пальца,
- б) подкожном панариции III пальца,
- в) сухожильном панариции IV пальца,
- г) тендовагините I и V пальцев,
- д) кожных панарициях пальцев.

30. Больной с подкожным панарицием II пальца кисти провел бессонную ночь из-за болей. Ваша тактика при лечении такого больного?

- а) спиртовые ванночки,
- б) повязка с мазью Вишневского,
- в) УВЧ,
- г) внутривенно пенициллин,
- д) разрез.

32. Паронихией называется:

- а) воспаление всех тканей пальца,
- б) воспаление околоногтевого валика,
- в) воспаление межфаланговых суставов,
- г) воспаление сухожильных влагалищ,
- д) воспаление фаланговых костей пальцев.

33. Где развивается паронихия?

- а) спина, б) лицо, в) палец,
- г) нос, д) подмышечная впадина.

34. У-образная флегмона кисти развивается при распространении инфекции с сухожильного влагалища следующих пальцев:

- а) с 1 на 3, б) с 1 на 4 в) с 1 на 5,
- г) с 2 на 4, д) с 2 на 3.

35. При подкожном панариции вследствие быстрого нарушения кровообращения выявляются следующие симптомы:

- а) кожные покровы пальца черного цвета,
- б) кожный зуд,
- в) пульсирующая боль.

36. При костном панариции рентгенологические признаки выявляются на:

- а) 1–2 сутки,
- б) первой неделе,
- в) второй–третьей неделе.

37. Хирургическое лечение сухожильного панариция нужно начинать с:

- а) иммобилизации,
- б) удаления секвестра,
- в) инцизии – вскрытия,
- г) пункции.

Подчеркните неправильный ответ

1. Хронический остеомиелит может дать осложнение:

- а) патологический перелом,
- б) воздушную эмболию,
- в) контрактуру суставов,
- г) амилоидоз внутренних органов,
- д) свищи с гнойным отделяемым.

2. Остеомиелит вызывается следующими микробами:

- а) стафилококком,
- б) стрептококком,
- в) анаэробной инфекцией,
- г) пневмококком,
- д) брюшнотифозной палочкой.

3. К первичному хроническому остеомиелиту относится:

- а) абсцесс Броди,
- б) гематогенный остеомиелит,
- в) альбуминозный остеомиелит Оллье,
- г) склерозирующий остеомиелит Гарре,
- д) тиффозный остеомиелит.

4. Применяют следующие виды оперативного лечения остеомиелита:

- а) лампасные разрезы в кости,
- б) вскрытие остеомиелитической флегмоны,
- в) рассечение надкостницы,
- г) трепанация костномозговой полости,
- д) секвестрэктомия.

5. По анатомическому принципу выделяют следующие виды панариции:

- а) кожный,
- б) подкожный,
- в) сухожильный,
- г) костный,
- д) сосудистый.

6. Применяют следующие виды оперативного лечения остеомиелита:

- а) лампасные разрезы кожи,

- б) вскрытие остеомиелитической флегмоны.
- в) рассечение надкостницы,
- г) трепанация костномозговой полости,
- д) секвестрэктомия.

ОБЩАЯ ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ (СЕПСИС)

Подчеркните правильный ответ

1. Сепсис – это:

- а) острая специфическая инфекция,
- б) хроническая специфическая инфекция,
- в) общая гнойная инфекция,
- г) анаэробная инфекция,
- д) местная гнойная инфекция.

2. Какие изменения происходят в крови при сепсисе?

- а) лейкопения,
- б) повышение протромбина крови,
- в) гипопроотеинемия,
- г) эритроцитоз,
- д) замедление СОЭ.

3. Пиемией называется:

- а) интоксикация продуктами жизнедеятельности бактерий,
- б) гемолиз эритроцитов,
- в) бактериемия,
- г) появление гноя в крови,
- д) появление метастатических гнойников.

4. Классифицируя сепсис в связи с характером реакции организма больного, выделяют:

- а) молниеносный,
- б) острый,
- в) рецидивирующий,
- г) гиперергическую форму,
- д) хронический.

5. Для септицемии характерен следующий вид температурной кривой:

- а) субфебрильная,
- б) гектическая,
- в) постоянная лихорадка,
- г) субнормальная,
- д) возвратная лихорадка.

Подчеркните неправильный ответ

1. При лечении сепсиса применяют:

- а) антибиотики,
- б) переливание крови,
- в) операцию замещения крови,
- г) иммунодепрессанты,
- д) введение внутривенно хлористого кальция.

2. Тяжесть септического процесса зависит от:

- а) вирулентности микробов,
- б) реактивности организма,
- в) возраста больного,
- г) характера и объема разрушений тканей;
- д) пола больного.

3. Следующие повреждения и заболевания могут осложниться сепсисом:

- а) открытые травмы мягких тканей, костей, органов и полостей,
- б) операционные раны,
- в) закрытые переломы, сопровождающиеся шоком,
- г) местные гнойные процессы,
- д) не выявленные очаги инфекции.

4. Различают следующие формы сепсиса:

- а) молниеносную,
- б) хроническую,
- в) метастатическую,
- г) некротическую,
- д) рецидивирующую.

5. Кровь на бактериальный посев при сепсисе необходимо забирать:

- а) при нормальной температуре тела больного,
- б) при ознобе и на высоте температурной реакции,
- в) сразу же после спада температуры,
- г) через 6–15 часов после отмены антибиотиков,
- д) только при появлении антибиотиков.

6. Развитию геморрагического синдрома при сепсисе способствует:

- а) активация фибринолитической системы,
- б) снижение свертываемости крови,
- в) повышение проницаемости капилляров.

7. Септический шок обусловлен:

- а) прорывом гноя в полость,
- б) массивным поступлением микробов и их токсинов в кровь,
- в) сочетанием кровопотери и сепсиса,
- г) внезапным иммунодефицитом.

8. Все ли названные симптомы сепсиса являются специфическими: высокая температура, озноб, бактериемия, потливость, истощение?

- а) да,
- б) нет.

9. К возбудителям хирургического сепсиса не относятся:

- а) кишечная палочка,
- б) гемолитический стрептококк,
- в) золотистый стафилококк,
- г) протей,
- д) синегнойная палочка.

10. Источником хирургического сепсиса может быть все, кроме:

- а) глубокого ожога,
- б) закрытого перелома,
- в) раны,
- г) карбункула лица,
- д) перитонита.

11. Что здесь неправильно, если не говорить о клинической классификации сепсиса?

- а) острый,
- б) молниеносный,
- в) рецидивирующий,
- г) послеоперационный,
- д) криптогенный.

12. Какие лечебные мероприятия не могут быть рекомендованы при сепсисе?

- а) вскрытие гнойного очага,
- б) введение антибиотиков,
- в) ограничение введения жидкостей,
- г) переливание крови,
- д) витаминотерапия.

13. Что из указанного способствует развитию сепсиса?

- а) сахарный диабет,
- б) гипертоническая болезнь,
- в) акромегалия,
- г) бронхиальная астма,
- д) кардиосклероз.

14. Что является наиболее важным при лечении сепсиса?

- а) строгий постельный режим,
- б) тщательный сбор анамнеза,
- в) лечение сопутствующего заболевания,
- г) ликвидация первичного очага,
- д) выявление наследственного фактора.

15. Что менее характерно для сепсиса?

- а) тахикардия,
- б) лейкоцитоз,
- в) анурия,
- г) повышение температуры тела,
- д) наличие гнойного очага.

