



УРАЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

**Автономная некоммерческая организация
высшего образования
«Уральский медицинский институт»**

**Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля и
промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине**

**Б1.О.29 Общая хирургия, хирургические болезни
Обязательная часть**

Специальность 31.05.03 Стоматология

квалификация: врач-стоматолог

Форма обучения: очная

Срок обучения: 5 лет

Фонд оценочных средств по дисциплине рассмотрен и одобрен на заседании Ученого совета института (протокол № 2 от 07.06.2024 г.) и утвержден приказом ректора № 34 от 07.06.2024 года.

Нормативно-правовые основы разработки и реализации фонда оценочных средств по дисциплине:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденный Приказом Министра науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984.
- 2) Общая характеристика образовательной программы.
- 3) Учебный план образовательной программы.
- 4) Рабочая программа учебной дисциплины.

1 Организация контроля планируемых результатов обучения по дисциплине **Общая хирургия, хирургические болезни**

| Код | Планируемые результаты обучения по дисциплине: | Наименование индикатора достижения компетенции |
|---|---|--|
| Общепрофессиональные компетенции | | |
| ОПК-5 | Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач | <p>ИОПК 5.1 Знает методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>ИОПК 5.2 Умеет: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявлять факторы риска и причин развития заболеваний; применять методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых; интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых; диагностировать у детей и взрослых наиболее распространенную патологию; выявлять факторы риска онкологических заболеваний; формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; направлять детей и взрослых на лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; направлять детей и взрослых на консультации к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретировать и анализировать результаты консультаций врачами-специалистами детей и взрослых; интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводить дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических</p> |

| | | |
|-------|---|---|
| | | <p>заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>ИДОПК 5.3 Имеет практический опыт: сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых, (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития заболеваний; осмотра и физикального обследования детей и взрослых; диагностики наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых; выявления факторов риска основных онкологических заболеваний; формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов; направления пациентов на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов; постановки предварительного диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); проведения дифференциальной диагностики заболеваний; распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме -</p> |
| ОПК-7 | <p>Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения</p> | <p>ИОПК 7.1 Знает: методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию); принципы и методы оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; клинические признаки основных неотложных состояний; принципы медицинской эвакуации в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения; принципы работы в очагах массового поражения</p> <p>ИОПК 7.2 Умеет: распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме; организовывать работу медицинского персонала при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных</p> |

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| | | <p>ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения; оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)); применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях; выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации; пользоваться средствами индивидуальной защиты;</p> <p>ИОПК-7.3 Имеет практический опыт: оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения; распознавания состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)); применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях и эпидемиях; использования средств индивидуальной защиты</p> |
| ОПК-10 | Способен организовывать работу младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными | <p>ИОПК 10.1 Знает: основы ухода за больными различного профиля</p> <p>ИОПК 10.2 Умеет: осуществлять уход за больными различного профиля; организовать работу младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными</p> <p>ИОПК 10.3 Имеет практический опыт: ухода за больными различного профиля; организации работы младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными</p> |
| Профессиональные компетенции | | |
| ПК-1 | Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическим и заболеваниями, установлению диагноза | <p>ПК 1.1 Знает:</p> <p>Общие вопросы организации медицинской помощи взрослому населению и детям</p> <p>Анатомию головы, челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения и иннервации строения зубов Гистологию и эмбриологию полости рта и зубов, основные нарушения эмбриогенеза</p> <p>Анатомо-функциональное состояние органов челюстнолицевой области с учетом возраста</p> <p>Нормальную и патологическую физиологию зубочелюстной системы, ее взаимосвязь с функциональным состоянием других систем организма и уровни их регуляции</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Роль гигиены полости рта, питания и применения фторидов в предупреждении заболеваний зубов и пародонта Методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Цели и задачи индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта</p> <p>Гигиенические индексы и методы их определения Методику осмотра и физикального обследования, особенности проведения клинического стоматологического обследования у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Клиническую картину, методы диагностики, классификацию заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у детей и взрослых</p> <p>Клиническую картину, методы диагностики, классификацию заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстного сустава у детей и взрослых Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов</p> <p>Медицинские показания и противопоказания к применению дополнительных методов обследования</p> <p>Медицинские изделия, применяемые при оказании медицинской помощи детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Клинические рекомендации по вопросам оказания стоматологической помощи</p> <p>Состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>Санитарно-эпидемиологические требования и вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний</p> <p>ИПК 1.2 Умеет:</p> <p>Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями, выявлять факторы риска и причин развития стоматологических заболеваний</p> <p>Интерпретировать информацию, полученную от детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Применять методы осмотра и физикального</p> |
|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями/</p> <p>Диагностировать у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями твердых тканей зубов болезни пульпы и периодонта, заболевания пародонта, слизистой оболочки рта и губ</p> <p>Диагностировать у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями дефекты зубов, зубных рядов, зубочелюстные деформации и аномалии зубов и челюстей, полное отсутствие зубов и предпосылки их развития, травмы зубов, костей лицевого скелета и мягких тканей челюстно-лицевой области</p> <p>Выявлять у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями факторы риска онкологических заболеваний челюстно-лицевой области</p> <p>Формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи Направлять детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Направлять детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на консультации к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Интерпретировать и анализировать результаты консультаций врачами-специалистами детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Обосновывать необходимость и объем дополнительных обследований пациентов (включая рентгенологические методы)</p> <p>Интерпретировать и анализировать результаты основных(клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, в том числе данных рентгенологических методов</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику стоматологических заболеваний у детей и взрослых</p> <p>Формулировать окончательный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией</p> |
|--|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p> <p>Выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>ИПК 1.3 Имеет практический опыт:</p> <p>Сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых, (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития стоматологических заболеваний</p> <p>Осмotra и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Диагностики у детей и взрослых:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кариеса зубов, - некариозных поражений, - заболеваний пульпы и периодонта, - пародонта, - слизистой оболочки рта и губ, - дефектов зубов, - дефектов зубных рядов, - зубочелюстных деформаций, - аномалий зубов и челюстей, - полного отсутствия зубов <p>Выявления у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями факторов риска онкологических заболеваний челюстно-лицевой области</p> <p>Формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Направления детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи взрослому населению и детям, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов (включая рентгенологические методы)</p> <p>Постановки предварительного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p> <p>Проведения дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний</p> <p>Постановки окончательного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией</p> |
|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> |
|--|--|--|

2. Перечень тем, вопросов, практических заданий для подготовки к промежуточной аттестации:

1. Виды и распространённость хирургической инфекции. Источники и пути распространения хирургической инфекции. Эндогенные пути микробной контаминации. Экзогенные пути микробной контаминации: контактный (прямой и непрямой), воздушный, имплантационный. Внутрибольничная (госпитальная) инфекция в хирургическом стационаре.

2. Понятие об асептике. Организационные формы обеспечения асептики. Планировка и принципы работы хирургического стационара. Борьба с микрофлорой на путях воздушной контаминации. Профилактика контактной и имплантационной микробной контаминации.

3. Организация работы хирургического отделения и операционного блока. Стерилизация операционной одежды, белья, хирургических перчаток, перевязочного и шовного материала, хирургического инструментария, дренажей. Использование одноразового материала и инструментария. Стерилизация ионизирующим, ультрафиолетовым, ультразвуковым излучением.

4. Современные средства и методы стерилизации и дезинфекции. Упаковка и хранение стерильного материала. Контроль стерильности. Специальные функциональные зоны операционного блока. Уборка операционной. Поддержание климата в операционной.

5. Понятие об антисептике. Виды антисептики. Антисептика участников операции и операционного поля.

6. Общие правила, техника и современные способы обработки рук перед операцией. Подготовка и, обработка операционного поля. Облачение в стерильную одежду, одевание, ношение и смена резиновых перчаток. Правила работы в условиях строгой асептики.

7. Понятие о первичной и вторичной хирургической обработке ран, принципы и этапы выполнения.

8. Понятие о физической антисептике. Высушивание, тампонирование, дренирование ран и полостей, вакуумная обработка, вакуумная аспирация, обработка пульсирующей струей жидкости, аспирационно-промывной метод, УФО, лазерное облучение, ультразвуковая кавитация, гипербарическая оксигенация, озонотерапия – показания, техника выполнения.

9. Понятие о химической антисептике. Способы использования различных химических веществ. Различные виды местного и общего применения антисептиков. Основные группы антисептических средств.

Основы рациональной антисептической химиотерапии.

10. Понятие о биологической антисептике. Виды биологической антисептики. Средства биологической антисептики.

11. Показания к антибактериальной терапии. Выбор антибактериального препарата. Оценка эффективности антибактериальной терапии.

12. Методы воздействия на иммунные силы организма. Пассивная и активная иммунизация в хирургии. Иммунокоррекция и иммуностимуляция.

13. Смешанная антисептика. Принципы рационального сочетания различных видов антисептики.

14. Механизмы и причины возникновения боли. Характеристика, болей. Наркотическое обезболивание. Показания, противопоказания, документальное оформление. Средства и принципы медикаментозного лечения болевого синдрома.

15. Виды местного обезболивания; фармакохимическая (терминальная, инфильтрационная, проводниковая) и физическая. Препараты для местной анестезии, механизм их действия, основные характеристики.

16. Техника отдельных видов местной анестезии: показания, противопоказания, методика выполнения, возможные осложнения и пути их предупреждения. Показания к применению, виды и техника новокаиновых блокад.

17. Оценка анестезиологического риска. Подготовка больных к анестезии, премедикация и её выполнение. Компоненты общей анестезии. Методика и клиническая картина современной общей анестезии, стадии наркоза. Стандартизованный мониторинг с оценкой оксигенации, вентиляции, циркуляции и температуры.

18. Виды наркоза. Аппаратура и методы ингаляционного наркоза. Современные ингаляционные анестетические средства.

19. Осложнения наркоза и ближайшего посленаркозного периода, их профилактика и лечение.

20. Иммунологические основы трансфузиологии. Групповые системы эритроцитов. Групповая система АВО и групповая система резус. Методы определения групп крови по системам АВО и резус. Современные правила переливания крови по группам системы АВО и системы резус.

21. Обязанности врача, переливающего кровь. Пробы на совместимость крови донора и реципиента перед переливанием. Документация переливания крови. Принципы современной компонентной терапии.

22. Гемотрансфузионные реакции. Гемотрансфузионные осложнения, их профилактика, диагностика, принципы лечения. Массивные трансфузии, понятие об индивидуальном подборе крови, переливание аутокрови.

23. Организация службы крови и донорства в России. Правила обследования доноров крови и ее компонентов. Организация диагностических исследований на ВИЧ, сифилис, гепатиты и другие

инфекции, передаваемые трансмиссивным путем. Современные методы заготовки, консервирования крови и её компонентов.

24. Система гемостаза. Методы исследования. Заболевания, вызывающие изменения в системе свёртывания крови. Влияние хирургических операций на гемостаз. Лекарственные препараты, влияющие на систему гемостаза.

25. Профилактика и лечение послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений. Профилактика и лечение геморрагического синдрома. ДВС-синдром.

26. Классификация кровотечений. Защитно-приспособительная реакция организма на острую кровопотерю. Клинические проявления наружного и внутреннего кровотечения. Клиническая и инструментальная диагностика кровотечения. Оценка тяжести кровопотери и определение её величины.

27. Методы временной и окончательной остановки кровотечения. Современные принципы лечения кровопотери. Безопасные границы гемодилуции. Кровосберегающие технологии в хирургии. Аутогемотрансфузия. Реинфузия крови. Кровезаменители – переносчики кислорода. Транспортировка больных с кровотечением.

28. Классификация ран. Патогенез и фазы раневого процесса. Клинические особенности различных видов ран. Виды заживления ран.

29. Принципы оказания первой медицинской помощи при ранениях. Первичная хирургическая обработка ран, её виды. Вторичная хирургическая обработка. Закрытие раны.

30. Инфекционные осложнения ран. Гнойные раны первичные и вторичные. Общие и местные признаки нагноения раны. Лечение гнойной раны в зависимости от фазы течения раневого процесса. Современные принципы хирургического лечения гнойных ран.

31. Радикальная хирургическая обработка гнойной раны. Дополнительные физические методы обработки раны. Проточно-аспирационная система. Антибактериальная терапия. Особенности лечения в фазе репарации. Физиотерапевтическое лечение.

32. Профилактика нагноений послеоперационных ран. Ультразвуковые, лабораторные и другие методы контроля за течением раневого процесса.

33. Понятие о повязке и перевязке. Лечебное значение повязок. Основные современные перевязочные материалы. Виды повязок: по назначению. по способам фиксации перевязочного материала, по локализации. Мягкие повязки, общие правила наложения повязок. Типы бинтования. Техника наложения мягких повязок на различные части тела. Эластическая компрессия нижних конечностей. Требования, предъявляемые к готовой повязке. Специальные перевязочные средства, применяемые в современной медицине.

34. Транспортная иммобилизация. Цели, задачи, принципы выполнения. Виды транспортной иммобилизации. Современные средства

транспортной иммобилизации. Гипс и гипсовые повязки. Гипсовые бинты, лонгеты. Основные виды и правила наложения гипсовых повязок.

35. Виды травматизма и классификация травм. Понятие об изолированных, множественных, сочетанных и комбинированных повреждениях. Медицинская и социальная профилактика травматизма.

36. Осложнения и опасности травм: непосредственные, ближайшие и поздние. Общие принципы диагностики травматических повреждений. Оценка функции центральной нервной системы, дыхания и кровообращения при тяжёлых повреждениях. Шкалы, определяющие тяжесть травмы. Общие принципы организации догоспитальной и стационарной травматологической помощи.

37. Закрытые повреждения мягких тканей. Ушибы, растяжения и разрывы, сотрясения и сдавления. Синдром длительного сдавления. Первая медицинская помощь и лечение закрытых травм мягких тканей.

38. Переломы и вывихи. Классификация. Клиническая картина. Основы рентгенодиагностики. Первая медицинская помощь. Основные принципы лечения: устранение боли, репозиция, иммобилизация, реабилитация.

39. Осложнения травматических переломов: болевой шок, жировая эмболия, острая кровопотеря, развитие инфекции. Диагностика и профилактика.

40. Классификация травм головы. Оценка тяжести состояния пострадавшего. Основные опасности травм головы, представляющие угрозу жизни больных. Первая медицинская помощь при травме головы. Особенности транспортировки больных.

41. Классификация травм груди. Понятие о пневмотораксе. Виды пневмоторакса. Клиническая картина и диагностика пневмоторакса, особенности оказания первой медицинской помощи при напряжённом, клапанном и открытом пневмотораксе. Принципы лечения.

42. Гемоторакс. Клинические проявления гемоторакса. Первая помощь при гемотораксе. Особенности транспортировки больных с повреждением груди.

43. Травма живота. Классификация. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Инородные тела желудочнокишечного тракта. Задачи первой помощи. Принципы лечения.