16. К осложнениям сепсиса не относят:

- а) пневмонию, б) пролежни, в) тромбоэмболию,
- г) кахексию, д) геморрагии.

АНАЭРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Подчеркните правильный ответ

1. При каком ранении наиболее вероятна анаэробная инфекция?

- а) закрытом переломе,
- б) спортивной травме,
- в) сельскохозяйственной травме,
- г) операционной травме,
- д) переливании интогруппной крови.

2. По клиническому течению и анатомическому строению выделяют следующие формы газовой гангрены:

- а) молниеносная, б) эпифасциальная, в) острая,
- г) хроническая, д) субфасциальная.

3. При подозрении на анаэробную инфекцию раны, необходимо произвести:

- а) первичную хирургическую обработку раны с наложением швов,
- б) первичную хирургическую обработку раны без наложения шва,
- в) пересадку кожи,
- г) облучение кожи кварцем,
- д) наложение жгута.

4. При анаэробной инфекции для обработки и орошения ран применяются:

- а) водный раствор Люголя,
- б) карболовая кислота,
- в) раствор перекиси водорода,
- г) раствор гевитана,
- д) раствор муравьиной кислоты.

5. Какие условия являются оптимальными для лечения анаэробной инфекции:

- а) лечение в управляемой абактериальной среде,
- б) проточное промывание раны,
- в) лечение мазевыми повязками,
- г) энзимотерапия,
- д) гипербарическая оксигенация.

6. Для лечения анаэробной инфекции наиболее эффективно:
- а) введение метрагила,
 - б) энзимотерапия,
 - в) аутогемотерапия,
 - г) введение муравьиной кислоты,
 - д) электрическая дефибриляция.
7. По клиническому течению различают следующие формы газовой гангрены:
- а) острый быстро прогрессирующий,
 - б) хронический,
 - в) резко выраженный,
 - г) стертая форма,
 - д) с потерей сознания.
8. Какова профилактическая доза антигангренозной сыворотки?
- а) 5000 АЕ,
 - б) 20000 АЕ,
 - в) 30000 АЕ,
 - г) 50000 АЕ,
 - д) 300000 АЕ.
9. При подозрении на газовую инфекцию раны следует произвести:
- а) первичную хирургическую обработку раны с наложением швов,
 - б) первичную хирургическую обработку раны с рассечением и иссечением ткани без наложения швов,
 - в) наложение жгута,
 - г) тугую тампонаду раны,
 - д) облучение раны кварцем.
10. К специфическому лечению газовой гангрены относятся:
- а) ранняя первичная хирургическая обработка раны,
 - б) вторичная хирургическая обработка раны,
 - в) введение антигангренозной сыворотки,
 - г) энергичная дезинтоксикационная терапия введением жидкости,
 - д) введение больших доз антибиотиков.
11. В каких дозах надо вводить антигангренозную сыворотку для лечения анаэробной инфекции?
- а) 5000 АЕ,
 - б) 1000 АЕ,
 - в) 30000 АЕ,
 - г) 300000 АЕ,
 - д) 500000 АЕ.

Подчеркните неправильный ответ

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

6. Возбудителями газовой гангрены являются:

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

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ (СТОЛБНЯК)

Подчеркните правильный ответ

1. Кто впервые выделил чистую культуру возбудителя столбняка?

- а) Гиппократ, б) Федоров, в) Пирогов,
- г) Китасато, д) Монастырский.

2. Абсолютными показаниями для введения противостолбнячной сыворотки являются:

- а) закрытый перелом ключицы,
- б) спонтанный пневмоторакс,
- в) колотая рана,
- г) вывихи,
- д) флегмоны.

3. Куда вводится противостолбнячная сыворотка при наличии признаков столбняка?

- а) внутриможно,
- б) внутрибрюшинно,
- в) внутримышечно,
- г) внутрикостно,
- д) внутриартериально.

4. Где и при какой температуре хранят противостолбнячную сыворотку?

- а) в термостате + 20–22 °С,
- б) под водой +18–20 °С,

- в) в комнате +16–18 °С,
- г) в термосе + 10–14 °С,
- д) в холодильнике +8–4°С.

5. С профилактической целью вводят следующее количество противостолбнячной сыворотки:

- а) 500 единиц, б) 3000 единиц, в) 15000 единиц,
- г) 300000 единиц, д) 150000 единиц.

6. По клиническому течению различают следующие формы столбняка:

- а) острый,
- б) хронический,
- в) резко выраженный,
- г) стертая форма,
- д) с потерей сознания.

7. Инкубационный период столбняка продолжается:

- а) несколько часов, б) от 1 до 65 дней, в) 3–4 месяца,
- г) до 1 года, д) больше 1 года.

8. К острой специфической инфекции относятся:

- а) столбняк, б) сибирская язва, в) бешенство,
- г) дифтерия ран, д) сепсис.

9. К специфической профилактике столбняка относятся следующие лечебные мероприятия:

- а) первичная хирургическая обработка раны,
- б) введение противостолбнячной сыворотки,
- в) введение протистолбнячного анатоксина,
- г) реинмунизация анатоксином,
- д) одновременное введение анатоксина и сыворотки.

Подчеркните неправильный ответ

1. Ранние клинические симптомы столбняка:

- а) головная боль, б) потливость, в) опистотонус,
- г) слабость, д) боли в области раны.

2. Основные задачи комплексного лечения столбняка:

- а) уменьшение поступления и нейтрализации токсина,
- б) устранение судорог,
- в) введение больших доз столбнячного анатоксина,
- г) постоянное врачебное наблюдение и готовность устранить дыхательные и сердечно-сосудистые расстройства,
- д) профилактика вторичных осложнений.

3. Характерными симптомами столбняка являются:

- а) тризм жевательных мышц,
- б) распирающие боли в ране,
- в) сардоническая улыбка,
- г) опистотонус,
- д) тонические и клонические судороги.

4. В основу лечения столбняка положено решение следующих основных задач:

- а) тонизировать центральную нервную систему назначением стрихнина и прозерина,
- б) уменьшить поступление в организм столбнячного токсина,
- в) прекратить судороги,
- г) поддержать сердечную деятельность,
- д) нейтрализовать имеющийся в организме токсин.

5. Противостолбнячная сыворотка вводится при:

- а) ушибленных ранах,
- б) огнестрельных ранах,
- в) грыжесечениях,
- г) открытых переломах,
- д) удалении инородных тел.

6. К острой специфической инфекции относятся:

- а) столбняк, б) сибирская язва, в) бешенство,
- г) дифтерия ран, д) сепсис.

7. В противосудорожной терапии столбняка применяются следующие препараты:

- а) новокаин, б) диплацин, в) дитилин,
- г) аминазин, д) хлоралгидрат.

8. К специфической профилактике столбняка относятся следующие лечебные мероприятия:

- а) первичная хирургическая обработка раны,
- б) введение противостолбнячной сыворотки,
- в) введение противостолбнячного анатоксина,
- г) реиммунизация анатоксином,
- д) одновременное введение анатоксина и сыворотки.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

Подчеркните правильный ответ

1. У больного с туберкулезным кокситом образовался натечный абсцесс на бедре. Какова лечебная тактика при этом?

- а) разрез и тампонада полости абсцесса антисептическими средствами,
- б) пункция абсцесса, отсасывание гноя и введение в полость абсцесса антибиотиков,
- в) компресс с мазью Вишневского на область абсцесса,
- г) ультрафиолетовое облучение области абсцесса,
- д) рентгенотерапия области абсцесса.

2. Для костно-суставного туберкулеза характерны следующие признаки:

- а) остеопороз,
- б) небольшие секвестры округлой формы, напоминающие кусочки тающего сахара,
- в) расширение суставной щели,
- г) периостит,
- д) анкилоз.

3. Что отличает туберкулез костей от остеомиелита?

- а) преимущественное поражение в детском возрасте,
- б) изменение реакции оседания эритроцитов,
- в) образование свищей,
- г) поражение эпиметафиза костей,
- д) нарушение функций пораженной конечности.

4. Туберкулезный лимфаденит чаще всего развивается в:

- а) паховых желез,
- б) подмышечных желез,
- в) мезентериальных желез,
- г) шейных желез,
- д) подколенных желез.

5. Симптом вожжей является ранним клиническим признаком при:

- а) туберкулезном коксите,
- б) туберкулезном гоните,
- в) туберкулезном спондилите,
- г) туберкулезе лимфатических узлов,
- д) туберкулезе кишечника.

6. При какой форме туберкулеза образуется «белая опухоль»?

- а) экссудативной форме,
- б) фунгозной форме,
- в) костной форме,
- г) при синовите,
- д) панартрите.

Подчеркните неправильный ответ

1. Поздними симптомами туберкулеза суставов являются:

- а) эмпиема сустава и свищи,
- б) укорочение конечности,
- в) слоновость,
- г) холодные гнойники,
- д) патологические вывихи.

2. В комплекс лечения туберкулеза костей и суставов входит:

- а) оперативное лечение,
- б) санаторное лечение,
- в) иммобилизация,
- г) кварцевое облучение очага поражения,
- д) химиотерапия.

3. К хронической специфической инфекции относятся:

- а) туберкулез, б) сифилис, в) столбняк,
- г) актиномикоз, д) остеомиелит.

4. Клиническое течение туберкулеза суставов зависит от:

- а) периода болезни и характера пораженного сустава,
- б) типа местной реакции,
- в) наличия или отсутствия осложнения,
- г) от пола,
- д) от возраста и общего состояния больного.

5. Местными симптомами туберкулеза сустава являются:

- а) атрофия конечности,
- б) деформация сустава,
- в) припухлость сустава,
- г) боль в суставе и нарушение его функции,
- д) высокая температура тела.

6. Лечение спондилита:

- а) укладывание больного в гипсовую кровать,
- б) антибактериальная терапия (стрептомицин, фтивазид, паск и др.),
- в) остеопластические операции,
- г) физиотерапевтические методы лечения,
- д) общее лечение, направленное на повышение сопротивляемости организма.

7. К хирургическому туберкулезу относится:

- а) костно-суставный туберкулез,
- б) инфильтративный туберкулез легких,
- в) туберкулез лимфатических узлов,
- г) туберкулез серозных оболочек (брюшина, плевра, мозговые оболочки),
- д) туберкулез желудка и кишечника.

ОМЕРТВЕНИЯ (НЕКРОЗЫ, ГАНГРЕНЫ, СВИЩИ)

Подчеркните правильный ответ

1. Тромбоз вен нижних конечностей может дать эмболию в:

- а) сосуды мозга,
- б) систему коронарных сосудов и вен,
- в) легочные артерии,
- г) легочные вены,
- д) артерии почек и печени.

2. При тромбозах вен развиваются следующие осложнения:

- а) остеомиелит, б) лимфангит, в) ползучая флегмона,
- г) отек мягких тканей, д) анаэробная гангрена.

3. Причиной гангрены нижней конечности может быть:

- а) тромбофлебит подкожных вен,
- б) длительно незаживающие язвы,
- в) облитерирующий эндартериит,
- г) слоновость,
- д) воспаление лимфатических узлов.

4. Облитерирующий эндартериит в фазе спазма магистральных сосудов может дать следующие осложнения:

- а) лимфангит, б) тромбофлебит, в) слоновость,
- г) абсцесс, д) рожистое воспаление.

5. Перенос тромба с током крови называется:

- а) тромбозом,
- б) эмболией,
- в) облитерирующим эндартериитом,
- г) спазмом сосудов,
- д) гангреной.

6. Ампутация конечности абсолютно показана при:

- а) трофической язве, б) остеомиелите, в) гангрене,
- г) тромбофлебите, д) флегмоне.

7. Жировая эмболия может быть осложнением:

- а) переломов костей,
- б) ранения вен,
- в) переливания крови,
- г) внутривенных вливаний,
- д) полостных операций.

8. Клиника тромбоза артерии:

- а) резкое ухудшение общего состояния с наличием болевого шока,
- б) резкое ухудшение состояния с явлениями эйфории,
- в) резкое возбуждение,
- г) высокое артериальное давление,
- д) гиперемия конечности.

9. Почему возникают трофические нарушения тканей при заболеваниях артерий?

- а) нарушение нервной регуляции,
- б) снижение содержания сахара в крови,
- в) нарушение терморегуляции,
- г) гипоксия тканей,
- д) нарушение обмена железа.

10. Клиника тромбоэмболии:

- а) клиника очень яркая, начало острое, невыносимые боли,
- б) начало медленное с отсутствием болей,
- в) посинение конечностей,
- г) часты пульс,
- д) проливной пот ниже окклюзии.

11. Тромбоз вен нижних конечностей осложняется:

- а) эмболией головного мозга,
- б) эмболией легочной артерии,
- в) эмболией коронарных сосудов,
- г) эмболией легочной вены,
- д) эмболией артерий почек и селезенки.

12. Лечение язвы – общее лечить основные причины язвы:

- а) лечить сифилис,
- б) лечить туберкулез,

- в) лечить рак кожи,
- г) лечить варикозное расширение вен,
- д) лечить тромбоэмболию.

13. Латинские названия язвы:

- а) punctum, б) morsum, в) laceratum,
- г) ulcus, д) ulcusin cisium.

14. Что необходимо дать больному с кишечными свищами, чтобы определить уровень расположения свища?

- а) бриллиантовую зелень,
- б) метиленовую синь,
- в) барий,
- г) теплую воду,
- д) пищевую соду.

15. Как определить глубину и направление свища в тканях?

- а) фиброгастроскопией,
- б) фистулографией,
- в) дактилоскопией,
- г) антропометрией,
- д) микроскопией.

16. Этиология гангрены нижней конечности:

- а) лимфангит,
- б) слоновость,
- в) варикозное расширение вен голени,
- г) трофические язвы,
- д) облитерирующий эндартериит.

17. Причины образования язвы:

- а) длительное прикладывание на кожу мази: 1) фурацилиновой; 2) синтомициновой,
- б) острая тромбоэмболия плечевой артерии,
- в) острый флеботромбоз подвздошной вены,
- г) хронический тромбоз нижней конечности,
- д) остеомиелит.

18. Почему с повышением возраста у людей происходит постепенная закупорка артерий?

- а) нарушение вязкости крови,
- б) повышение сахара в крови,
- в) развитие атероматозных бляшек,
- г) нарушение функции почек,
- д) нарушение венозного тромбоза.

19. Отчего возникают трофические нарушения тканей при заболеваниях вен?

- а) недостаток гемоглобина крови,
- б) снижение сахара в крови,
- в) нарушение нервной регуляции тканей,
- г) артериальная гипертензия,
- д) венозная гипертензия.

20. При тромбозах вен нижних конечностей развиваются осложнения, как:

- а) лимфангит,
- б) флегмона,
- в) абсцесс,
- г) отек мягких тканей – гидремия,
- д) гангрена анаэробная.