44. Термические повреждения. Классификация. Определение глубины и площади ожогов. Прогноз течения. Первая помощь при ожогах. Ожоговая болезнь – фазы течения. Принципы общего и местного лечения.

45. Лучевые и химические ожоги. Местные проявления. Первая помощь. Особенности оказания первой медицинской помощи при химических ожогах кожи, полости рта, пищевода, желудка.

46. Травмы от охлаждения. Виды общей и местной холодовой травмы. Классификация. Клиническая картина, первая помощь. Общее и местное лечение отморожений.

47. Электротравма. Местное и общее действие электрического тока. Первая помощь при электротравме, Особенности дальнейшего обследования и лечения.

48. Понятие о пластической хирургии. Аутопластика, аллопластика и ксенопластика. Пластика тканей и органов различными методами. Место пластических методов в хирургии. Применение синтетических материалов.

49. Понятие о трансплантации органов и тканей. Принципы клинической трансплантологии. Протезы и искусственные органы. Реплантация конечностей и представление о микрохирургической технике.

50. Понятие о первой помощи. Основные принципы организации, доврачебной и первой медицинской помощи на догоспитальном этапе. Задачи первой медицинской помощи. Принципы оказания первой медицинской помощи: организационные и лечебные. Служба скорой и неотложной медицинской помощи. Значение и функции специализированных бригад скорой медицинской помощи.

51. Структура хирургической службы поликлиники, травматологического пункта. Объём консервативного и оперативного хирургического лечения. Основной контингент хирургических амбулаторных больных. Порядок амбулаторного приема хирургических больных. Стационар одного дня. Диспансеризация хирургических больных. Порядок госпитализации плановых и экстренных больных. Диспансеризация населения.

52. Абсолютные, относительные показания к операции в плановой и экстренной хирургии. Понятие о противопоказаниях к операции. Критерии операционного риска, пути его снижения.

53. Подготовка больного к операции. Цели подготовки. Деонтологическая подготовка. Медикаментозная и физическая подготовка больного. Роль физической подготовки в профилактике послеоперационных инфекционных осложнений. Подготовка полости рта, подготовка желудочнокишечного тракта, кожных покровов. Выбор обезболивания и подготовка к нему. Подготовка к экстренным операциям. Юридические и правовые основы проведения обследования и оперативных вмешательств.

54. Понятие о хирургической операции. Виды хирургических операций:

плановые, срочные, экстренные, радикальные и паллиативные. Типы операций; с удалением патологического очага, восстановительные (реконструктивные) и пластические операции. Положение больного на операционном столе. Принципы выбора операционного доступа. Малоинвазивная хирургия. Этапы хирургической операции. Распределение обязанностей между всеми участниками операции в период анестезии и операции. Контроль за состоянием больного во время операции.

55. Реакция организма на операционную агрессию. Расстройства дыхания, сердечной деятельности, функции желудочно-кишечного тракта и органов мочевого выделения, венозные тромбоэмболические осложнения. Их профилактика, диагностика и лечение.

56. Клиническое наблюдение за больным в послеоперационном периоде. Лабораторный и функциональный диагностический контроль за состоянием основных систем организма. Режим и питание больного. Обезболивание. Профилактика, диагностика и лечение раневых осложнений: кровотечения, нагноения, эвентрация. Понятие о реабилитации после хирургического лечения. Перевязки, снятие швов, физиотерапия и лечебная физкультура.

3. Тестовые задания

НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ПЕРИТОНИТА

- 1) аппендицит
- 2) холецистит
- 3) панкреатит
- 4) перфоративная язва
- 5) кишечная непроходимость.

2. ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА, В КОТОРОЙ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПЕРВИЧНО ГАНГРЕНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ

- 1) дети
- 2) лица с тяжелой травмой
- 3) мужчины
- 4) женщины
- 5) лица пожилого возраста.

3. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ПЕРИТОНИТА

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

4. ВРЕМЕННЫЕ ГРАНИЦЫ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ПЕРИТОНИТА

- 1) 12 – 24 часа
- 2) 24 – 36 часов
- 3) 36 – 48 часов
- 4) 48 – 72 часа
- 5) свыше 72 часов.

5. ОПЕРАЦИОННЫЙ ДОСТУП ПРИ ТИПИЧНОЙ КАРТИНЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- 1) нижняя срединная лапаротомия
- 2) разрез по Волковичу – Дьяконову
- 3) параректальный

- 4) трансректальный
- 5) поперечный.

6. ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

- 1) выжидательная и плановая операция
- 2) экстренная операция
- 3) консервативное лечение
- 4) гипербарическая оксигенация и антибиотикотерапия
- 5) гемосорбция и антибиотикотерапия.

7. СТРУКТУРА, С КОТОРОЙ НАЧИНАЕТСЯ РАЗВИТИЕ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

- 1) серозный покров червеобразного отростка
- 2) слизистая оболочка червеобразного отростка
- 3) мышечный слой червеобразного отростка
- 4) купол слепой кишки
- 5) терминальный отдел тонкой кишки.

8. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА

- 1) инфаркт миокарда
- 2) агональное состояние больного
- 3) тяжелый сахарный диабет
- 4) выраженная азотемия
- 5) гипопроотеинемия.

9. ХАРАКТЕРНАЯ ЧЕРТА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА В МАЛОМ ТАЗУ

- 1) наличие болезненности в треугольнике Шерера
- 2) примесь крови в каловых массах
- 3) выраженная болевая реакция передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании
- 4) отсутствие температурной реакции
- 5) положительный симптом Пастернацкого.

10. НАИМЕНЕЕ ТРАВМАТИЧНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО АБСЦЕССА

- 1) консервативное лечение
- 2) внебрюшинное вскрытие и дренирование
- 3) лапаротомия, вскрытие и тампонирование полости
- 4) пункция гнойника иглой под контролем УЗИ или КТ
- 5) торакодренотомия, вскрытие и дренирование.

11. ПОКАЗАНИЕ К СРЕДИННОЙ ЛАПАРОТОМИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

- 1) разлитой перитонит
- 2) местный перитонит
- 3) абсцесс дугласова пространства
- 4) аппендикулярный инфильтрат
- 5) острый аппендицит.

12. ТАКТИКА ПРИ СФОРМИРОВАВШЕМСЯ АБСЦЕССЕ ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА

- 1) пункция через брюшную стенку
- 2) лечебные клизмы
- 3) вскрытие через брюшную стенку
- 4) пункция, вскрытие и дренирование через прямую кишку
- 5) антибактериальная терапия.

13. ОПЕРАЦИОННЫЙ ДОСТУП ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ

- 1) трансректальный
- 2) параректальный
- 3) средний срединный
- 4) нижний срединный
- 5) Волковича – Дьяконова.

14. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ВСКРЫТИЯ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО АБСЦЕССА

- 1) тораколапаротомия
- 2) люмботомия
- 3) двухмоментный чресплевральный доступ
- 4) лапаротомия по Фёдорову
- 5) внеплевральный внебрюшинный способ.

15. ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ АБСЦЕССЕ ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА

- 1) пункция через брюшную стенку
- 2) лечебные клизмы
- 3) вскрытие через брюшную стенку
- 4) пункция, вскрытие и дренирование через прямую кишку
- 5) консервативное лечение.

16. ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ БРЮШИНЫ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ

- 1) перфорация язвы желудка
- 2) перфорация червеобразного отростка
- 3) контактный
- 4) гематогенный
- 5) ранение кишечника.

17. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЙ ВИД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

- 1) эндотрахеальный наркоз
- 2) внутривенный наркоз
- 3) местная анестезия
- 4) перидуральная анестезия
- 5) спинномозговая анестезия.

18. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ЭКСТРЕННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

- 1) аппендикулярный инфильтрат
- 2) инфаркт миокарда
- 3) вторая половина беременности
- 4) геморрагический диатез
- 5) разлитой перитонит.

19. ХАРАКТЕРНАЯ ЧЕРТА БОЛЬНОГО ПЕРИТОНИТОМ

- 1) брадикардия
- 2) отсутствие боли в животе
- 3) анизокория
- 4) повышение артериального давления
- 5) серо-землистый цвет лица.

20. ПОКАЗАНИЕ К ОСТАВЛЕНИЮ ТАМПОНОВ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ

- 1) неостановленное капиллярное кровотечение
- 2) гангренозно-перфоративный перитонит
- 3) местный перитонит
- 4) разлитой перитонит
- 5) тифлит.

21. ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ГАНГРЕНОЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

- 1) консервативное лечение
- 2) отсроченная операция
- 3) принятие решения зависит от возраста больного
- 4) операция при отсутствии эффекта от консервативной терапии
- 5) экстренная операция.

22. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ СОВРЕМЕННЫЙ ВИД ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

- 1) эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- 2) холедохотомия
- 3) холедоходуоденоанастомоз
- 4) камнедробление

5) холедохоеюностомия.

23. ПАТОЛОГИЯ, ПРИ КОТОРОЙ РАЗВИВАЕТСЯ РЕМИТТИРУЮЩАЯ ЖЕЛТУХА

- 1) вклиненный камень холедоха
- 2) опухоль холедоха
- 3) камень пузыряного протока
- 4) вентиляный камень холедоха
- 5) стриктура холедоха.

24. ОСЛОЖНЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ТРЕБУЮЩЕЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ

- 1) окклюзия пузыряного протока
- 2) холецистопанкреатит
- 3) перфоративный холецистит
- 4) механическая желтуха
- 5) печеночная колика.

45. ОСЛОЖНЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

- 1) водянка желчного пузыря
- 2) эмпиема желчного пузыря
- 3) желтуха, холангит
- 4) хронический активный гепатат
- 5) перфоративный холецистит, перитонит.

26. ПОКАЗАНИЕ К ПЛАНОВОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) обнаружение желчных камней
- 2) латентная форма заболевания
- 3) только при снижении трудоспособности
- 4) возраст старше 55 лет
- 5) возраст моложе 20 лет.

27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

- 1) рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей
- 2) холедохолитиаз
- 3) рак головки поджелудочной железы
- 4) эхинококк печени
- 5) метастазы в печень опухолей.

28. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА РЕЗИДУАЛЬНЫХ КАМНЕЙ

- 1) лямблиозное поражение желчных ходов
- 2) неполноценное интраоперационное обследование

желчевыводящих путей

- 3) поражение паренхимы печени
- 4) повреждение холедоха во время операции
- 5) наличие хронического панкреатита.

29. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НИЗКИХ СТРИКТУР ХОЛЕДОХА

- 1) повреждение холедоха во время операции
- 2) поражение паренхимы печени
- 3) оставление длинной культы пузырного протока
- 4) воспалительный процесс в области Фатерова сосочка
- 5) неполноценное интраоперационное обследование желчевыводящих путей.

30. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЫСОКИХ СТРИКТУР

- 1) неполноценное интраоперационное обследование желчевыводящих путей
- 2) воспалительный процесс в области Фатерова сосочка
- 3) оставление длинной культы пузырного протока
- 4) поражение паренхимы печени
- 5) интраоперационное повреждение желчевыводящих путей.

31. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК СИНДРОМА РЕЗИДУАЛЬНЫХ КАМНЕЙ

- 1) ремиттирующая желтуха
- 2) схваткообразные боли в животе
- 3) развитие портальной гипертензии
- 4) появление телеангиоэктазий
- 5) постепенно нарастающая желтуха.

32. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК СТРИКТУРЫ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

- 1) явления дуоденостаза
- 2) ремиттирующая желтуха
- 3) постепенно нарастающая желтуха
- 4) развитие портальной гипертензии
- 5) появление варикозных вен в пищеводе.

33. МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕЗИДУАЛЬНЫХ КАМНЕЙ

- 1) обзорная рентгенография органов брюшной полости
- 2) пероральная холецистография
- 3) рентгеноскопия желудка
- 4) спленопортография

- 5) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

34. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ РЕЗИДУАЛЬНЫХ КАМНЕЙ

- 1) наличие конкрементов в желчевыводящих путях
- 2) длительно существующая желтуха
- 3) частые приступы желчной колики
- 4) развитие билиарного цирроза печени
- 5) присоединение панкреатита.

35. ХАРАКТЕР ОПЕРАЦИЙ ПРИ НИЗКИХ СТРИКТУРАХ

- 1) резекция суженного участка
- 2) наружное дренирование холедоха
- 3) панкреатодуоденальная резекция
- 4) наложение билиодигестивных анастомозов
- 5) бужирование стриктуры.

36. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЕ НАЧАЛО ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- 1) повышение температуры
- 2) появление рвоты
- 3) боли в правом подреберье
- 4) расстройство стула
- 5) тяжесть в эпигастральной области.

37. ХАРАКТЕР НАЧАЛА ПРИСТУПА ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ

- 1) острое начало
- 2) после продромального периода
- 3) исподволь, постепенно
- 4) после длительного голодания
- 5) после переохлаждения.

38. ХАРАКТЕРНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- 1) диастазурия
- 2) лейкоцитоз
- 3) гипогликемия
- 4) глюкозурия
- 5) гипербилирубинемия.

39. НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БИЛИРУБИНА КРОВИ 1) 0,10-0,68 мкмоль/л

- 2) 8,55-20,52 мкмоль/л
- 3) 2,50-8,33 мкмоль/л
- 4) 3,64-6,76 мкмоль/л
- 5) 7,62-12,88 мкмоль/л.

40. ИНДЕКС ЛИТОГЕННОСТИ ЖЕЛЧИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СООТНОШЕНИЕМ

- 1) холестерина, билирубина и лецитина
- 2) билирубина, желчных кислот и лецитина
- 3) холестерина, желчных кислот и билирубина
- 4) холестерина, желчных кислот и лецитина
- 5) билирубина и лецитина.

41. ПРОЦЕДУРА, ПРОВОДИМАЯ БОЛЬНОМУ С УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕЙ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ

- 1) паранефральная блокада
- 2) очистительная клизма
- 3) блокада семенного канатика
- 4) бритье области операции
- 5) промывание желудка.

42. ВИД ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ УЩЕМЛЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ

- 1) спаечная
- 2) функциональная
- 3) обтурационная
- 4) странгуляционная
- 5) смешанная (обтурация + странгуляция).

43. ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ

- 1) спазмолитики и теплая ванна
- 2) наблюдение
- 3) антибиотики и строгий постельный режим
- 4) обзорная рентгенография брюшной полости
- 5) экстренная операция.

44. ЭТАП, С КОТОРОГО НАЧИНАЮТ ОПЕРАЦИЮ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА

- 1) вскрытие флегмоны
- 2) срединная лапаротомия
- 3) выделение грыжевого мешка из окружающих тканей
- 4) пункция грыжевого мешка
- 5) одновременная операция из двух доступов.

45. ПОКАЗАНИЕ К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ

- 1) наличие грыжевого выпячивания
- 2) появление перитонеальных признаков

- 3) повышение температуры
- 4) дизурические явления
- 5) сам факт самопроизвольного вправления.