21. Причины язвы:

- а) причины язвы тождественны с этиологией некрозов и гангрены: нарушение трофики,
- б) при длительном течении двухсторонних пневмоний,
- в) при тяжелом течении перикардита, эндокардита и миокарда,
- г) при сочетании ревматического артрита с бруцеллезным,
- д) при осложненной форме паротита (флегмона подчелюстной области).

22. Причина влажной гангрены:

- а) при тромбозе артериальных сосудов,
- б) у больных с отеком конечности (пастозных),
- в) при наличии инфекции,
- г) при наличии гнилостной и анаэробной инфекции,
- д) при обширных ожогах.

23. При тромбозе мезентеральных артерий что произойдет с кишечником?

- а) внутреннее кровотечение,
- б) нарушение ритма сердца,
- в) нарушение дыхания,
- г) гангрена кишечника,
- д) диабетическая кома.

24. При тромбозе вен нижних конечностей может быть:

- а) панариций,
- б) остеомиелит,
- в) парапроктит,
- г) отек мягких тканей конечности,
- д) рожистое воспаление кожи.

25. При каком виде гангрены более выражена общая интоксикация?

- а) сухой, б) влажной, в) низкой,
- г) высокой, д) ожоговой.

26. Причина смерти при острой влажной гангрене конечностей:

- а) нарушение потоотделения,
- б) острая почечная недостаточность,
- в) отторжение тканей,
- г) нарушение чувствительности,
- д) нарушение питания.

27. Когда нужно производить ампутацию при сухой гангрене конечности?

- а) при появлении шелушения кожи,
- б) при покраснении кожи,
- в) при появлении демаркационной линии,
- г) при появлении язвы,
- д) при снижении артериального давления.

Подчеркните неправильный ответ

1. Профилактика тромбоэмболических осложнений после операции состоит в следующих мероприятиях:

- а) применение антикоагулянтов,
- б) дыхательная гимнастика,
- в) строгий постельный режим,
- г) активное ведение больного в постели,
- д) раннее вставание.

2. Симптомы окклюзии бедренной артерии:

- а) отсутствие периферической пульсации,
- б) похолодание конечности,
- в) гиперемия конечности,
- г) потеря чувствительности в конечности,
- д) боли в конечности.

3. Признаки начинающейся гангрены в результате тромбоза артерии:

- а) мраморность кожи,
- б) отсутствие пульсации,
- в) боль,
- г) гиперемия кожи,
- д) потеря чувствительности.

4. Сухая гангрена характеризуется:

- а) мумификацией тканей,
- б) резким отеком и распадом мертвых тканей,
- в) темным цветом некротических тканей,
- г) наличием демаркационной линии,
- д) отсутствием интоксикации.

5. При лечении облитерирующего энтерита применяются:

- а) обходной анастомоз сосудов,
- б) средства, расширяющие сосуды,
- в) анальгетические средства,
- г) цинк-желатиновая повязка,
- д) симпатэктомия.

6. В патогенезе омертвения играют роль:

- а) прекращение притока артериальной крови,
- б) резкое нарушение венозного кровотока,
- в) местное воздействие едких щелочей и кислот,
- г) артериальный спазм,
- д) прекращение кровоснабжения в капиллярах.

7. Ранними симптомами облитерирующего эндартериита являются:

- а) повышенная зябкость ног,
- б) некроз пальца стопы,
- в) трофические нарушения ногтей пальцев стоп,
- г) «полысение» волосяного покрова ног,
- д) исчезновение периферической пульсации.

8. Влажная гангрена развивается в результате:

- а) быстрого нарушения кровообращения,
- б) у полных и пастозных больных,
- в) при тромбозе подколенных вен,
- г) в результате присоединения гнойной инфекции,
- д) в результате облитерирующего эндартериита.

9. При отрыве тромба из ушка левого предсердия может возникнуть:

- а) тромбоз сосудов головного мозга,
- б) тромбоз легочной артерии,
- в) тромбоз сосудов кишечника,
- г) тромбоз сосудов верхних конечностей,
- д) тромбоз сосудов нижних конечностей.

10. Симптомы влажной гангрены следующие:

- а) отек конечности,
- б) наличие демаркационного вала,
- в) исчезновение пульсации на периферических сосудах,
- г) мраморность кожи конечности,
- д) появление выраженной венозной сети на коже конечности.

11. Расстройства кровообращения, приводящие к некрозу тканей и органов, вызываются следующими причинами:

- а) нарушением сердечной деятельности (тромбоэмболией),
- б) длительным спазмом или облитерацией сосудов,
- в) сдавлением сосудов опухолью, жгутом и т.п.,
- г) нарушением свертывающей системы крови,
- д) активным послеоперационным периодом.

12. Клиника тромбоза конечностей:

- а) похолодание ног, мышечная слабость, резкая бледность,
- б) через 1–2 часа мраморность и снижение чувствительности кожи до паховой области (при тромбозе бифуркации аорты),
- в) через 3–4 часа состояние улучшилось, конечность розовеет, больной начинает ходить и проситься домой,
- г) через 2–3 часа движения отсутствуют при сгибании резкие боли, непроизвольное мочеиспускание,
- д) такое состояние (клиника) и при других случаях окклюзии.

13. Лечение язв – местное:

- а) применяются мажевые повязки,
- б) заниматься физкультурой,
- в) пересадка кожи или десимпатизация,
- г) флэбэктомия с ликвидацией перфорантных вен,
- д) гипербарическую оксигенацию.

14. Что такое язвы?

- а) дефект кожи или слизистой оболочки,
- б) также резкая способность к регенерации, гипергрануляции,
- в) имеющая хроническое течение,
- г) малая склонность к заживлению,
- д) возникает вследствие некроза ткани.

15. Что такое пролежни?

- а) некроз или гангрена мягких тканей,
- б) развиваются вследствие трофических расстройств,
- в) нарушение кровообращения,
- г) локализация в наиболее выступающих частях тела,
- д) наиболее богатое сосудами место.

16. Пролежни развиваются вследствие сдавливания кожи и нарушения трофики на самых выступающих частях тела:

- а) лопатке, б) пояснице, в) крестце,
- г) пятках, д) подбородке.

17. От левой половины сердца тромб может попасть в:

- а) головной мозг,
- б) сосуды кишечника,
- в) сосуды верхних и нижних конечностей,
- г) легочную артерию,
- д) сосуды почек.

18. К причинам нарушения кровообращения относятся:

- а) тромбоз и эмболия,
- б) травматическое повреждение сосудов,
- в) закупорка просвета сосудов интимой, паразитами,
- г) все эти причины не нарушают трофику и не приводят к некрозу,
- д) опухоль, туберкулез.

19. К ранним симптомам облитерирующего эндартериита относятся:

- а) утомление при ходьбе,
- б) похолодание конечности,
- в) парестезии,
- г) перемежающаяся хромота,
- д) местно высокая температура.

20. Профилактика пролежней:

- а) подкладной круг,
- б) протирание камфорным спиртом,
- в) ультрафиолетовое облучение,
- г) применение CO₂ лазера,
- д) активизация больного.

21. Для лечения тромбофлебита применяются:

- а) согревающий компресс,
- б) антибиотики,
- в) викасол,
- г) возвышенное положение больного,
- д) антикоагулянты.