46. КОНТИНГЕНТ БОЛЬНЫХ, У КОТОРЫХ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ БЕДРЕННЫЕ ГРЫЖИ

- 1) мужчины
- 2) женщины
- 3) дети
- 4) подростки
- 5) пожилые мужчины.

47. ГРЫЖА, В КОТОРОЙ ПОЛЫЙ ОРГАН СОСТАВЛЯЕТ ОДНУ ИЗ СТЕНОК ГРЫЖЕВОГО МЕШКА

- 1) скользящая
- 2) грыжа Рихтера
- 3) ущемленная
- 4) прямая паховая
- 5) комбинированная.

48. ПРИЗНАК УЩЕМЛЕНИЯ В ГРЫЖЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- 1) боли в области грыжевого выпячивания
- 2) тенезмы
- 3) задержка стула и газов
- 4) дизурия, гематурия
- 5) диспепсия.

49. ПРИЗНАК УЩЕМЛЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ В ГРЫЖЕ

- 1) диаррея
- 2) коллапс
- 3) схваткообразные боли в животе
- 4) симптомы раздражения брюшины
- 5) дегидратация.

50. НИЖНЯЯ СТЕНКА ПАХОВОГО КАНАЛА

- 1) поперечная фасция
- 2) нижний край наружной косой мышцы живота
- 3) Жимбернатова связка
- 4) паховая связка
- 5) край подвздошной кости.

51. УКАЖИТЕ ФАКТОР, ПРОВОЦИРУЮЩИЙ РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1) слабость мышц живота
- 2) злоупотребление алкоголем

- 3) употребление жирной и острой пищи
- 4) употребление большого количества пищи, богатой клетчаткой
- 5) психотравма.

52. ВИД НЕПРОХОДИМОСТИ, К КОТОРОЙ ОТНОСИТСЯ ИНВАГИНАЦИЯ

- 1) спастическая
- 2) паралитическая
- 3) обтурационная
- 4) странгуляционная
- 5) смешанная.

53. РАННИЙ И ПОСТОЯННЫЙ СИМПТОМ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1) равномерное вздутие живота
- 2) редкая перистальтика
- 3) схваткообразные боли в животе
- 4) отсутствие кишечных шумов
- 5) рвота.

54. ВИД КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ПРИ КОТОРОЙ МОГУТ БЫТЬ КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) паралитическая
- 2) спастическая
- 3) инвагинация
- 4) спаечная
- 5) странгуляционная.

55. ВИД НЕПРОХОДИМОСТИ, ПРИ КОТОРОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- 1) заворот
- 2) узлообразование
- 3) обтурация опухолью
- 4) динамическая
- 5) обтурация желчным камнем.

56. ЧАСТЫЙ ВИД ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1) инородные тела
- 2) желчные камни
- 3) злокачественные опухоли
- 4) спайки брюшной полости
- 5) гельминты.

57. ИССЛЕДОВАНИЕ, КОТОРОЕ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ

ОЧЕРЕДЬ ПРОИЗВЕСТИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ

- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) исследование пассажа бария по кишечнику
- 3) эзофагогастродуоденоскопия
- 4) лапароскопия
- 5) биохимическое исследование крови.

58. ПАТОЛОГИЯ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРЕН КАЛ В ВИДЕ МАЛИНОВОГО ЖЕЛЕ

- 1) желудочное кровотечение
- 2) инвагинация
- 3) спастический колит
- 4) дивертикулит
- 5) свинцовое отравление.

59. ВИД НЕПРОХОДИМОСТИ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО БЫСТРОЕ РАЗВИТИЕ ДЕГИДРАТАЦИИ

- 1) заворот тонкой кишки
- 2) заворот сигмовидной кишки
- 3) опухоли прямой кишки с явлениями непроходимости
- 4) obturационная толстокишечная непроходимость
- 5) илеоцекальная инвагинация.

60. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1) заворот
- 2) инвагинация
- 3) перитонит
- 4) каловый завал
- 5) травма живота.

61. НАЗОВИТЕ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ТИРЕОТОКСИКОЗА

- 1) уменьшение пульсового давления
- 2) патологическая мышечная слабость
- 3) светобоязнь
- 4) патологическая жажда
- 5) несахарное мочеизнурение.

62. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ СТРУМЭКТОМИИ

- 1) повреждение возвратного нерва
- 2) рецидив тиреотоксикоза
- 3) тетания
- 4) гипотиреоз

5) прогрессирующий экзофтальм.

63. УКАЖИТЕ СХОДСТВО УЗЛОВОГО И ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

- 1) декомпенсация сердечной деятельности
- 2) поражение лиц одного возраста
- 3) частое возникновение экзофтальма
- 4) одинаковая симптоматика тиреотоксикоза
- 5) все верно.

64. РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, 2А СТАДИЯ. ХАРАКТЕР ВЫПОЛНЯЕМОЙ ОПЕРАЦИИ

- 1) гемиструмэктомия с резекцией перешейка, в последующем прием тиреоидина
- 2) субтотальная резекция щитовидной железы
- 3) операция Крайля
- 4) экстракапсулярная тотальная струмэктомия
- 5) все неверно.

65. ПОСЛЕ СТРУМЭКТОМИИ СУДОРОГИ, СИМПТОМЫ ХВОСТЕКА И ТРУССО. УСТАНОВИТЕ ДИАГНОЗ

- 1) гипотиреоз
- 2) тиреотоксический криз
- 3) травма гортанных нервов
- 4) гипопаратиреоз
- 5) остаточные явления тиреотоксикоза.

66. ПОСЛЕ СТРУМЭКТОМИИ РАЗВИЛАСЬ ПАРАТИРЕОИДНАЯ ТЕТАНИЯ. ВЫБЕРИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) гемотрансфузия
- 2) гипотермия
- 3) оксигенотерапия
- 4) микродозы йода
- 5) все перечисленное неверно.

67. НАЗОВИТЕ ТЕРМИН, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЗОБА У ЛИЦ ОДНОЙ БИОГЕОХИМИЧЕСКОЙ ОБЛАСТИ

- 1) эпидемический
- 2) спорадический
- 3) острый струмит
- 4) эндемический
- 5) массовый тиреотоксикоз.

68. ДЛЯ СПОРАДИЧЕСКОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) увеличение в объеме щитовидной железы
- 2) нормальная функция щитовидной железы
- 3) появляется у 20% населения определенной зоны
- 4) появляется чаще у женщин
- 5) передается рецессивным геном

69. В ЛЕЧЕНИИ ЗОБА МОГУТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ (В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИТУАЦИИ)

- 1) субтотальная тиреоидэктомия
- 2) тотальная лобэктомия
- 3) тотальная тиреоидэктомия
- 4) субтотальная лобэктомия
- 5) радикальная диссекция шеи (radical neck dissection)

70. СЦИНТИГРАФИЯ ТОКСИЧЕСКОЙ АДЕНОМЫ ПОКАЗЫВАЕТ

- 1) диффузное гомогенное накопление изотопа
- 2) диффузное негетогенное накопление изотопа
- 3) накопление в виде „шахматной доски“
- 4) „горячий узел“
- 5) „холодный узел“

71. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОПУХОЛЬ ДИАМЕТРОМ 2,5 СМ БЕЗ УВЕЛИЧЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ. НАЗОВИТЕ СТАДИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) 1
- 2) 2А
- 3) 2Б
- 4) 3А 5) 3Б.

72. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ФИБРОАДЕНОМЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) простая мастэктомия
- 2) ампутация молочной железы
- 3) секторальная резекция
- 4) радикальная мастэктомия
- 5) лучевая терапия.

73. ОПУХОЛЬ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДИАМЕТРОМ 1,5 СМ С ЕДИНИЧНЫМИ УВЕЛИЧЕННЫМИ ПОДМЫШЕЧНЫМИ ЛИМФОУЗЛАМИ. ДИАГНОЗ

- 1) T1 N1 M0
- 2) T1 N0 M0
- 3) T2 N0 M0
- 4) T2 N1 M0
- 5) T3 N0 M0.

74. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАДИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 2Б

- 1) отсутствие метастазов в регионарные лимфоузлы противоположной стороны
- 2) наличие отдаленных метастазов
- 3) наличие метастазов в подмышечные, подключичные, надключичные лимфоузлы
- 4) изъязвления в зоне опухоли
- 5) поражение подмышечных лимфоузлов.

75. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МИКРОКАЛЬЦИНАТОВ ПРИ МАММОГРАФИИ

- 1) динамическое наблюдение
- 2) секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием
- 3) пункционная биопсия
- 4) ультразвуковая диагностика
- 5) в наблюдении не нуждается.

76. ОПУХОЛЬ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДИАМЕТРОМ 4 СМ С МЕТАСТАЗАМИ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ И ЛЕГКИЕ. ВЫБРАТЬ ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) симптоматическое
- 2) хирургическое
- 3) лучевое
- 4) комплексное
- 5) комбинированное.

77. ОПУХОЛЬ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕНЕЕ 0,5 СМ. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) маммография
- 2) УЗИ
- 3) термография
- 4) пальпация
- 5) радиоизотопная диагностика.

78. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОПУХОЛЬ ДИАМЕТРОМ 2 СМ БЕЗ МЕТАСТАЗОВ. ОПРЕДЕЛИТЕ ЛЕЧЕБНУЮ ТАКТИКУ

- 1) симптоматическое лечение
- 2) хирургическое лечение
- 3) лучевая терапия
- 4) комбинированная терапия
- 5) комплексная терапия.

79. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОТЕКОМ ВЕРХНЕЙ

КОНЕЧНОСТИ. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

- 1) радикальная мастэктомия
- 2) секторальная резекция молочной железы
- 3) простая мастэктомия
- 4) расширенная мастэктомия
- 5) ни одна из названных операций.

80. ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) средостение
- 2) кости
- 3) кожа
- 4) печень
- 5) надпочечники.

81. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОСПАЗМА 1) кардиопластика по Геллеру

- 2) фундопликация по Ниссену
- 3) кардиодилатация
- 4) различные способы экстрамукозной пластики
- 5) бужирование.

82. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛА ПИЩЕВОДА

- 1) эзофагоскопия
- 2) контрастное рентгеновское исследование
- 3) УЗИ
- 4) радионуклидное исследование
- 5) компьютерная томография.

83. МЕТОД, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ СРЕДОСТЕНИЯ

- 1) пневмоторакс
- 2) пневмоперитонеум
- 3) ретропневмоперитонеум
- 4) бронхография
- 5) пневмомедиастинография.

84. РАННЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА

- 1) дисфагия
- 2) боль за грудиной и в спине
- 3) срыгивание застойным содержимым
- 4) усиленное слюноотделение
- 5) похудание.

85. МЕТОД, НЕ ПРИМЕНЯЕМЫЙ В ДИАГНОСТИКЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА

- 1) сбор жалоб и анамнеза
- 2) зондирование пищевода
- 3) контрастная рентгеноскопия пищевода
- 4) эзофагоскопия
- 5) ларингоскопия.

86. ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА

- 1) комбинированная терапия
- 2) лучевая терапия
- 3) хирургическое лечение
- 4) химиотерапия
- 5) симптоматическая терапия.

7. ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ПИЩЕВОДА

- 1) саркома
- 2) лейомиосаркома
- 3) меланома
- 4) рабдомиосаркома
- 5) рак.

88. ПИЩЕВОДНЫЙ СИНДРОМ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) регургитации
- 2) сиалореи
- 3) икоты
- 4) дисфагии
- 5) изжоги

89. ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ДИСФАГИЯ ХАРАКТЕРНА:

- 1) доброкачественным опухолям пищевода
- 2) раку пищевода
- 3) дивертикулам пищевода
- 4) пептическим стенозам пищевода
- 5) ахалазии кардии

90. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ МОЖЕТ ТОЧНЕЕ ВЫЯВИТЬ ГАСТРОЭЗОФАГИАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС?

- 1) эндоскопия
- 2) эзофагоманометрия
- 3) эзогастральный транзит с густой бариевой взвесью
- 4) эзофагеальная сцинтиграфия
- 5) эзофагеальная рН-метрия

91. ТЕОРИЯ ПАТОГЕНЕЗА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ, ПОЛУЧИВШАЯ НАИБОЛЬШЕЕ ПРИЗНАНИЕ

- 1) механическая
- 2) гормональная
- 3) ангиодисплазий
- 4) наследственная
- 5) коллагенозов.

92. ОБЫЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ (СКРЫТОЙ) ВЕНЫ

- 1) подкожная клетчатка на всем протяжении задней поверхности голени
- 2) подкожножировая клетчатка в нижней половине голени и между листками глубокой фасции в верхней
- 3) между листками глубокой фасции на всем протяжении
- 4) субфасциально
- 5) между листками глубокой фасции в нижней половине и субфасциально в верхней.

93. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) эластическая компрессия конечности
- 2) соблюдение рационального режима труда и отдыха
- 3) ограничение тяжелой физической нагрузки
- 4) комплексная терапия вазопротекторами
- 5) курсы комплексного физиотерапевтического лечения.

94. НАЗОВИТЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) пигментация кожи
- 2) индурация подкожной клетчатки
- 3) трофические язвы
- 4) тромбофлебит
- 5) слоновость.

95. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБА, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОХОДИМОСТИ ГЛУБОКИХ ВЕН

- 1) Тальмана
- 2) Шейниса
- 3) Гаккенбруха
- 4) Мейо-Претта
- 5) Броди-Троянова-Тренделенбурга.

96. ПРОБА, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КЛАПАНОВ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН

- 1) трехжгутовая (Шейнис1)

- 2) маршевая (Дельбе-Пертес I)
- 3) Троянова-Тренделенбурга
- 4) Претта
- 5) Тальмана.

97. ОПРЕДЕЛИТЕ РАДИКАЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) устраняющее сброс из глубоких вен в поверхностные
- 2) обеспечивающее удаление несостоятельных поверхностных вен
- 3) корригирующие несостоятельные клапаны глубоких вен
- 4) решающее все эти задачи
- 5) позволяющее решить задачи 1) и 2).

98. НАЗОВИТЕ МАНИПУЛЯЦИЮ, ПОКАЗАННУЮ ПРИ
ПЕРВИЧНОМ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ

- 1) эластичное бинтование
- 2) хирургическое лечение
- 3) лечебная физкультура
- 4) массаж
- 5) рефлексотерапия.

99. РЕКОМЕНДАЦИЯ ПОСЛЕ ФЛЕБЭКТОМИИ

- 1) раннее вставание
- 2) эластичное бинтование конечности
- 3) физиотерапевтическое лечение
- 4) лечебная гимнастика
- 5) все перечисленное.

100. НАИБОЛЕЕ ОПАСНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ТРОМБОЗА
ГЛУБОКИХ ВЕН

- 1) трофическая язва голени
- 2) эмболия легочной артерии
- 3) тромбофлебит поверхностных вен
- 4) облитерация глубоких вен
- 5) слоновость.

101. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ГНОЙНОГО ПЛЕВРИТА

- 1) травма грудной клетки
- 2) абсцесс легкого
- 3) рак легкого
- 4) эхинококковые кисты легкого
- 5) забрюшинная флегмона.

102. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ СПОСОБ УТОЧНЕНИЯ

ДИАГНОЗА ГНОЙНОГО ПЛЕВРИТА

- 1) рентгенография груди в двух проекциях
- 2) томография груди
- 3) компьютерная томография
- 4) плевральная пункция
- 5) УЗИ.

103. ПРАВИЛЬНАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕБНОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ

- 1) по нижнему краю вышележащего ребра
- 2) по верхнему краю нижележащего ребра
- 3) на уровне 10-го ребра по задней подмышечной линии
- 4) игла непосредственно соединяется со шприцем
- 5) игла соединяется с электроотсосом.

104. ПЕРВООЧЕРЕДНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ ГНОЙНОМ ПЛЕВРИТЕ

- 1) дренирование плевральной полости
- 2) наложение искусственного пневмоторакса
- 3) гирудотерапия
- 4) банки, горчичники
- 5) торакотомия.

105. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

- 1) интратрахеальное введение антибиотиков
- 2) торакотомия с плеврэктомией
- 3) дренирование плевральной полости по Бюлау
- 4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией гноя
- 5) плевральная пункция.

106. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ПРОТОЧНОМУ ПРОМЫВАНИЮ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПИОПНЕВМОТОРАКСА

- 1) значительный коллапс легкого
- 2) ограниченная эмпиема в верхних отделах плевральной полости
- 3) наличие бронхиального свища
- 4) ограниченная эмпиема в нижних отделах плевральной полости
- 5) наличие перелома ребер.

107. ТИПИЧНАЯ ТОЧКА ДЛЯ ПУНКЦИИ ПРИ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ

- 1) в VI межреберье по среднеаксиллярной линии
- 2) в V межреберье по переднеаксиллярной линии
- 3) в III межреберье по среднеключичной линии
- 4) в VIII-IX межреберье между лопаточной и заднеаксиллярной

линиями

- 5) в X межреберье по заднеаксиллярной линии.

108. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГАНГРЕНЕ, ПОРАЖАЮЩЕЙ ОДНУ ИЗ ДОЛЕЙ ЛЕГКОГО

- 1) ежедневная санация бронхиального дерева через бронхоскоп
- 2) введение антибиотиков в легочную артерию
- 3) лобэктомия
- 4) интенсивная терапия с эндобронхиальным введением антибиотиков
- 5) комплексная терапия, включающая все названные выше консервативные методы лечения.

109. ПЕРВООЧЕРЕДНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ РАЗВИТИИ ПИОПНЕВМОТОРАКСА НА ФОНЕ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО

- 1) эндобронхиальное введение протеолитических ферментов
- 2) дренирование плевральной полости
- 3) антибиотики
- 4) рентгенотерапия
- 5) введение цитостатиков.

110. С КАКОГО СРОКА ЭМПИЕМА СЧИТАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ

- 1) со второй недели
- 2) с четвертой недели
- 3) с шести недель
- 4) с восьми недель
- 5) с трех месяцев.

111. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ

- 1) ангиография 30
- 2) УЗИ
- 3) лапароцентез
- 4) зондирование желудка
- 5) обзорная рентгеноскопия.

112. ОСЛОЖНЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ И ПОЯВЛЕНИЕ «МЕЛЕНЫ»

- 1) пилородуоденальный стеноз
- 2) перфорация
- 3) малигнизация
- 4) кровотечение
- 5) пенетрация в поджелудочную железу.

113. ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

- 1) резекция желудка
- 2) иссечение язвы со стволовой ваготомией и пилоропластикой
- 3) ушивание перфорации
- 4) СПВ с ушиванием перфорации
- 5) истинная антрумэктомия.

114. СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ДОПУСТИМА КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ

- 1) отсутствие у больного язвенного анамнеза
- 2) старческий возраст больного
- 3) отсутствие условий для выполнения экстренного оперативного вмешательства
- 4) крайне высокая степень операционного риска
- 5) сочетание язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

115. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЫ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

- 1) перфорация
- 2) кровотечение
- 3) пенетрация в головку поджелудочной железы
- 4) малигнизация
- 5) возникновение внутренних свищей.

116. УСТАНОВИТЬ ИСТОЧНИК ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) рентгеновское исследование желудка
- 2) лапароскопия
- 3) назогастральный зонд
- 4) ЭГДС
- 5) повторное определение гемоглобина и гематокрита

117. ПРИ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЕ ТЕЛА ЖЕЛУДКА И МАЛОЙ СТЕПЕНИ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА ПОКАЗАНО

- 1) клиновидное иссечение кровоточащей язвы с пилоропластикой и стволовой ваготомией
- 2) резекция желудка с кровоточащей язвой
- 3) клиновидное иссечение кровоточащей язвы с СПВ
- 4) прошивание кровоточащей язвы с пилоропластикой и стволовой ваготомией
- 5) иссечение язвы

118. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПЕНЕТРИРУЮЩЕЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) развитие стеноза привратника
- 2) малигнизация язвы
- 3) образование межорганного свища
- 4) профузное кровотечение
- 5) перфорация

119. ПРИ РЕЦИДИВЕ ЯЗВЕННОГО ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНА

- 1) экстренная операция (при продолжающемся кровотечении)
- 2) срочное хирургическое вмешательство
- 3) эндоваскулярная селективная гемостатическая терапия
- 4) повторная эндоскопическая гемостатическая терапия
- 5) интенсивная консервативная гемостатическая терапия.

120. ПРИ УГРОЗЕ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННОГО ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) исключительно консервативная терапия
- 2) экстренное оперативное вмешательство
- 3) экстренная (при нестабильном гемостазе) операция
- 4) систематический эндоскопический контроль
- 5) оперативное лечение в плановом порядке

121. ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВОЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

- 1) образование коллагеновых волокон
- 2) образование демаркационной зоны
- 3) образование капиллярных петель
- 4) созревание рубцовой ткани
- 5) эпителизация.

122. ЦЕЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ РАН

- 1) расплавление некроза
- 2) стимуляция эпителизации
- 3) уменьшение воспаления
- 4) ускорение роста грануляций
- 5) ускорение стадии гидратации.

123. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ

- 1) зашивание раны наглухо
- 2) наложение жгута
- 3) наложение аппарата Илизарова
- 4) косметический шов
- 5) иссечение нежизнеспособных тканей.

124. ПРИЗНАК ВТОРОЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

- 1) спазм сосудов
- 2) нарушение проницаемости сосудистой стенки
- 3) травматический отек
- 4) образование лейкоцитарного вала
- 5) образование грануляций.

125. МЕРОПРИЯТИЕ, НЕОБХОДИМОЕ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ СЛУЧАЙНОЙ РАНЕ

- 1) хирургическая обработка
- 2) промывание раны
- 3) первичная хирургическая обработка
- 4) зондирование раны
- 5) наложение повязки.

126. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕТЬЕЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

- 1) образование демаркационного вала
- 2) некролиз
- 3) внутриклеточный протеолиз
- 4) эпителизация
- 5) гранулирование.

127. ПОКАЗАНИЕ К НАЛОЖЕНИЮ ПЕРВИЧНОГО ШВА НА ОГНЕСТРЕЛЬНУЮ РАНУ

- 1) огнестрельная рана бедра
- 2) проникающая рана грудной клетки
- 3) рана верхней конечности с повреждением сосуда
- 4) травматическая ампутация конечности
- 5) рана мягких тканей с точечным входным и выходным отверстиями.

128. ПРИЗНАК ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

- 1) образование грануляций
- 2) созревание грануляций
- 3) некролиз
- 4) созревание рубцовой ткани
- 5) эпителизация.

129. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ИНФИЦИРОВАНИЯ ЗАГРЯЗНЕННОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ РАНЫ

- 1) введение столбнячного анатоксина
- 2) антибиотики внутривенно
- 3) подшивание кожного трансплантата
- 4) первичная хирургическая обработка раны
- 5) местное введение антибиотиков.

130. ПОКАЗАНИЕ К НАЛОЖЕНИЮ ВТОРИЧНОГО РАННЕГО ШВА НА РАНУ

- 1) после отсроченной первичной хирургической обработки
- 2) после поздней хирургической обработки
- 3) после очищения раны и образования грануляций
- 4) после вторичной поздней хирургической обработки
- 5) в начале краевой эпителизации.

131. ХИМИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ РАНЫ

- 1) витаминотерапия
- 2) широкое вскрытие раны
- 3) применение антисептических средств
- 4) применение вакцин и сывороток
- 5) дробное переливание крови.

132. ЦЕЛЬ ДРЕНИРОВАНИЯ РАН

- 1) ускорение эпителизации
- 2) остановка кровотечения
- 3) улучшение оттока отделяемого
- 4) ускорение отторжения некротической ткани
- 5) уменьшение перифокальной реакции.

133. ФИЗИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ РАНЫ

- 1) тщательное промывание раны
- 2) повязки с 10% раствором хлорида натрия
- 3) широкое вскрытие раны
- 4) дробное переливание крови
- 5) применение вакцин и сывороток.

134. БИОЛОГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ РАНЫ

- 1) применение антисептических средств
- 2) применение салициловой мази
- 3) обработка кожи йодонатом
- 4) создание хорошего гноя оттока из раны
- 5) применение мазей с антибиотиками.

135. ВИД ПЕРЕЛОМА, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРЕН ПРЯМОЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ

- 1) оскольчатый перелом надколенника
- 2) винтообразный перелом большеберцовой кости
- 3) перелом лодыжек
- 4) перелом шейки бедра
- 5) компрессионный перелом тел позвонков.

136. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ИНТЕРПОЗИЦИЯ»

- 1) образование ложного сустава
- 2) укорочение конечности
- 3) внедрение фрагмента тканей между отломками
- 4) разрыв связочного аппарата
- 5) фрагментация мениска.

137. СРЕДСТВО ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ
ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

- 1) шина Крамера
- 2) шина ЦИТО
- 3) шина Белера
- 4) шина Дитерихса
- 5) давящая повязка.

138. НЕОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ФИКСАЦИИ КОСТНЫХ
ОТЛОМКОВ

- 1) сшивание лавсаном
- 2) наложение скелетного вытяжения
- 3) скрепление металлическими пластинами
- 4) введение в костно-мозговой канал штифтов
- 5) применение компрессионно-дистракционного метода.

139. ПЕРЕЛОМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ВНЕЗАПНОМ РЕЗКОМ
СОКРАЩЕНИИ МЫШЦ

- 1) косой
- 2) поперечный
- 3) диафизарный
- 4) эпифизарный
- 5) отрывной.

140. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ВЫВИХА

- 1) боль
- 2) ограничение функции конечности
- 3) «пружинящая фиксация» в суставе
- 4) патологическая подвижность в суставе
- 5) ротация конечности.

141. ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК В ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ
ПЕРИОД СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

- 1) дыхательная недостаточность
- 2) почечная недостаточность
- 3) печеночная недостаточность
- 4) травматический шок
- 5) недостаточность кровообращения.

142. ПЕРИОД ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ, В КОТОРЫЙ ВОЗМОЖНО ПРОИЗВЕСТИ ПОЛНОЦЕННУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ РАНЕНОМУ С КОМБИНИРОВАННЫМ ЛУЧЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ

- 1) первичной реакции
- 2) скрытый
- 3) период разгара
- 4) период остаточных явлений
- 5) хирургическая помощь невозможна.

143. ЦЕЛЬ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) создание оптимальных условий для консолидации перелома
- 2) репозиция костных отломков
- 3) профилактика инфицирования места перелома
- 4) предотвращение дальнейшего смещения костных отломков
- 5) возможность самостоятельного передвижения пострадавшего.

144. СРОК ВТОРОЙ СТАДИИ СРАЩЕНИЯ ПЕРЕЛОМА

- 1) 7 дней
- 2) 14-21 день
- 3) 10-14 дней
- 4) до 28 дней
- 5) 1,5 месяца.

145. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ОСТЕОСИНТЕЗУ

- 1) сахарный диабет
- 2) гипертоническая болезнь
- 3) наличие только одного вида смещения отломков
- 4) внутрисуставной перелом
- 5) гнойный процесс в проекции перелома.

146. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ОТКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА

- 1) боль
- 2) нарушение функции
- 3) нарушение целостности кожи
- 4) гиперемия области перелома
- 5) припухлость области перелома.

147. ОСНОВНОЕ ПРАВИЛО ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) выполнить первичную репозицию
- 2) ввести новокаин в место перелома
- 3) включить в иммобилизацию два смежных сустава
- 4) придать возвышенное положение конечности
- 5) транспортировать пострадавшего только лежа.

148. ПОКАЗАНИЕ К ЗАКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМА

- 1) вколоченный перелом
- 2) смещение отломков
- 3) открытый перелом
- 4) интерпозиция мягких тканей
- 5) поперечный характер перелома.

149. ОБЪЕКТ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

- 1) металлический штифт
- 2) шурупы
- 3) металлические пластины
- 4) скобы
- 5) лавсановые ленты.

150. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

- 1) УЗИ
- 2) томография
- 3) рентгенография в одной проекции
- 4) рентгенография в двух проекциях
- 5) флюорография.

151. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ СОТЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- 1) ретроградная амнезия
- 2) усиление рефлексов
- 3) учащение пульса
- 4) расширение зрачков
- 5) глубокое дыхание.

152. ПРИЗНАК СОТЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- 1) головокружение, тошнота и рвота
- 2) параличи конечностей
- 3) нарушение зрения
- 4) нарушение слуха
- 5) выпадение функции черепно-мозговых нервов.

153. ОБЩЕМОЗГОВЫЕ СИМПТОМЫ ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- 1) параличи и парезы
- 2) слепота
- 3) утрата слуха
- 4) речевые расстройства
- 5) разлитая головная боль, тошнота и рвота.

154. АБСОЛЮТНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

- 1) утрата сознания в момент травмы
- 2) разлитая головная боль
- 3) психомоторное возбуждение
- 4) ригидность затылочных мышц
- 5) ликворрея из носа (слухового прохода).

155. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ СДАВЛЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГЕМАТОМОЙ

- 1) ретроградная амнезия
- 2) истечение ликвора из слухового прохода
- 3) выраженная тахикардия
- 4) потеря сознания после «светлого промежутка»
- 5) поверхностное учащенное дыхание.

156. СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА НАЛИЧИЕ СДАВЛЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ ГЕМАТОМА)

- 1) утрата сознания
- 2) обширная рана головы
- 3) назальная ликворрея, кровотечение из носа
- 4) наличие кровоподтека в области орбит (симптом «очков»)
- 5) гемиплегия.

157. ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕБНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ РАЗВИТИИ СИМПТОМОВ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) постельный режим
- 2) дегидратационная терапия
- 3) в/в введение раствора новокаина
- 4) трепанация черепа
- 5) применение антигистаминных препаратов.

158. МЕРОПРИЯТИЕ, ПОКАЗАННОЕ ПРИ РЕЗКОМ ПОВЫШЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ

- 1) в/в введение раствора маннитола
- 2) спинномозговая пункция
- 3) в/в введение 5% раствора глюкозы
- 4) в/в введение раствора поваренной соли
- 5) кровопускание.

159. ОСНОВНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

- 1) ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции
- 2) ИВЛ в режиме умеренной гиповентиляции
- 3) краниocereбральная гипотермия
- 4) введение морфина

- 5) введение глюкокортикоидов.

160. ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕБНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ СДАВЛЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГЕМАТОМОЙ

- 1) строгий постельный режим
- 2) дегидратационная терапия
- 3) трепанация черепа
- 4) форсирование диуреза
- 5) люмбальная пункция.

161. ВНЕШНЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЗАКРЫТОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКОГО

- 1) боль при пальпации ребер
- 2) подкожная гематома груди
- 3) одышка
- 4) подкожная эмфизема
- 5) цианоз лица.

162. ХАРАКТЕРНАЯ ЧЕРТА ГЕМОТОРАКСА

- 1) повышение артериального давления
- 2) притупление перкуторного звука
- 3) брадикардия
- 4) лейкопения
- 5) брадипноэ.

163. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК РАЗРЫВА ПОЛОГО ОРГАНА ЖИВОТА

- 1) боль в животе
- 2) болезненность при пальпации живота
- 3) сглаживание или отсутствие печеночной тупости
- 4) рвота содержимым цвета «кофейной гущи»
- 5) геморроидальное кровотечение.

164. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

- 1) туалет раны
- 2) введение сердечных средств
- 3) окклюзионная повязка
- 4) ингаляция кислорода
- 5) введение обезболивающих средств.

165. ОБЪЕМ КРОВИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ СРЕДНЕМУ ГЕМОТОРАКСУ (В МЛ)

- 1) до 250
- 2) до 500
- 3) до 1000

- 4) до 2000
- 5) более 2000.

166. ПОВРЕЖДЕНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ИСЧЕЗАЕТ ПЕЧЕНОЧНАЯ ТУПОСТЬ

- 1) внутреннее кровотечение
- 2) травма селезенки
- 3) разрыв почки
- 4) разрыв полого органа
- 5) ушиб грудной клетки.

167. ПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЯЗКИ

- 1) перелом бедра
- 2) открытый пневмоторакс
- 3) капиллярное кровотечение
- 4) венозное кровотечение
- 5) повреждение мягких тканей.

168. ПОКАЗАНИЕ К НЕОТЛОЖНОЙ ТОРАКОТОМИИ

- 1) закрытый пневмоторакс
- 2) травматическая асфиксия
- 3) открытый пневмоторакс
- 4) «сосущий» пневмоторакс
- 5) большой гемоторакс.

169. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА С РАЗРЫВОМ ПОЛОГО ОРГАНА

- 1) тромбоз эмболия
- 2) перитонит
- 3) анурия
- 4) пневмония
- 5) простатит.

170. ЛЕЧЕБНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ ОТКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

- 1) дренирование по Бюлау
- 2) трахеостомия
- 3) торакотомия
- 4) ПХО раны с глухим швом
- 5) бронхоскопия.

17. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ТЕРМИЧЕСКОГО ОЖОГА I СТЕПЕНИ

- 1) обратимая сосудистая реакция
- 2) некроз сосочкового слоя

- 3) некроз всей толщи кожи
- 4) образование пузырей
- 5) обугливание тканей.

172. % ПЛОЩАДИ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

- 1) 1
- 2) 9
- 3) 18
- 4) 27
- 5) 36.

173. ПОКАЗАТЕЛЬ ИНДЕКСА ФРАНКА, ПРИ КОТОРОМ ПРОГНОЗ ОЖОГА ОТНОСИТЕЛЬНО БЛАГОПРИЯТНЫЙ

- 1) до 30 ед
- 2) 30-60 ед
- 3) 61-90 ед
- 4) 91-100 ед
- 5) более 100 ед.

174. ПЕРИОД ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРИЗУЕМЫЙ РАЗВИТИЕМ ИНФЕКЦИИ

- 1) ожоговый шок
- 2) токсемия
- 3) септикотоксемия
- 4) реконвалесценция
- 5) истощение.

175. ПРИЗНАК ОТМОРОЖЕНИЯ I СТЕПЕНИ

- 1) образование пузырей с серозным содержимым
- 2) некроз кожи и подкожной клетчатки
- 3) побеление кожи
- 4) покраснение кожи
- 5) некроз глубоких тканей.

176. ВЕДУЩИЙ КОМПОНЕНТ ПЕРВОГО ПЕРИОДА КОМБИНИРОВАННОГО ЛУЧЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ

- 1) геморрагический синдром
- 2) преобладание симптомов не лучевых поражений
- 3) первичные реакции на лучевые и не лучевые травмы
- 4) преобладание симптомов лучевой болезни
- 5) расстройства кроветворения.

177. ХАРАКТЕРНАЯ ЧЕРТА ТЕРМИЧЕСКОГО ОЖОГА II СТЕПЕНИ

- 1) обратимая сосудистая реакция
- 2) отслойка эпидермиса

- 3) некроз верхушки сосочкового слоя
- 4) некроз всей толщи кожи
- 5) обугливание.

178. % ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ТУЛОВИЩА

- 1) 1
- 2) 9
- 3) 18
- 4) 27
- 5) 36.

179. ПОКАЗАТЕЛЬ ИНДЕКСА ФРАНКА, ПРИ КОТОРОМ ПРОГНОЗ ОЖОГА СОМНИТЕЛЬНЫЙ

- 1) до 30 ед
- 2) 30-60 ед
- 3) 61-90 ед
- 4) 91-100 ед
- 5) более 100 ед.

180. ПРОЦЕНТ ГЛУБОКОГО ОЖОГА, ПРИ КОТОРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ОЖОГОВАЯ БОЛЕЗНЬ У РЕБЕНКА

- 1) свыше 5 %
- 2) свыше 3 %
- 3) свыше 15 %
- 4) свыше 20 % 5) 25 %.

181. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ДЕСМУРГИЯ»:

- *1) учение о повязках;
- 2) учение о технике наложения повязок;
- 3) правила наложения повязок;
- 4) закрепление материала в ране;
- 5) наложение транспортных и лечебных шин.

182. ОСНОВНОЕ КАЧЕСТВО МАРЛИ:

- 1) сеткообразное строение;
- *2) гигроскопичность;
- 3) плотность;
- 4) прозрачность;
- 5) прочность.

183. ЧАСТЬ БИНТА, ОБРАЩЕННАЯ К БИНТУЕМОЙ ЧАСТИ ТЕЛА:

- 1) головка;
- 2) начало;
- *3) спинка;

- 4) брюшко;
- 5) конец.

184. ПРИЗНАК НЕПРАВИЛЬНОГО НАЛОЖЕНИЯ БИНТОВОЙ ПОВЯЗКИ:

- *1) цианоз конечности;
- 2) полное закрытие раны;
- 3) придание физиологического положения конечности;
- 4) фиксация «косынкой»;
- 5) отсутствие узла на раневой поверхности.

185. ПОВЯЗКА, НАКЛАДЫВАЕМАЯ ДЛЯ УДЕРЖАНИЯ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА НА БОЛЬШОЙ ПЛОЩАДИ РАНЫ:

- 1) черепашня;
- 2) возвращающаяся;
- *3) ползучая;
- 4) циркулярная;
- 5) спиральная.

186. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛЗУЧЕЙ (ЗМЕЕВИДНОЙ) ПОВЯЗКИ:

- 1) последующие туры закрывают предыдущие на 1/2;
- 2) последующие туры закрывают предыдущие на 2/3;
- 3) последующие туры закрывают предыдущие полностью;
- *4) последующие туры отстоят от предыдущих на ширину бинта;
- 5) последующие туры накладываются друг на друга по расходящемуся типу.

187. ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИРКУЛЯРНОЙ ПОВЯЗКИ:

- 1) последующие туры закрывают предыдущие на 1/2;
- 2) последующие туры закрывают предыдущие на 2/3;
- *3) последующие туры закрывают предыдущие полностью;
- 4) последующие туры отстоят от предыдущих на ширину бинта;
- 5) последующие туры накладываются друг на друга по сходящемуся типу.

188. ПОВЯЗКА, НАКЛАДЫВАЕМАЯ НА КОНУСООБРАЗНЫЕ УЧАСТКИ ТЕЛА (ПРЕДПЛЕЧЬЕ, ГОЛЕНЬ):

- 1) черепашня сходящаяся;
- 2) черепашня расходящаяся;
- 3) крестообразная;
- *4) спиральная с перегибом бинта;
- 5) возвращающаяся.

189. ПОВЯЗКА, КОТОРОЙ ПЕРЕВЯЗОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ ЗАКРЕПЛЯЕТСЯ В ОБЛАСТИ ЗАТЫЛКА И ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ

ШЕИ:

- 1) возвращающаяся;
- *2) восьмиобразная;
- 3) колосовидная;
- 4) черепашья;
- 5) ползучая.

190. ОШИБКА ПРИ НАЛОЖЕНИИ ПОВЯЗКИ НА ОБЛАСТЬ ШЕИ:

- 1) чересчур свободна;
- 2) не закреплена;
- *3) слишком тугая;
- 4) использован широкий бинт;
- 5) наложена с очень большим числом туров.

191. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «АСЕПТИКА»:

- 1) борьба с экзогенной инфекцией;
- 2) создание абактериальной среды в операционной;
- 3) борьба с инфекцией в ране;
- *4) предотвращение попадания микробов в рану;
- 5) использование антисептиков.

192. ИСТОЧНИК ЭНДОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ:

- 1) имплантанты;
- 2) шовный материал;
- *3) хронические воспалительные заболевания внутренних органов;
- 4) руки хирурга;
- 5) хирургические инструменты.

193. ИСТОЧНИК КОНТАКТНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ:

- 1) шовный материал;
- *2) хирургические инструменты;
- 3) воздух операционной;
- 4) дренажные устройства;
- 5) воспалительные заболевания кожи.

194. ИСТОЧНИК ИМПЛАНТАЦИОННОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ:

- *1) шовный материал;
- 2) воспалительные заболевания кожи;
- 3) хирургические инструменты;
- 4) воздух операционной;
- 5) руки хирурга.

195. МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ИМПЛАНТАЦИОННОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ:

- 1) стерилизация белья;

- 2) стерилизация инструментов;
- *3) стерилизация дренажей;
- 4) обработка рук хирурга;
- 5) обработка операционного поля.

196. МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ:

- 1) забор крови на австралийский антиген и RW;
- 2) бактериальный посев на дизентерийную группу;
- 3) бактериальный посев на энтеробиоз;
- *4) бактериальный посев из носоглотки;
- 5) исследование посева смыва с рук персонала.

197. МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ:

- 1) обработка рук хирурга;
- 2) стерилизация инструментов;
- 3) стерилизация белья;
- *4) уборка операционной;
- 5) обработка операционного поля.

198. МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ КОНТАКТНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ:

- 1) уборка операционной;
- 2) стерилизация шовного материала;
- 3) проверка персонала на носительство патогенной микрофлоры;
- *4) обработка рук хирурга;
- 5) кварцевание операционной.

199. МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ИМПЛАНТАЦИОННОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ:

- *1) стерилизация шовного материала;
- 2) бактериальный посев из носоглотки;
- 3) бактериальный посев на дизентерийную группу;
- 4) бактериальный посев на энтеробиоз;
- 5) исследование посева смыва с рук персонала.

200. ОБЪЕКТ, ВХОДЯЩИЙ В ЗОНУ СТРОГОГО РЕЖИМА:

- 1) операционная;
- *2) наркозная;
- 3) аппаратная;
- 4) помещение для хранения крови;
- 5) кабинет заведующего отделением.

201. САМЫЙ ОБЪЕКТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ТЯЖЕСТИ

КРОВОПОТЕРИ:

- 1) показатели Нв, числа эритроцитов;
- 2) показатели пульса и артериального давления;
- 3) бледность кожного покрова;
- 4) коллапс;
- *5) дефицит объема циркулирующей крови.

202. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:

- 1) истечение крови равномерной струей;
- *2) истечение крови пульсирующей струей;
- 3) истечение крови с поверхности раны;
- 4) истечение крови по каплям;
- 5) быстрое заполнение раны кровью.

203. КРОВОТЕЧЕНИЕ, ПРИ КОТОРОМ НЕЗНАЧИТЕЛЬНО КРОВОТОЧИТ ВСЯ РАНЕВАЯ ПОВЕРХНОСТЬ:

- 1) внутреннее;
- 2) венозное;
- 3) артериальное;
- 4) скрытое;
- *5) капиллярное.

204. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ, КОТОРОЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДАХ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- 1) наружное;
- 2) внутреннее;
- 3) смешанное;
- *4) скрытое;
- 5) капиллярное.

205. ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННАЯ ПРИЧИНА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:

- 1) разрыв сосуда;
- 2) повышенная проницаемость сосудистой стенки;
- 3) болезнь Верльгофа;
- *4) гемофилия;
- 5) холемическое кровотечение.

206. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ГЕМАТОМА»:

- 1) скопление крови в плевральной полости;
- *2) скопление крови в тканях;
- 3) пропитывание тканей кровью;
- 4) опухоль сосуда;
- 5) скопление крови в суставе.

207. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ГЕМАРТРОЗ»:

- *1) скопление крови в полости сустава;
- 2) скопление крови в брюшной полости;
- 3) скопление крови в тканях;
- 4) скопление крови в полости перикарда;
- 5) скопление крови в полости черепа.

208. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ГЕМОТОРАКС»:

- *1) скопление крови в плевральной полости;
- 2) скопление крови в полости черепа;
- 3) скопление крови в брюшной полости;
- 4) скопление крови в тканях;
- 5) скопление крови в полости перикарда.

209. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ГЕМОПЕРИТОНЕУМ»:

- 1) скопление крови в тканях;
- 2) скопление крови в полости черепа;
- *3) скопление крови в брюшной полости;
- 4) скопление крови в полости перикарда;
- 5) скопление крови в плевральной полости.

210. ВИД КРОВОТЕЧЕНИЯ, С КОТОРЫМ СВЯЗАН ТЕРМИН «ГЕМАТЕМЕЗИС»:

- 1) носовое;
- *2) желудочное;
- 3) легочное;
- 4) маточное;
- 5) из мочевых путей.

211. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АГГЛЮТИНИНОВ:

- *1) антигены сыворотки крови;
- 2) антигены эритроцитов крови;
- 3) антитела сыворотки крови;
- 4) антитела эритроцитов крови;
- 5) антитела лейкоцитов крови.

212. ЭЛЕМЕНТ КРОВИ, СОДЕРЖАЩИЙ АГГЛЮТИНИНЫ:

- *1) плазма;
- 2) лейкоциты;
- 3) эритроциты;
- 4) тромбоциты;
- 5) моноциты.

213. ЭЛЕМЕНТ КРОВИ, В КОТОРОМ ВПЕРВЫЕ ОБНАРУЖИЛИ АГГЛЮТИНОГЕНЫ:

- 1) плазма крови;
- 2) сыворотка крови;
- 3) лейкоциты;
- *4) эритроциты;
- 5) тромбоциты.