22. Перечислите виды свищей:

- а) легочные и бронхиальные, плевральные,
- б) кишечные и лигатурные,
- в) свищи внутренние и наружные,
- г) полные и неполные,
- д) проникающие и сквозные.

23. Лечение облитерирующего эндартериита:

- а) симпатэктомия,
- б) цинк-желатиновая повязка,
- в) обезболивающие средства,
- г) средства, расширяющие сосуды,
- д) протезирование сосудов.

24. Признаки гангрены вследствие тромбоза артерии:

- а) сильная боль,
- б) гиперемия кожи,
- в) потеря чувствительности,
- г) мраморность кожи,
- д) отсутствие пульса.

25. Вследствие чего наступает некроз участка кишечника при ущемленной грыже (найти правильный ответ)?

- а) нарушение поступления сахара,
- б) пережатие артерий брыжейки,
- в) учащение жидкого стула,
- г) нарушение ритма сердца,
- д) наличие кишечного свища.

ОПУХОЛИ

Подчеркните правильный ответ

1. Укажите один из видов смешанной опухоли:

- а) лимфангиома,
- б) гемангиофиброма,
- в) нейрофиброма,

- г) тератома,
- д) остеосаркома.

2. Что такое абластика?

- а) состояние человека, не имеющего опухолевого заболевания,
- б) состояние больного после того, как у него удалили злокачественную опухоль,
- в) комплекс мер, предотвращающих рассеивание клеток опухоли после операции,
- г) комплекс мер, предотвращающих рассеивание клеток опухоли во время операции,
- д) отсутствие атипического строения клеток опухоли.

3. Какое из указанных средств находит применение во время операции по поводу рака с целью антибластики?

- а) тиотэф, б) этиловый эфир, в) глюкоза,
- г) новокаин, д) стрептомицин.

4. Укажите доброкачественную опухоль из соединительной ткани:

- а) миома, б) папиллома, в) липома,
- г) ангиома, д) невринома.

5. Рак – это злокачественная опухоль, развивающаяся из:

- а) незрелой соединительной ткани,
- б) лимфатических узлов,
- в) кровеносных сосудов,
- г) гладкой или поперечнополосатой мускулатуры,
- д) покровного или железистого эпителия.

6. Какая из перечисленных опухолей относится к числу «истинных опухолей»?

- а) альвеолярный эхинококкоз,
- б) зоб,
- в) гематома,
- г) глиома,
- д) цефалома.

7. Примером злокачественной опухоли из соединительной ткани может служить:

- а) фиброма, б) липома, в) хондрома,
- г) остеома, д) саркома.

8. Липомой называется опухоль, возникающая из:

- а) мышечной ткани,
- б) зрелой соединительной ткани,
- в) незрелой соединительной ткани,
- г) хрящевой ткани,
- д) жировой ткани.

9. Какое из перечисленных заболеваний относится к облигатным предраковым состояниям:

- а) лимфосаркома,
- б) язвенный колит,
- в) полипоз желудка,
- г) хронический тромбоз вен,
- д) бронхиальная астма.

10. К общим симптомам клинического течения рака относится:

- а) повышение артериального давления,
- б) анемия,
- в) наличие болезненной опухоли с четкими границами,
- г) наличие безболезненной опухоли без четких границ,
- д) кровотечение из распадающейся опухоли.

11. Что применяется для химиотерапии злокачественных опухолей?

- а) преднизолон,
- б) тиотэф,
- в) раствор азотнокислого серебра,
- г) хлористый аммоний,
- д) гидрокортизон.

Подчеркните неправильный ответ

1. Абсолютным показанием для оперативного удаления доброкачественной опухоли являются:

- а) наличие сдавления органа опухолью с нарушением его функции,
- б) постоянное травмирование одеждой поверхностно расположенной опухоли,
- в) ускорение роста опухоли,
- г) длительное существование опухоли,
- д) подозрение на злокачественное перерождение.

2. Для злокачественной опухоли характерно:

- а) наличие капсулы,
- б) атипизм строения,
- в) инфильтрующий рост,
- г) метастазирование,
- д) клеточный полиморфизм.

3. Установлено, что причиной возникновения опухоли может быть:

- а) канцерогенное вещество,
- б) рентгеновское облучение,
- в) радиоактивное излучение,
- г) старение организма,
- д) травма.

4. Доброкачественная опухоль имеет следующие особенности:

- а) распространяется по лимфатическим сосудам,
- б) не прорастает, а раздвигает соседние ткани,
- в) развивается без видимых причин,
- г) может существовать всю жизнь больного, не проявляя роста,
- д) после ее удаления наступает излечение.

5. Какая из перечисленных опухолей относится к доброкачественным?

- а) фиброма, б) липома, в) хондрома,
- г) меланома, д) миома.

6. В понятие абластики входит:

- а) обработка операционной раны спиртом,
- б) частая смена во время операции инструментария и белья,
- в) неоднократное мытье рук во время операции,
- г) избегание травмирования опухоли во время операции,
- д) избегать проводить разрезы тканей вблизи опухолей.

7. Общая клинико-анатомическая характеристика злокачественных опухолей:

- а) быстрый рост опухоли,
- б) инфильтрующий характер роста,
- в) резкое влияние на обмен веществ и состояние больного,
- г) склонность к рецидивам после удаления опухоли,
- д) отсутствие способности давать метастазы.

8. Злокачественную опухоль от доброкачественной отличают:

- а) быстрый рост,
- б) метастазирование в лимфатические узлы и органы,
- в) четкие границы распространения,
- г) возможность рецидивирования ее после удаления,
- д) способность прорасти в соседние органы.

9. Биопсия применяется с целью:

- а) иссечения части опухоли для гистологического анализа,
- б) определения характера операции,
- в) решения вопроса о срочности операции,
- г) установления распространенности процесса,
- д) ни для одной из указанных целей.

10. Общие клинико-анатомические признаки доброкачественных опухолей:

- а) медленный рост,
- б) экспансивный характер роста,
- в) склонность к рецидивам после удаления,
- г) отсутствие в большинстве случаев вредного влияния на организм в целом,
- д) отсутствие способности давать метастазы.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

1. К радикальным операциям относятся операции, с помощью которых удается:

- а) излечить заболевание,
- б) облегчить страдание больного,
- в) уточнить диагноз заболевания,
- г) установить степень распространенности патологического процесса в данном органе,
- д) уточнить количество органов.

2. Оперативным приемом называется:

- а) подготовка больного к операции,
- б) обработка операционного поля по Филончикову–Гроссиху,
- в) достаточно обширное обнажение патологического очага, больного органа или ткани с минимальным повреждением тканей с лечебно-диагностической целью,
- г) главный этап операции, во время которого осуществляется хирургическое воздействие на патологический очаг или больной орган,
- д) завершение операции с восстановлением нарушенных соотношений органов тканей.

3. Экстренными считаются операции, которые:

- а) нельзя отложить, оперировать немедленно или в ближайший час в связи внеуклонным развитием болезни,
- б) отсрочка приводит к образованию метастазов,
- в) нельзя отложить на некоторый срок, необходимый для уточнения диагноза,
- г) можно отложить на некоторый срок, необходимый для подготовки к операции,
- д) отсрочка некоторых угрожает жизни больного или ухудшает прогноз.

4. Какой главный этап операции?

- а) оперативный доступ,
- б) оперативный прием,

- в) обезболивание,
- г) укладка больного на операционный стол,
- д) ушивание операционной раны.

5. Какое из перечисленных повреждений и заболеваний требует максимального сокращения предоперационного периода?

- а) колотая проникающая рана грудной клетки, сопровождаемая открытым пневмотораксом, кровотечением и шоком II степени,
- б) открытый перелом костей голени с явлениями шока II степени,
- в) эмболия подколенной артерии,
- г) рак желудка,
- д) флегмона плеча.

6. В ходе какой из перечисленных операций наиболее вероятна опасность жировой эмболии?

- а) удаление липомы в области лопатки,
- б) остеосинтез гвоздем бедренной кости,
- в) формирование кожного лоскута на ножке по Филатову,
- г) вскрытие костного панариция второго пальца кисти,
- д) удаление эмбола из бедренной кости.

7. Какую из перечисленных операций следует считать радикальной?

- а) удаление злокачественной опухоли молочной железы,
- б) удаление желудка при раке кардиального отдела вместе с большим и малым сальником и лимфоузлами,
- в) извлечение гноя из полости плевры,
- г) вскрытие брюшной полости для суточного диагноза,
- д) гастроэнтероанастомоз при раке антрального отдела желудка.

8. Какая из перечисленных операций является многомоментной?

- а) первичная хирургическая обработка раны,
- б) вправление вывиха головки плечевой кости по Кохеру,
- в) пластика дефекта кожи лица по способу Филатова,
- г) ампутация бедра на уровне его верхней трети,
- д) вскрытие флегмоны ягодичной области.

9. К паллиативным операциям относятся операции, с помощью которых удается:

- а) излечить больного,
- б) уточнить диагноз заболевания,
- в) облегчить страдания больного,
- г) установить степень распространенности патологического процесса,
- д) уточнить количество органов, вовлеченных в патологический процесс.

10. Какова цель паллиативной операции?

- а) излечение заболевания,
- б) облегчение состояния больного,
- в) уточнение диагноза,
- г) завершение многоэтапной операции,
- д) полное замещение органа.

11. БУДЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНЫ: Что первым из указанных хирургических мероприятий надо предпринять у пострадавшего с субарахноидальным кровоизлиянием, напряженным пневмотораксом, явлениями раздражения брюшины, переломом бедра и рваной раной ягодицы?

- а) лапаротомия,
- б) первичная обработка раны,
- в) трепанация черепа,
- г) репозиция и фиксация перелома,
- д) торакотомия.

12. Цель хирургической операции:

- а) механическое воздействие на ткани больного для обнажения больного органа с целью лечения или диагностики,
- б) подготовка больного к операции,
- в) максимальный быстрый доступ к пораженному органу,
- г) осмотр совместно с анестезиологом для выбора вида анестезиологического пособия,
- д) восстановление целостности ткани.

Подчеркните неправильный ответ

1. Уменьшение количества эритроцитов в первые дни после операции обуславливаются:

- а) кровопотерей во время операции,
- б) разведением крови внутритканевой жидкостью,
- в) распадом эритроцитов перелитой крови,
- г) кровопотерей после операции,
- д) потерей плазмы во время операции.

2. Какие опасности операции могут быть уменьшены путем соответствующей подготовки больного в предоперационном периоде:

- а) опасности, связанные с обезболиванием,
- б) опасности кровотечения,
- в) опасности развития инфекции,
- г) опасности повреждения жизненно важных органов,
- д) опасности операционного шока.

3. Какие мероприятия показаны в случаях задержки мочеиспускания у больного в послеоперационном периоде?

- а) согревание области мочевого пузыря,
- б) гипертоническая клизма,
- в) внутривенное введение 10 мл 0,85 % раствора хлористого натрия,
- г) внутривенное введение 5 мл 40 % раствора уротропина,
- д) катетеризация мочевого пузыря.

4. Основными опасностями всякой операции являются:

- а) опасности, связанные с обезболиванием,
- б) кровотечение, шок,
- в) инфицирование раны,
- г) возможность повреждения важных органов,
- д) туберкулезный спондилит.

5. Паллиативная операция применяется с целью:

- а) облегчения состояния больного,
- б) устранения болевого синдрома,
- в) при невозможности удаления опухоли,
- г) для полного излечения,
- д) излечения отдельных симптомов заболевания.

6. Поздними послеоперационными осложнениями могут быть:

- а) послеоперационный тромбоз вен нижних конечностей с эмболией легочной артерии,
- б) послеоперационная бронхопневмония,
- в) рефлексорная анурия,
- г) нагноение послеоперационной раны,
- д) асфиксия в результате западания языка.

7. Какие сопутствующие заболевания могут способствовать расхождению краев раны брюшной стенки в послеоперационном периоде?

- а) острый бронхит,
- б) хронический гастрит,
- в) гнойный перитонит,
- г) авитаминоз,
- д) сахарный диабет.

8. Диагностическая операция (чревосечение, торакотомия и др.) при опухолях применяется с целью:

- а) определения возможности удаления опухоли,
- б) установления окончательного диагноза, когда другие методы не дали этой возможности,
- в) производства паллиативной операции,
- г) когда найдены отдаленные метастазы,
- д) определения локализации опухоли во внутренних органах.

9. После операции отмечаются следующие существенные изменения морфологического состава крови:

- а) повышение лейкоцитоза,
- б) понижение количества эритроцитов,
- в) понижение количества лейкоцитов,
- г) понижение количества тромбоцитов,
- д) снижение процента гемоглобина.

10. Какое из перечисленных заболеваний и повреждений является показанием к операции?

- а) ложный сустав плечевой кости,
- б) открытый перелом концевой фаланги 1 пальца кисти,
- в) флегмона передней поверхности бедра,
- г) гангрена стопы,
- д) вколоченный перелом плечевой кости.

11. Срочными считаются операции, которые:

- а) нельзя отложить на длительный срок в связи с неуклонным развитием болезни,
- б) отсрочка которых приводит к образованию метастазов,
- в) которые допустимо откладывать с целью уточнения диагноза,
- г) допустимо откладывать с целью подготовки к операции,
- д) отсрочка которых угрожает жизни больного или ухудшает прогноз.

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Подчеркните правильный ответ

1. Аутопластикой называется операция, если пересаживаемая ткань принадлежит:

- а) родственникам;
- б) другому человеку,
- в) другому виду животного,
- г) если она не животного происхождения (неорганическая или органическая).
- д) самому больному.

2. Успешную пересадку почки человеку первым произвел:

- а) Мангольд, б) Деглас, в) Б.В. Петровский,
- г) Тирш, д) Пирогов.

3. К порокам развития живота относятся:

- а) цефалома, б) эписпадия, в) бедренная грыжа,
- г) синдактилия, д) гипоспадия.

4. К порокам развития головы относятся:

- а) крипторхизм, б) монохризм, в) синдактилия.
г) волчья пасть, д) гипоспадия.

5. Для ускорения приживления трансплантата применяются:

- а) рентгеновское облучение трансплантата.
б) кварцевое облучение,
в) переливание крови и плазмы,
г) переливание физиологического раствора хлористого натрия,
д) частые перевязки с гипертоническим раствором.

6. Кто впервые предложил метод мигрирующей кожной пластики на ножке?

- а) Р.К. Шимановский,
б) В.П. Филатов,
в) Н.В. Склифосовский,
г) Н.И. Пирогов,
д) А.А. Ламберг.

Подчеркните неправильный ответ

1. К порокам развития конечностей относятся:

- а) кифоз, б) синдактилия, в) косолапость
г) полидактилия д) адактилия

2. Существуют следующие виды пересадки ткани:

- а) аутопластика, б) аутогетеропластика, в) аллопластика,
г) изопластика, д) гомопластика.