214. ЭЛЕМЕНТ КРОВИ, В КОТОРОМ СОДЕРЖИТСЯ РЕЗУС-ФАКТОР:

- 1) плазма;
- 2) сыворотка;
- 3) лейкоциты;
- 4) тромбоциты;
- *5) эритроциты.

215. ПРОЦЕНТ ЛЮДЕЙ С РЕЗУС ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ КРОВЬЮ: 1) 25%;

- 2) 45%;
- 3) 65%;
- *4) 85%;
- 5) 95%.

216. ПРИЗНАК НЕПРИГОДНОСТИ КОНСЕРВИРОВАННОЙ КРОВИ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ:

- 1) наличие жировой пленки;
- 2) выраженная слоистость;
- *3) наличие нитей в плазме;
- 4) опалесценция слоя плазмы;
- 5) наличие серого слоя между эритроцитами и плазмой.

217. ПРИЗНАК ПРИГОДНОСТИ КОНСЕРВИРОВАННОЙ КРОВИ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ:

- 1) розовый цвет плазмы;
- 2) зеленый цвет плазмы;
- *3) четкое разделение слоев;
- 4) «лаковая» кровь;
- 5) наличие нитей в плазме.

218. ОПТИМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАПЛИ КРОВИ И КАПЛИ СТАНДАРТНОЙ СЫВОРОТКИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ПАЦИЕНТА:

- 1) 1:1;
- *2) 1:10;
- 3) 1:4;

- 4) 1:12;
- 5) 1:5.

219. ГРУППА КРОВИ ПРИ АГГЛЮТИНАЦИИ СО СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ I, II И III ГРУПП:

- 1) I;
- 2) II;
- 3) III;
- *4) IV;
- 5) допущена ошибка в технике исследования.

220. ГРУППА КРОВИ ПРИ АГГЛЮТИНАЦИИ СО СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ I И III ГРУПП:

- 1) I;
- *2) II;
- 3) III;
- 4) IV;
- 5) допущена ошибка в технике исследования.

221. ПОКАЗАНИЕ К МЕСТНОМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ:

- 1) наличие психического заболевания;
- *2) старческий возраст;
- 3) непереносимость анестетиков;
- 4) дети до 10 лет;
- 5) острое воспаление в зоне операции.

222. СРЕДСТВО ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ:

- 1) баралгин;
- *2) тримекаин;
- 3) тиопентал;
- 4) наркотан;
- 5) фторотан.

223. ВИД АНЕСТЕЗИИ, ПРИ КОТОРОЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ТУГОЙ ПОЛЗУЧИЙ ИНФИЛЬТРАТ:

- 1) перидуральная;
- 2) спинномозговая;
- 3) проводниковая;
- *4) по Вишневскому;
- 5) внутрикостная.

224. ВЫСШАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА НОВОКАИНА (В ГРАММАХ): 1) 0,25;

- 2) 0,5;
- 3) 0,75;

- *4) 1,0;
- 5) 1,25.

225. КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА НОВОКАИНА ДЛЯ АНЕСТЕЗИИ ПО А.В. ВИШНЕВСКОМУ:

- 1) 1%;
- 2) 0,5%;
- *3) 0,25%;
- 4) 0,125%;
- 5) 0,75%.

226. КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА НОВОКАИНА ДЛЯ ПАРАНЕФРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ:

- 1) 5%;
- 2) 3%;
- 3) 2%;
- 4) 0,5%;
- *5) 0,25%.

227. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ 0,5% РАСТВОРОМ НОВОКАИНА:

- 1) до 30 минут;
- 2) до 1 часа;
- *3) 1,5-2 часа;
- 4) 2-3 часа;
- 5) более 3 часов.

228. ВИД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ПОКАЗАННЫЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ТАЗА:

- 1) паравертебральная блокада;
- 2) обезболивание по Шнеку;
- *3) блокада по Школьникову – Селиванову;
- 4) футлярная блокада;
- 5) проводниковая анестезия.

229. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПАЛЬЦАХ КИСТИ:

- 1) внутрикостная;
- 2) внутривенная;
- *3) Лукашевича-Оберста;
- 4) Куленкампа;
- 5) внутриартериальная.

230. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЙ МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СУХОЖИЛЬНОГО ПАНАРИЦИИ:

- 1) инфильтрационная анестезия;
- 2) анестезия охлаждением;
- *3) проводниковая анестезия;
- 4) интубационный наркоз;
- 5) спинномозговая анестезия.

231. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА:

- *1) ретроградная амнезия;
- 2) усиление рефлексов;
- 3) учащение пульса;
- 4) расширение зрачков;
- 5) глубокое дыхание.

232. ПРИЗНАК СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА:

- *1) головокружение, тошнота и рвота;
- 2) параличи конечностей;
- 3) нарушение зрения;
- 4) нарушение слуха;
- 5) выпадение функции черепно-мозговых нервов.

233. ОБЩЕМОЗГОВЫЕ СИМПТОМЫ ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА:

- 1) параличи и парезы;
- 2) слепота;
- 3) утрата слуха;
- 4) речевые расстройства;
- *5) разлитая головная боль, тошнота и рвота.

234. АБСОЛЮТНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА:

- 1) утрата сознания в момент травмы;
- 2) разлитая головная боль;
- 3) психомоторное возбуждение;
- 4) ригидность затылочных мышц;
- *5) ликворрея из носа (слухового прохода).

235. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ СДАВЛЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГЕМАТОМОЙ:

- 1) ретроградная амнезия;
- 2) истечение ликвора из слухового прохода;
- 3) выраженная тахикардия;
- *4) потеря сознания после «светлого промежутка»;
- 5) поверхностное учащенное дыхание.

236. СИМПТОМ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО УКАЗЫВАЮЩИЙ НА

НАЛИЧИЕ СДАВЛЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ ГЕМАТОМ1):

- 1) утрата сознания;
- 2) обширная рана головы;
- 3) назальная ликворея, кровотечение из носа;
- 4) наличие кровоподтека в области орбит (симптом «очков»);
- *5) гемиплегия.

237. ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕБНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ РАЗВИТИИ СИМПТОМОВ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

- 1) постельный режим;
- *2) дегидратационная терапия;
- 3) в/в введение раствора новокаина;
- 4) трепанация черепа;
- 5) применение антигистаминных препаратов.

238. МЕРОПРИЯТИЕ, ПОКАЗАННОЕ ПРИ РЕЗКОМ ПОВЫШЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ:

- *1) в/в введение раствора маннитола;
- 2) спинномозговая пункция;
- 3) в/в введение 5% раствора глюкозы;
- 4) в/в введение раствора поваренной соли;
- 5) кровопускание.

239. ОСНОВНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ:

- 1) ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции;
- 2) ИВЛ в режиме умеренной гиповентиляции;
- *3) краниоцеребральная гипотермия;
- 4) введение морфина;
- 5) введение глюкокортикоидов.

240. ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕБНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ СДАВЛЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГЕМАТОМОЙ:

- 1) строгий постельный режим;
- 2) дегидратационная терапия;
- *3) трепанация черепа;
- 4) форсирование диуреза;
- 5) люмбальная пункция.

241. МНОЖЕСТВЕННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ:

- *1) перелом голени, ребер, позвоночника;
- 2) закрытая черепно-мозговая травма и внутричерепная гематома;
- 3) закрытая травма живота и разрыв печени;
- 4) перелом ребер, гемопневмоторакс;

5) перелом голени, поражение радиацией.

242. СОЧЕТАННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ:

- 1) двойной перелом бедра;
- 2) перелом бедер и переднего плукольца таза;
- *3) перелом ребер, разрыв селезенки;
- 4) ожог туловища и конечностей;
- 5) термический ожог грудной клетки и поражение проникающей радиацией в дозе 350 р.

243. КОМБИНИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ:

- 1) перелом бедра, голени и предплечья;
- 2) черепно-мозговая травма и огнестрельное ранение живота;
- 3) ожог туловища, лица, правого бедра;
- *4) огнестрельное ранение грудной клетки и поражение радиацией в дозе 210 р;
- 5) оскольчатый двойной перелом плечевой кости.

244. ГЛАВНАЯ ПРИЧИНА ВЫСОКОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ:

- 1) нагноение открытых переломов с развитием остеомиелита и сепсиса;
- *2) травматический шок и кровопотеря;
- 3) восходящая инфекция мочевыделительной системы;
- 4) пролежни;
- 5) застойная пневмония.

245. ВИД ПЕРЕЛОМА, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРЕН ПРЯМОЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ:

- *1) оскольчатый перелом надколенника;
- 2) винтообразный перелом большеберцовой кости;
- 3) перелом лодыжек;
- 4) перелом шейки бедра;
- 5) компрессионный перелом тел позвонков.

246. ПЕРЕЛОМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ВНЕЗАПНОМ РЕЗКОМ СОКРАЩЕНИИ МЫШЦ:

- 1) косой;
- 2) поперечный;
- 3) диафизарный;
- 4) эпифизарный;
- *5) отрывной.

247. ПЕРЕЛОМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ДЕЙСТВИИ ТРАВМИРУЮЩЕГО АГЕНТА ПО ОСИ КОСТИ:

- 1) оскольчатый;

- 2) открытый;
- 3) винтообразный;
- *4) вколоченный;
- 5) неполный.

248. ПЕРЕЛОМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ОТ СКРУЧИВАНИЯ:

- 1) косо́й;
- *2) спиральный;
- 3) оскольчатый;
- 4) поперечный;
- 5) отрывной.

249. ПРИЧИНА, СПОСОБСТВУЮЩАЯ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА:

- *1) опухоль кости;
- 2) наличие повреждения связочного аппарата;
- 3) миопатия;
- 4) сахарный диабет;
- 5) ожирение.

250. ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ:

- 1) разлитая, умеренная;
- 2) местная, неинтенсивная;
- *3) местная, интенсивная;
- 4) пульсирующая;
- 5) боль отсутствует.

251. РАНЫ, ПРОТЕКАЮЩИЕ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНО:

- 1) рубленые;
- 2) осколочные;
- 3) пулевые;
- *4) резаные;
- 5) укушенные.

252. ПЕРВАЯ ФАЗА РАНЕВОГО ПРОЦЕССА:

- 1) образование коллагеновых волокон;
- *2) образование демаркационной зоны;
- 3) образование капиллярных петель;
- 4) созревание рубцовой ткани;
- 5) эпителизация.

253. ВТОРАЯ ФАЗА РАНЕВОГО ПРОЦЕССА:

- 1) спазм сосудов;
- 2) нарушение проницаемости сосудистой стенки;
- 3) травматический отек;

- 4) образование лейкоцитарного вала;
- *5) образование грануляций.

254. ТРЕТЬЯ ФАЗА РАНЕВОГО ПРОЦЕССА:

- 1) образование демаркационного вала;
- 2) некролиз;
- 3) внутриклеточный протеолиз;
- *4) эпителизация;
- 5) гранулирование.

255. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ФАЗЫ ГИДРАТАЦИИ:

- 1) побледнение краев раны;
- *2) отечность краев раны;
- 3) грануляции на дне раны;
- 4) грануляции на стенках раны;
- 5) эпителизация раны.

256. ПРИЗНАК ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА:

- 1) образование грануляций;
- 2) созревание грануляций;
- *3) некролиз;
- 4) созревание рубцовой ткани;
- 5) эпителизация.

257. ОТДЕЛ РАНЫ, ГДЕ РАНЬШЕ ВСЕГО ПОЯВЛЯЮТСЯ ГРАНУЛЯЦИИ:

- 1) у краев раны;
- *2) в глубине раны;
- 3) на поверхности раны;
- 4) на краях кожи;
- 5) по всей площади раны.

258. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В 3-Й ФАЗЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ РАНЫ ВТОРИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ:

- 1) противовоспалительное лечение;
- 2) улучшение дренирования раны;
- 3) применение антисептиков;
- 4) введение антибиотиков;
- *5) наложение вторичных швов или кожная пластика.

259. ЧАСТОТА ПЕРЕВЯЗОК В ПЕРВУЮ ФАЗУ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА:

- 1) через 4 дня;

- 2) через 3 дня;
- 3) через 2 дня;
- 4) через 1 день;
- *5) ежедневно.

260. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАНЫ В ФАЗЕ ДЕГИДРАТАЦИИ:

- 1) частые перевязки;
- *2) наложение мажевых повязок;
- 3) применение ферментов;
- 4) лечебная физкультура;
- 5) рентгенотерапия.

261. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ФЛЕГМОНА»:

- 1) гнойное воспаление потовых желез;
- 2) гнойное воспаление сальных желез;
- 3) ограниченное гнойное воспаление подкожной клетчатки;
- *4) разлитое гнойное воспаление клетчатки;
- 5) скопление гноя в суставе.

262. ТЕРМИН, ОЗНАЧАЮЩИЙ РАЗЛИТОЕ ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КЛЕТЧАТКИ:

- 1) абсцесс;
- *2) флегмона;
- 3) карбункул;
- 4) фурункул;
- 5) гидраденит.

263. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ФЛЕГМОНЫ:

- 1) постельный режим;
- 2) большие дозы антибиотиков;
- 3) обильное питье;
- *4) хирургическая операция;
- 5) УВЧ-терапия.

264. ТАКТИКА ПРИ ФЛЕГМОНЕ В СТАДИИ РАЗМЯГЧЕНИЯ:

- *1) широкий разрез и дренирование;
- 2) горячий компресс;
- 3) прокол с последующим бактериологическим исследованием;
- 4) холод;
- 5) новокаиновое обкалывание с антибиотиками.

265. ТЕРМИН, ОЗНАЧАЮЩИЙ НАЛИЧИЕ ОГРАНИЧЕННОЙ ПОЛОСТИ, ЗАПОЛНЕННОЙ ГНОЕМ:

- 1) лимфаденит;
- 2) флегмона;

- *3) абсцесс;
- 4) лимфангоит;
- 5) фурункул.

266. ТЕРМИН, ОЗНАЧАЮЩИЙ ВОСПАЛЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ:

- 1) лимфаденит;
- 2) лимфома;
- *3) лимфангоит;
- 4) тромбоз;
- 5) фолликулит.

267. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ИНФЕКЦИИ ПРИ ФУРУНКУЛЕ:

- 1) стрептококк;
- *2) стафилококк;
- 3) гонококк;
- 4) синегнойная палочка;
- 5) вульгарный протей.

268. ТЕРМИН, ОЗНАЧАЮЩИЙ НАЛИЧИЕ КОНУСОВИДНОГО ИНФИЛЬТРАТА С ВОЛОСОМ В ЦЕНТРЕ:

- 1) карбункул;
- 2) гидраденит;
- 3) тромбоз;
- *4) фурункул;
- 5) фолликулит.

269. МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ ФУРУНКУЛЕ В СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО СТЕРЖНЯ:

- 1) широкое иссечение в пределах здоровых тканей;
- *2) удаление некротического стержня;
- 3) выдавливание некротических масс;
- 4) местное применение тепловых процедур;
- 5) только медикаментозное лечение.

270. ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК КАРБУНКУЛА:

- *1) наличие инфильтрата с несколькими некротическими стержнями;
- 2) яркая гиперемия кожи с четкими границами;
- 3) появление геморрагических эпидермальных пузырей;
- 4) безболезненный инфильтрат;
- 5) некроз с мелкими геморрагическими пузырьками.

271. АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАЦИИ:

- 1) доброкачественные опухоли;

- 2) свободные грыжи;
- 3) варикозное расширение вен;
- *4) стеноз привратника;
- 5) хронический аппендицит.

272. ЭКСТРЕННОЕ ПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАЦИИ:

- 1) расщелина верхнего неба;
- 2) паховая грыжа;
- 3) хроническая язва желудка;
- 4) желчно-каменная болезнь;
- *5) острый аппендицит.

273. ЦЕЛЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ:

- 1) излечение больного;
- *2) облегчение состояния больного;
- 3) уточнение диагноза;
- 4) завершение многомоментной операции;
- 5) коррекция послеоперационных осложнений.

274. ЦЕЛЬ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ:

- 1) уточнение диагноза;
- *2) излечение больного;
- 3) облегчение состояния больного;
- 4) завершение многомоментной операции;
- 5) сокращение сроков лечения.

275. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ:

- 1) трахеостомия;
- 2) аппендэктомия;
- 3) гастростомия;
- *4) лапаротомия;
- 5) гемиколэктомия.

276. МОМЕНТ, С КОТОРОГО НАЧИНАЕТСЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД:

- 1) начало заболевания;
- 2) установление диагноза;
- 3) обращение пациента в поликлинику;
- *4) поступление в стационар;
- 5) установление показаний к операции.

277. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ:

- 1) выбор обезболивания;
- 2) выбор хирургического доступа;
- 3) выбор оперативного приема;

- *4) снижение риска операции;
- 5) реабилитация больного.

278. СМЫСЛ СНИЖЕНИЯ ДООПЕРАЦИОННОГО ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНОГО В СТАЦИОНАРЕ:

- 1) охрана психики больного;
- *2) снижение риска развития госпитальной инфекции;
- 3) сокращение срока нетрудоспособности;
- 4) уменьшение нагрузки на персонал стационара;
- 5) удобство для родственников.

279. МЕРОПРИЯТИЕ ПО НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОГО К ОПЕРАЦИИ:

- 1) гигиеническая ванна;
- 2) смена белья;
- 3) беседа с родственниками больного;
- *4) бритьё операционного поля;
- 5) проверка на педикулез.

280. СРОК БРИТЬЯ КОЖИ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ:

- 1) накануне вечером;
- 2) за 1 сутки до операции;
- 3) на операционном столе;
- *4) утром в день операции;
- 5) в любое время.

281. МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР ПАПУЛЫ ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ МАНТУ:

- 1) папула отсутствует;
- 2) 1 мм;
- 3) 2 мм;
- 4) 3 – 4 мм;
- *5) 5 мм и более.

282. ТКАНИ, МИНИМАЛЬНО СТРАДАЮЩИЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ:

- 1) кожа;
- *2) нервы;
- 3) лимфоузлы;
- 4) кости;
- 5) серозные оболочки.

283. МИКРОФЛОРА, НЕ ДАЮЩАЯ РОСТА ПРИ ПОСЕВЕ ГНОЯ ИЗ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО АБСЦЕССА НА ОБЫЧНЫЕ СРЕДЫ:

- 1) стафилококк;
- 2) стрептококк;

- *3) туберкулезная палочка;
- 4) кишечная палочка;
- 5) пневмококк.

284. ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА, ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮЩУЮСЯ КОСТНО-СУСТАВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ:

- *1) до 15 лет; 2) 16—30 лет;
- 3) 31—45 лет;
- 4) 46—60 лет;
- 5) старше 60 лет.

285. РАННИЙ СИМПТОМ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

- 1) температура;
- *2) нарушение функции;
- 3) припухлость;
- 4) атрофия мышц;
- 5) утолщение кожной складки.

286. ОДИН ИЗ РАННИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

- 1) пульсирующие боли;
- 2) выраженная воспалительная реакция;
- 3) высокая температура тела;
- *4) необъяснимое появление выпота в суставе;
- 5) интоксикация, озноб.

287. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ КОСТЕЙ ПРИ КОСТНО- СУСТАВНОЙ ФОРМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА:

- 1) череп;
- 2) предплечье и голень;
- 3) бедро;
- *4) тела позвонков;
- 5) таз.

288. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ТУБЕРКУЛЕЗА КОСТЕЙ:

- 1) поражение диафиза длинных трубчатых костей;
- *2) частое поражение близлежащих суставов;
- 3) развитие сепсиса;
- 4) отсутствие внешних проявлений;
- 5) отрицательный симптом Александра.

289. ИССЛЕДОВАНИЕ, ИМЕЮЩЕЕ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ КОСТНО- СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

- 1) исследование крови;
- 2) белковые фракции сыворотки;

- 3) исследование аминокислот;
- *4) рентгенография;
- 5) проба Зимницкого.

290. РАННИЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ТУБЕРКУЛЕЗА КОСТЕЙ И СУСТАВОВ:

- 1) остеосклероз;
- 2) наличие секвестральной коробки;
- 3) плотные костные секвестры;
- *4) секвестры по типу «тающего сахара»;
- 5) выраженный периостит.

291. ОПТИМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ:

- 1) закрытые переломы;
- *2) открытые переломы, глубокие ранения;
- 3) ожоги II—IV степени;
- 4) отморожения II—IV степени;
- 5) укусы насекомых.

292. НАЧАЛЬНЫЙ ПРИЗНАК АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ:

- *1) распирающие боли в ране;
- 2) бурые пятна на коже;
- 3) появление на коже пузырей с геморрагическим содержимым;
- 4) выпирающие из раны мышцы серого цвета;
- 5) некроз всех тканей.

293. РАННИЙ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ:

- 1) появление лихорадки;
- 2) желтушная окраска кожи и склер;
- *3) «ножницы» между частотой пульса (тахикардия) и температурой;
- 4) частое поверхностное дыхание;
- 5) олигурия.

294. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ:

- 1) отек краев раны;
- 2) выбухание мышц;
- *3) крепитация, подкожная эмфизема;
- 4) появление пузырей на коже;
- 5) изменение окраски кожи.

295. ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РАНЕ ПРИ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ:

- 1) отек, гиперемия, гнойное отделяемое;

- 2) отек, красные пятна и полосы на коже;
- 3) зловонное отделяемое из раны, бледность кожи;
- *4) эмфизема, быстрое нарастание отека;
- 5) тянущие боли в ране, отек, подергивание мышц.

296. ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ АНАЭРОБНОЙ ГАНГРЕНЕ:

- 1) сидя с опущенной вниз пораженной конечностью;
- 2) лежа на спине с приподнятой конечностью;
- *3) беспокойное поведение больного, бред;
- 4) лежа на правом боку с приведенными к животу коленями;
- 5) сгибательная контрактура в тазобедренном суставе.

297. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ «ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ» И «ЛИГАТУРЫ» ПО МЕЛЬНИКОВУ:

- 1) столбняк;
- 2) сепсис;
- 3) флегмона;
- *4) газовая гангрена;
- 5) абсцесс.

298. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО БЫСТРОЕ НАРАСТАНИЕ ОТЕКА, КРЕПИТАЦИЯ И МЫШЦЫ ВИДА «ВАРЕНОГО МЯСА»:

- 1) тромбофлебит;
- 2) рожа;
- 3) столбняк;
- *4) газовая гангрена;
- 5) парапроктит.

299. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ:

- *1) острая, молниеносная;
- 2) острая, подострая;
- 3) острая, хроническая;
- 4) хроническая, рецидивирующая;
- 5) рецидивная, вялотекущая.

300. ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ:

- 1) эритематозная, буллезная, флегмонозная;
- 2) метастатическая, септическая;
- 3) септическая, септикопиемическая;
- *4) эмфизематозная, некротическая, отечная;
- 5) катаральная, септическая, тканерасплавляющая.

301. СОВРЕМЕННАЯ ТЕОРИЯ СЕПСИСА:

- 1) бактериологическая;
- 2) токсическая;
- 3) аллергическая;
- 4) нейротрофическая;
- *5) цитокиновая.

302. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ СЕПСИСА:

- 1) фузобактерии;
- *2) стафилококк;
- 3) пневмококк;
- 4) гонококк;
- 5) протей.

303. ВОЗБУДИТЕЛЬ СЕПСИСА, ЧАЩЕ ДРУГИХ ДАЮЩИЙ МЕТАСТАЗЫ:

- 1) стрептококк;
- *2) стафилококк;
- 3) пневмококк;
- 4) гонококк;
- 5) протей.

304. ВОЗБУДИТЕЛЬ СЕПСИСА, ЧАЩЕ ДРУГИХ ДАЮЩИЙ ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА:

- *1) стрептококк;
- 2) стафилококк;
- 3) пневмококк;
- 4) гонококк;
- 5) протей.

305. КРИТЕРИЙ СЕПТИКОПИЕМИИ:

- 1) бактериемия;
- 2) снижение иммунологической реактивности организма;
- 3) гнойно-резорбтивная лихорадка;
- 4) токсемия;
- *5) наличие метастатических гнойников.

306. ПРИЗНАК, НА ОСНОВАНИИ КОТОРОГО ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ДИАГНОЗ: «КРИПТОГЕННЫЙ СЕПСИС»:

- 1) особо тяжелое течение сепсиса;
- 2) наличие септического шока;
- 3) толерантность к антибиотикам;
- *4) входные ворота инфекционного агента не установлены;
- 5) наличие менингеального синдрома на фоне сепсиса.

307. ПОСТОЯННЫЙ СИМПТОМ СЕПСИСА:

- 1) наличие гнойных метастазов;
- *2) высокая температура с ознобом;
- 3) бактериемия;
- 4) желтушность кожи и склер;
- 5) олигурия.

308. ВНЕШНИЙ ВИД РАНЫ ПРИ СЕПСИСЕ:

- 1) обильное гнойное отделяемое;
- 2) выраженная инфильтрация тканей;
- 3) яркая гиперемия кожи вокруг раны;
- *4) ткани раны грязно-серого цвета;
- 5) крепитация тканей на большом протяжении.

309. ПРОЯВЛЕНИЕ ССВР:

- 1) олигурия;
- 2) желтушность кожных покровов;
- 3) отеки на ногах;
- 4) полисерозит;
- *5) лейкоцитоз более 12/л.

310. КАРТИНА «КРАСНОЙ» КРОВИ ПРИ СЕПСИСЕ:

- 1) изменения отсутствуют;
- *2) умеренно выраженная анемия;
- 3) пернициозная анемия;
- 4) выраженная железодефицитная анемия;
- 5) появление бластных форм.

311. ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ:

- 1) трихинеллез;
- 2) острицы;
- 3) актиномикоз;
- *4) альвеококкоз;
- 5) цистицеркоз.

312. ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ:

- 1) актиномикоз;
- 2) острицы;
- *3) эхинококкоз;
- 4) цистицеркоз;
- 5) лямблиоз.

313. ВОЗМОЖНЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ «ХОЗЯИН» ЭХИНОКОККА:

- 1) человек, обезьяна;
- 2) свинья, овца;
- 3) корова, олень;
- 4) лошадь, верблюд;
- *5) лисица, собака.

314. ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА ЭХИНОКОККОМ:

- 1) употребление копченого мяса и рыбы;
- 2) употребление сырых яиц и рыбы;
- *3) проглатывание яиц глистов (грязные руки);
- 4) выделка меха;
- 5) употребление сырой воды.

315. ПУТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЭХИНОКОККА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА:

- 1) кишечник;
- 2) межфасциальные пространства;
- *3) кровеносные и лимфатические сосуды;
- 4) мочевыводящие пути;
- 5) желчевыводящие пути.

316. ОРГАН, ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮЩИЙСЯ ЭХИНОКОККОЗОМ:

- 1) сердце;
- 2) легкие;
- 3) почки;
- *4) печень;
- 5) селезенка.

317. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ЭХИНОКОККА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА:

- 1) 5 – 6 месяцев;
- 2) 2 – 10 лет;
- 3) 20 – 30 лет;
- *4) 30 – 40 лет;
- 5) 60 – 70 лет.

318. ОБОЛОЧКИ ЭХИНОКОККОВОГО ПУЗЫРЯ:

- 1) интермедиарная, мезотелиальная;
- 2) пиогенная, промежуточная;
- 3) мембранозная, серозная;
- *4) зародышевая, хитиновая;
- 5) эпителиальная, грануляционная.

319. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗОА:

- 1) пункция кисты;
- *2) удаление кисты;
- 3) лучевая терапия;
- 4) химиотерапия;
- 5) противопаразитарная терапия.

320. АНТИСЕПТИК, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ХИТИНОВОЙ ОБОЛОЧКИ ЭХИНОКОККА:

- *1) формалин;
- 2) гибитан;
- 3) йод;
- 4) фурациллин;
- 5) евросепт.

321. ДОСТУП ПРИ ГНОЙНОМ ПАРАНЕФРИТЕ

- 1) срединная лапаротомия
- 2) поперечная лапаротомия
- 3) подреберный разрез
- 4) люмботомия
- 5) трансректальный

322. АНАТОМИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА, НАПРАВЛЕНИЕ ХОДА ОСНОВНЫХ ВЕТВЕЙ КОТОРОЙ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ФЛЕГМОНЫ ШЕИ

- 1) тройничный нерв
- 2) лицевой нерв
- 3) наружная яремная вена
- 4) лицевая вена
- 5) сонная артерия

323. ЗАТРУДНЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) подкожном парапроктите
- 2) подслизистом парапроктите
- 3) ректо-вагинальном свище
- 4) тазовом парапроктите
- 5) ишеоректальном парапроктите

324. ПРОФИЛАКТИКУ ОТЕКА ГОРТАНИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНОГО С ФЛЕГМОНОЙ ШЕИ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) антибактериальная терапия
- 2) продолженная ИВЛ
- 3) введение преднизолона
- 4) ранняя экстубация
- 5) трахеостомия

325. ПРИЧИНА ЗАБРЮШИННОЙ ФЛЕГМОНЫ, ПОЯВИВШАЯСЯ В ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ

- 1) панкреонекроз
- 2) ранения поясничной области
- 3) инфицирование искусственных тазобедренных суставов
- 4) постинъекционные осложнения паховой области у наркозависимых лиц
- 5) инфицирование пересаженной почки

326. СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЗАБРЮШИННОГО ГНОЙНИКА
РАЗРЕЗ ДЛЯ ВСКРЫТИЯ РЕТРОМАММАРНОГО ГНОЙНИКА

- 1) псоас
- 2) Щёткина-Блюмберга
- 3) Ситковского
- 4) дизурия
- 5) Ортнера

327. СИМПТОМ МЕДИАСТЕНИТА ОШИБОЧНО ПРИВОДЯЩИЙ К НЕПРОФИЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО

- 1) лихорадка
- 2) общая слабость
- 3) боль за грудиной, не купирующаяся приемом нитратов
- 4) экстрасистолия
- 5) одышка

328. ОТДАЛЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

- 1) грыжа брюшной стенки
- 2) развитие калового свища
- 3) развитие мочевого свища
- 4) развитие желудочного свища
- 5) сепсис

329. ПРОФИЛАКТИКА ПАНКРЕАТИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1) обильное питье
- 2) применение антибиотиков
- 3) ограничение приема жидкости через рот
- 4) дюбажи
- 5) антисекреторная терапия, парентеральное питание

330. ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАРАНЕФРИТЕ

- 1) нефрэктомия, дренирование паранефрия
- 2) нефростомия

- 3) эндоскопическое дренирование мочевых путей
- 4) дренирование паранефрия
- 5) уретеролиттомия

4. Перечень ситуационных задач

1. Больной 24 лет получил травму правого плеча. Жалуется на резкие боли в правом плечевом суставе, отсутствие движений. При исследовании обнаружен вывих правого плеча. Вывих плеча вправлен по Кохеру. Какую бинтовую повязку можно наложить в данном случае для иммобилизации правой верхней конечности?