3. Итальянским способом восстановления дефектов на лице называется перемещение кожи:

- а) с самого лица, б) с плеча, в) с туловища,
г) мигрирующим стеблем, д) по Тиршу.

4. К порокам развития головы относятся:

- а) гидроцефалия, б) менингоцелея, в) цефалома,
г) дивертикул Меккеля, д) волчья пасть.

5. Существуют следующие способы свободной пересадки кожи:

- а) по Тиршу,
б) по Филатову,
в) по Яценко–Реввердену,
г) по Деглассу,
д) по Лауссон Краузе.

6. Какой из шовных материалов нельзя применять при пластике сосудов?

- а) капрон, б) танталовые скрепки, в) шелк,
г) кетгут, д) лавсан.

ЭХИНОКОККОЗ

Подчеркните правильный ответ

1. Какое лечение эхинококкоза человека наиболее эффективно?

- а) лечение антибиотиками,
б) рентгенотерапия,
в) оперативное лечение,
г) химиотерапия,
д) внутрикожное введение эхинококкового антигена.

2. Возбудителем эхинококкоза являются:

- а) ленточные гельминты (лентецы),
б) гельминты-циннерозы,
в) лучистый грибок,
г) кишечная палочка,
д) фильтрующийся вирус.

Подчеркните неправильный ответ

1. Дефинитивными (облигатными) хозяевами эхинококкоза являются:

- а) собаки,
- б) песцы,
- в) енотовидные собаки,
- г) волки,
- д) овцы,

2. Актиномикоз лечится:

- а) актинолизатами,
- б) рентгенотерапией,
- в) ультрафиолетовым облучением,
- г) оперативно,
- д) йодистыми препаратами.

3. Эхинококкозом человек может заболеть от:

- а) человека, б) собак, в) кошек,
- г) лисиц, д) волка.

ЛИТЕРАТУРА

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

Составители:

*Д.Н. Нурманбетов, Т.А. Осмонов,
А.М. Мадаминов, И.С. Фунлоэр,
Ж.С. Садырбеков, А.Э. Раимкулов.*

Редактор *В.Ю. Коваленко*
Компьютерная верстка *М.Р. Фазлыевой*

Подписано в печать 30.11.2015
Формат 60×84 $\frac{1}{16}$. Печать офсетная.
Объем 13,0 п. л. Тираж 100 экз. Заказ 6

Издательство КРСУ
720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44

Отпечатано в типографии КРСУ
720048, г. Бишкек, ул. Горького, 2

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ:

1. Хирургическая деонтология.
2. Схема обследования хирургического больного.
3. Грыжи, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
4. Невправимые грыжи, ущемленные грыжи, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
5. Аппендицит, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
6. Холецистит, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
7. Желчнокаменная болезнь, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
8. Осложнения желчнокаменной болезни, механическая желтуха, холангит, перфорация желчного пузыря, желчный перитонит, желчные свищи.
9. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика.
10. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, лечение, осложнения, профилактика.
11. Рак желудка, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
12. Рак кишечника, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
13. Острые и хронические заболевания прямой кишки. Острый парапроктит, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
14. Хронический парапроктит, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
15. Трещины заднего прохода, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
16. Выпадение прямой кишки, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
17. Рак прямой кишки, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
18. Геморрой, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
19. Колиты, мегаколон, долихосигма определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика осложнений.
20. Кишечная непроходимость, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
21. Панкреатит, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
22. Хронический панкреатит, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
23. Перитонит, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
24. Острые заболевания артерий, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.

25. Острая травма артерий, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
26. Хроническая артериальная ишемия нижних конечностей. Облитерирующий атеросклероз, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика
27. Острые тромбозы магистральных вен, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
28. Варикозная болезнь, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
29. Хроническая венозная недостаточность, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
30. Бронхоэктатическая болезнь, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
31. Абсцесс и гангрена легких, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
32. Плеврит, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
33. Эмпиема плевры, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
34. Эхинококкоз печени, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
35. Эхинококкоз легких, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
36. Альвеококкоз печени, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
37. Дивертикулы пищевода, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
38. Кардиоспазм, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
39. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
40. Рак пищевода, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
41. Послеожоговая рубцовая стриктура пищевода, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
42. Зоб, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
43. Узловые формы зоба, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
44. Тиреотоксический зоб. Клиника. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Профилактика.
45. Мастит, определение, классификация, этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
46. Современные хирургические технологии, основные принципы малоинвазивности. Пересадка органов показания, технологии, моральные и юридические аспекты. Пластическая и эстетическая хирургия.

АЛГОРИТМ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Студент проводит курацию предложенного преподавателем пациента и письменно оформляет историю болезни пациента по схеме:

1. Титульный лист.
2. Паспортная часть.
3. Жалобы, предъявляемые больным.
4. История настоящего заболевания.
5. История жизни.
6. Аллергологический анамнез.
7. Трансфузиологический анамнез.
8. Перенесенные ранее заболевания, травмы и операции.
9. Семейный анамнез и данные о наследственности.
10. Экспертный анамнез.
11. Общий вид больного.
12. Кожные покровы.
13. Слизистые оболочки (полости рта, конъюнктивы).
14. Подкожная клетчатка.
15. Опорно-двигательный аппарат.
16. Нервная система.
17. Органы дыхания.
18. Органы кровообращения.
19. Органы пищеварения.
20. Органы мочевого выделения.
21. Эндокринная система.
22. Status specialis (localis).
23. Предварительный диагноз.
24. План дополнительных методов исследования.
25. Составление дифференциальной программы и проведение дифференциального диагноза
26. Клинический диагноз.
27. Обоснование клинического диагноза и протокол операции.
28. Клиническое заключение с обоснование тактики лечения больного
29. Дневники.
30. Эпикриз (общее заключение).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ОПРОСА (текущий и промежуточный контроль)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ (текущий и промежуточный контроль)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЯ (рубежный контроль)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
ФОРМА		10
1	Содержание введения, основной части и заключения.	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей.	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1	Актуальность темы исследования;	0-10
2	Соответствие содержания теме;	0-10
3	Глубина проработки материала;	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и	0-15

	содержанию основной части.	
ОФОРМЛЕНИЕ		25
1	Правильность оформления титульного листа.	0-5
2	Текст реферата написан соответственно методическим указаниям.	0-10
3	Правильность и полнота использования литературы.	0-10
ЗАЩИТА РЕФЕРАТА		15
1	Грамотность изложения и терминологии материала.	0-5
2	Качество сообщения и ответов на дополнительные вопросы при защите реферата.	0-5
3	Выполнение регламента.	0-5
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО (текущий контроль) в %.

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (рубежный контроль):

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

9.	Этиология, патогенез	0-5
10.	Лечение	0-10
13.	Дневник	0-5
14.	Эпикриз и прогноз	0-5
15.	Использование современных данных литературных источников.	0-5
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (текущий и рубежный контроль):

1. В одном тестовом задании 50 закрытых вопросов.
2. К вопросам даются готовые ответы на выбор, один из которых правильный и остальные неправильные.
3. За каждый правильный ответ – 2 балла.
4. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
5. Набранное количество процентов переводится в баллы.
0-60% - (0-60 правильных ответов);
61-70% - (60-74 правильных ответов);
71-89% - (75-84 правильных ответов);
90-100% - (85-100 правильных ответов).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

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

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Умение объяснить сущность явлений, событий процессов. Делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

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

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний;
- современную классификацию хирургических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у больных различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики хирургических заболеваний у больных различных возрастных групп;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;

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

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

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

этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний;
современную классификацию хирургических заболеваний;
клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у больных различных возрастных групп;
основные принципы диагностики хирургических заболеваний у больных различных возрастных групп;
современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
методы лечения и показание к их применению;
основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
сроки оперативного лечения;
принципы диспансеризации и реабилитации больных;
методы ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях;
этические и деонтологические аспекты в хирургии.

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

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

этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний;
современную классификацию хирургических заболеваний;
клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у больных различных возрастных групп;
основные принципы диагностики хирургических заболеваний у больных различных возрастных групп;
современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
методы лечения и показание к их применению;
основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
сроки оперативного лечения;
принципы диспансеризации и реабилитации больных;
методы ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях;
этические и деонтологические аспекты в хирургии.

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

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

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

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

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

владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;

быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного;

проводит самостоятельно обследование пациента;

умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных);

грамотно формулирует диагноз показания к избранному методу лечения;

правильно проводит транспортировку хирургических больных;

правильно применяет методы профилактики;

ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

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

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

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

- умеет ставить постановку проблемы собственными словами;

не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;

не очень быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного;

не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;

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

- не совсем правильно проводит транспортировку хирургических больных;

- не совсем верно применяет методы профилактики;

При этом ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

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

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой 60-74% (**1-3 балла**) оценивается ответ, при котором студент

не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы;

не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;

медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного;

не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;

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

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

Ранее недостаточно полно и правильно заполнял историю болезни.

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

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

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

Словарь терминов и персоналий (глоссарий)

В дисциплине «Факультетская хирургия» используются специальные термины, содержание которых для студентов не очевидно и требует пояснения. Для того чтобы студент мог качественно изучить материал дисциплины, он должен точно понимать и использовать термины, иметь краткие сведения о персоналиях, имеющих отношение к изучаемой дисциплине. В качестве вспомогательного средства в данном случае представлен толковый словарь терминов и персоналий - глоссарий. В данном словаре даны определения наиболее часто встречающихся в дисциплине терминов, относящихся к данному предмету. Термины расположены в алфавитном порядке.

ГЛОССАРИЙ

Абдоминальный	брюшной
Абсорбция	всасывание
Агглютинация	склеивание кровяных элементов, бактерий
Агенезия	врождённое отсутствие органа или его части
Аллопластика	пересадка инородных тел
Ампутация	удаление части тела
Анальгезия	потеря болевого чувства
Анамнез	совокупность сведений о больном
Анастомоз	соединение между двумя сосудами
Анаэробноз	жизнь без доступа кислорода
Ангиография	метод рентгенологического исследования сосудов
Аневризма	расширение кровеносного сосуда
Анемия	малокровие
Анестезия	нечувствительность
Аномалия	отклонение от нормы
Анурия	прекращение поступления мочи в мочевой пузырь
Аспирация	Засасывание
Асфиксия	угрожающее жизни удушье
Асцит	жидкость в брюшной полости
Ателектаз	спадение легкого
Атония	ослабление тонуса
Атрезия	полное отсутствие просвета
Атрофия	уменьшение объема ткани
Аускультация	выслушивание
Аутоинтоксикация	самоотравление
Аутопластика	пересадка собственных тканей
Бактериемия	наличие бактерий в крови
Бактериостатический	останавливающий развитие бактерий
Бактерицидный	убивающий бактерии
Вирулентность	степень патогенности микробов
Гангрена	омертвление тканей
Гематогенный	распространяющийся с током крови
Гемоглобин	железосодержащий пигментный белок крови
Гемограмма	клинический анализ крови
Гемодинамика	движение крови по сосудам
Гемолиз	повреждение эритроцитов

Гемостаз	остановка кровотечения
Гемотрансфузия	переливание крови
Генерализованный	распространенный
Гиперемия	усиление притока крови
Гипертрофия	увеличение объема и веса ткани
Гиперфункция	усиленная деятельность какого-либо органа
Гипоксия	пониженное содержание кислорода в тканях
Гипоплазия	недоразвитие органа
Грануляция	молодая соединительная ткань
Дегенерация	перерождение
Дезинтоксикация	освобождение от отравления
Демаркация	отграничение
Деонтология	совокупность этических норм медработника
Десенсибилизация	уменьшение чувствительности к воздействию
Деструкция	разрушение нормальной анатомической структуры
Дефект	недостаток
Деформация	нарушение формы части тела или органа
Диагноз	распознавание болезни
Дилатация	расширение
Динамика	ход развития
Дисбактериоз	нарушение подвижного равновесия микрофлоры
Дистальный	отстоящий дальше от центра
Диурез	мочеотделение
Дифференциальный	отличительный
Донор	лицо, дающее свою кровь
Зоонозы	инфекционные болезни, общие животным и человеку
Изоляция	разобщение
Изотонический	имеющий одинаковое напряжение
Имбибиция	пропитывание тканей растворенными в жидкости веществами
Иммобилизации	создание неподвижной части тела
Иммунитет	невосприимчивость
Имплантация	пересадка
Индурация	разрастание соединительной ткани с уплотнением
Иноперабельный	не подлежащий операции
Инттоксикация	отравление организма ядовитыми веществами
Интубация	введение в гортань трубки
Инфекция	внедрение в организм заразного начала
Инфильтрация	проникновение в ткани и накопление в них клеток, жидкостей, химических веществ
Инъекция	впрыскивание
Ишемия	малокровие (местное)
Киста	патологическая полость в ткани
Коагуляция	свертывание
Коллатеральный	побочное соединение кровеносных сосудов
Компресс	лечебная повязка
Компрессия	сдавление
Крепитация	скрипящий звук
Латеральный	боковой
Лейкоцитоз	увеличение числа лейкоцитов в крови
Летальность	смертельность

Лигатура	нить для перевязки сосуда
Лимфогенный	распространяющийся с током лимфы
Локальный	ограниченный определенным участком
Манипуляция	врачебное действие
Медиальный	лежащий кнутри
Некроз	омертвление части тела
Обтурация	закупорка
Олигурия	уменьшение количества отделяемой почками мочи
Остеосинтез	соединение отломков кости
Остеотомия	иссечение части кости
Пальпация	клинический метод исследования больного с помощью осязания
Патогенный	болезнетворный
Перифокальный	околоочаговый
Перкуссия	метод исследования выстукиванием
Пролиферация	размножение клеток
Регенерация	возрождение клеток тканей
Регионарный	местный
Резекция	операция отсечения органа
Репозиция	вправление
Реципиент	больной, которому переливают кровь
Секвестр	отграничивающаяся часть мертвой ткани
Симптом	признак
Синдром	совокупность признаков
Скальпирование	отрыв участков кожного покрова
Спазм	длительное сокращение
Стаз	застой (крови)
Стеноз	сужение
Тампонада	заполнение раны стерильным материалом
Токсемия	наличие в крови ядовитых веществ
Травма	нарушение целостности тканей в результате внешнего воздействия
Трансплантация	пересадка (тканей)
Трансфузия	переливание
Трофический	питающий
Фистула	свищ
Фистулография	рентгенконтрастное исследование свища
Флюктуация	ощущение колыхания при постукивании над полостью
Эпикриз	суждение о состоянии больного
Эрозия	поверхностное изъязвление
Ятрогения	отрицательное воздействие врача на больного