2. Больной 28 лет получил травму правого плеча при работе на даче. Жалуется на резкие боли в правом плечевом суставе, отсутствие движений. Как обеспечить неподвижность правой верхней конечности до прибытия бригады скорой помощи?

3. Больной 29 лет получил травму левой ключицы при падении куска шифера с крыши гаража. Жалуется на резкие боли, отсутствие движений. Какую бинтовую повязку можно наложить в данном случае для иммобилизации?

4. Больному 57 лет выполнено экстренное хирургическое вмешательство – ушивание перфоративной язвы желудка. Какую повязку и с какой целью необходимо наложить на лапаротомную рану?

5. Больному 54 лет выполнено вскрытие абсцесса правой ягодицы. Какую повязку и с какой целью необходимо наложить на рану?

6. После принятия алкогольных напитков один из товарищей нанёс другому ножевое ранение. На место происшествия прибыл врач бригады скорой помощи; при обследовании обнаружена рана, проникающая в плевральную полость. Какую повязку должен наложить врач?

7. При обследовании пострадавшего на месте происшествия врачом скорой помощи установлено, что имеется открытый перелом костей правой голени, обильное продолжающееся кровотечение. Что обязан сделать врач скорой помощи, перечислите последовательность действий?

8. В горах, на леднике, альпинист упал и получил перелом бедра. Шин и подручных средств для иммобилизации нет. Как поступить в этой ситуации?

9. В травматологическое отделение поступил больной с закрытым переломом костей левого предплечья в нижней трети. При транспортной иммобилизации была наложена шина от кончиков пальцев до верхней трети предплечья. Правильно ли поступил врач?

10. У больного диагностирован перелом шейки правого бедра. Какую шину надо наложить больному для транспортировки в лечебное учреждение?

11. Пациенту после скелетного вытяжения по поводу перелома бедра наложена гипсовая повязка. Через день больной стал жаловаться на боли в конечности. Пальцы стопы отёчные, цианотичные. Укажите причины данного состояния больного и ваши действия?

12. Пациент 19 лет получил от неизвестного ножевое ранение передней брюшной стенки. При осмотре врачом скорой помощи – в ране находятся петли тонкой кишки. Как нужно больного транспортировать в лечебное учреждение?

13. При падении с крыши гаража больной 34 лет получил травму позвоночника. У родственников нет возможности вызвать врача скорой помощи. Как доставить пациента в лечебное учреждение?

14. Больной находится в хирургическом отделении по поводу хронического калькулезного холецистита. Предполагается оперативное вмешательство. Как подготовить кожу больного в области оперативного вмешательства?

15. В приемное хирургическое отделение доставлен пострадавший с обширной раной левого бедра и сильным кровотечением. Необходима экстренная операция. Каким способом из известных вам необходимо обработать руки хирурга.

16. Во время оперативного вмешательства по поводу гнойного процесса хирург обработал операционное поле от центра расширяясь к периферии йодонатом дважды. Правильно ли хирург обработал операционное поле?

17. Произведена стерилизация хирургического белья в горизонтальном автоклаве. При вскрытии биксов установлено, что материал влажный, индикатор белого цвета. Что произошло? Как поступить в данном случае?

18. Перед операцией на органах брюшной полости хирург вымыл руки в двух тазах с 0,5% раствором нашатырного спирта по 3 минуты в каждом, затем высушил их стерильным полотенцем и обработал 96% спиртом в течение 5 минут. Каким методом произведена обработка рук? Как осуществить контроль за стерильностью рук?

19. Операционная медицинская сестра получила задание заложить в бикс перевязочный материал для аппендэктомии. Сестра положила в бикс 8 простыней. Какой вид укладки был использован в этом случае? Правильно ли поступила медицинская сестра и выполнила ли она задание?

20. Медицинская сестра после выполнения гнойной операции тщательно промыла скальпель, ножницы, шовные и инъекционные иглы и прокипятила их в растворе с добавлением соды в течение часа. Оцените действия медицинской сестры?

21. В стерилизационной проводилась стерилизация перевязочного материала. Стерилизацию проводили под давлением 2 атмосферы в течение 15 минут. После стерилизации биксы доставили в операционную. Были ли допущены ошибки? Ваши действия?

22. В стерилизационной производилась стерилизация операционного белья под давлением 2 атмосферы в течение 20 минут. Биксы герметично закрыли и доставили в операционную. Были ли ошибки?

23. В стерилизационной проведена стерилизация перевязочного материала под давлением 1,1 атмосферы в течение 45 минут. Допущена ли

ошибка? Ваши действия?

24. В хирургическое отделение поступила пациентка 45 лет с постинъекционным абсцессом правой ягодичной области. Какие средства антисептики должны использоваться во время операции – вскрытие абсцесса – и в раннем послеоперационном периоде?

25. Пациенту 56 лет по поводу инфицированной раны правой кисти необходимо назначение антибиотиков. К какому типу антисептики относится этот метод лечения? Как должен решаться вопрос о выборе антибиотика?

26. К вам обратился пациент с раной левого бедра. Рана получена час назад в бытовых условиях. Какие виды антисептики следует использовать в данном случае?

27. К вам обратился пациент с раной левого бедра. Рана получена 12 часов назад на производстве. Какие виды антисептики следует использовать в данном случае?

28. Во время перевязки у больной 78 лет обнаружена поверхностная рана на передней брюшной стенке, покрытая гнойно- некротическими тканями. Какие виды антисептики следует использовать в данном случае?

29. После введения больному медицинской сестрой пенициллина у него участился пульс; появилось беспокойство, которое сменилось резкой слабостью; появились боли в груди, пояснице, цианоз; затем перестал пальпироваться пульс, снизилось артериальное давление до 60 и 40 мм.рт.ст.; на коже лица, туловища и конечностях появилась сыпь. Как можно объяснить изменения в состоянии больного?

30. В хирургическое отделение поступил больной с рваной раной передней поверхности верхней трети правого бедра. Рана получена 2 часа назад при работе в гараже. Дежурный врач выполнил иссечение краёв раны, остановил кровотечение, промыл рану фурацилином и наложил швы на кожу. Всё ли сделано правильно?

31. У больного с экссудативным плевритом на рентгенограмме повторно (после ранее выполненной пункции) обнаружена жидкость в правой плевральной полости, достигающая 4 ребра. Отмечается резкая одышка, общая слабость, повышение температуры тела. Врач назначил больному антибиотики внутримышечно. Оцените действия врача.

32. Больному с постинъекционным абсцессом левой ягодицы во время операции выполнено широкое рассечение гнойника, удаление (эвакуация) гнойного содержимого электроотсосом, полость промыта растворами антисептиков, после чего наложена стерильная повязка. Оцените действия хирурга.

33. После аппендэктомии у больного произошло нагноение послеоперационной раны. Во время перевязки обнаружена рана с гнойно- некротическими краями и гнойным отделяемым. Какой объём антисептических мероприятий нужно выполнить при перевязке

34. Больной 25 лет доставлен в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе и левой половине груди в нижнем ее отделе. В анамнезе больной во время драки получил удар ногой по левой половине живота.

Объективно: кожные покровы бледные. В левом подреберье при пальпации напряжение мышц. Боли иррадируют в левое плечо и ключицу. Больной не может лежать в горизонтальном положении и все время пытается встать. В анализе крови: гемоглобин 78 г/л. Ваш диагноз и тактика дальнейшего лечения.

35. У больной 36 лет через 1,5 часа после операции аппендэктомии повязка на ране промокла кровью. Известно, что остановку кровотечения из сосудов подкожной клетчатки в ране осуществляли лигированием. У больной имеются сопутствующие заболевания: хронический бронхит, гипертоническая болезнь. Какова наиболее вероятная причина кровотечения? Что необходимо сделать для остановки кровотечения?

36. Вас вызвали для оказания помощи больному с кровотечением из колото-резаной раны правой ягодицы. У Вас имеется медицинская аптечка (укладка). Как остановить кровотечение? Можно ли использовать кровоостанавливающий жгут?

37. У больного 54 лет имеется кровотечение из большой подкожной вены нижней конечности. Больной страдает варикозной болезнью вен нижних конечностей. Как остановить кровотечение? Можно ли использовать кровоостанавливающий жгут?

38. В хирургическое отделение в крайне тяжелом состоянии доставлен больной с ранением бедренной артерии и большой кровопотерей. Дежурным врачом остановлено кровотечение. Возникла острая необходимость гемотрансфузии. Какие пробы врач обязан провести перед переливанием?

39. В стационар в тяжелом состоянии доставлен пациент с термическими ожогами. Ожоговая поверхность локализуется в области туловища, верхних конечностей. Необходима гемотрансфузия. Как должен поступить врач? Куда можно перелить кровь и каким способом?

40. В хирургическое отделение в крайне тяжелом состоянии доставлена больная с признаками массивной кровопотери в свободную брюшную полость. Больная экстренно оперирована, в брюшной полости обнаружено около 1,5 литров жидкой крови. Можно ли перелить эту кровь? Если можно, то как это практически осуществить?

41. Через 30 минут после переливания одногруппной крови у больного снизилось АД, пульс стал частым, нитевидным, появилось затрудненное дыхание, рвота, повысилась температура до 39 градусов, появился отек лица и век. С каким осложнением Вы имеете дело? Как лечить это осложнение?

42. Больному ошибочно было перелито 30 мл иногруппной крови. Развились признаки, напоминающие шок (снизилось АД, участился пульс, появились боли в пояснице и за грудиной, затрудненное дыхание), которые через некоторое время исчезли. Нуждается ли такой больной в противошоковом лечении? Какое осложнение развилось?

43. Во время переливания эритроцитарной массы у больного появились боли в пояснице, частый слабый пульс, боль и чувство стеснения

за грудиной. Какое осложнение гемотрансфузии можно заподозрить? Каковы первичные необходимые действия врача в этом случае?

44. У больного при гемотрансфузии возникла пирогенная реакция. Дежурный врач ввел больному промедол, анальгин, провел внутривенную инфузию 10% раствора хлорида натрия и 5% раствора глюкозы, согрел больного. Какие из действий врача были лишними?

45. Во время операции под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина у больного появилось головокружение, слабость, бледность, холодный пот, расширение зрачков, частый слабый пульс, затрудненное дыхание. Чем можно объяснить возникшее состояние, и какие действия необходимо предпринять?

46. В отделении находится пожилой больной, у которого развилась диабетическая и атеросклеротическая гангрена нижней конечности. Необходима ампутация на уровне верхней трети бедра. Какой вид местного обезболивания можно применить в данной ситуации и почему?

47. Больному 25 лет показано оперативное лечение по поводу застарелого перелома большеберцовой кости. Какой вид местного обезболивания можно применить? Как подготовить больного к обезболиванию?

48. В приемный покой доставлен больной 35 лет спустя 7 часов после травмы (упал с высоты 5 метров на вытянутые ноги). Жалуется на боли в поясничном отделе позвоночника, невозможность самостоятельного мочеиспускания, отсутствие движений и чувствительности в нижних конечностях. При пальпации позвоночника в проекции 1-го поясничного позвонка определяется болезненность. Осевая нагрузка на позвоночник также болезненна. Чувствительность на нижних конечностях и в промежности резко ограничена. Активные движения в нижних конечностях в незначительном объеме сохранены лишь в пальцах левой стопы. Ваш диагноз?

49. В приемный покой обратился больной 50 лет с жалобой на боли в правой половине груди, усиливающиеся при вдохе. 4 часа назад получил удар торцом доски по правой половине груди. 10 При осмотре: дыхание поверхностное, 24 в минуту, правая половина груди отстаёт при дыхании. В проекции 6-10 ребер справа по подмышечной линии припухлость тканей и кровоподтек, пальпаторно определяется резкая болезненность, патологическая подвижность и костная крепитация. Перкуторно по всем полям ясный легочный звук, при аускультации по всем легочным полям везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах справа. Ваш диагноз?

50. В приемный покой через 30 минут после падения с мотоцикла доставлен больной 22 лет. Жалоб не предъявляет. На левую нижнюю конечность наложена шина Крамера. Больной возбужден, пытается встать. Пульс 12 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. АД – 130 и 90 мм рт. ст. По снятии шины выявлено, что левое бедро в нижней трети резко отечно и деформировано. Левая голень и стопа бледного цвета. При

пальпации в нижней трети бедра – патологическая подвижность. Пульсация сосудов на левой голени и стопе не определяется. Ваш диагноз?

51. Доставлен больной 22 лет. Сознание спутанное, двигательное возбуждение. Со слов родственников. 12 часов назад упал и ударился головой о землю. Сознания не терял, жаловался на головную боль и легкую тошноту. Утром обнаружен в постели без сознания. Объективно: сознание спутано, двигательное возбуждение. В левой височной области ссадины, вокруг умеренный отек тканей. Пульс 92 в мин., ритмичный. АД – 150 и 90 мм рт. ст. Анизокория, носогубный треугольник ассиметричен, правосторонний гемипарез. Ваш диагноз? Тактика?

52. Доставлен больной 43 лет с жалобами на резкие боли в правой половине груди, одышку. 4 часа назад упал правой половиной грудной клетки о бордюрный камень. Почувствовал боль в грудной клетке, усиливающуюся на вдохе. Появилась одышка, стал нарастать отек груди, шеи и лица. При осмотре состояние тяжелое. Цианоз лица и шеи. Выраженная подкожная эмфизема. Пульс 118 в мин., АД – 130 и 80 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, 28 в мин. Грудная клетка деформирована за счет подкожной эмфиземы. Справа по подмышечной линии в проекции 7-8 ребер отмечается резкая болезненность и костная крепитация. Перкуторно над правым легким определяется коробочный звук. Средостенье на 4 см смещено влево. При аускультации справа дыхание не прослушивается. Ваш диагноз? Тактика?

53. Доставлен больной 25 лет с жалобами на боли в животе, тошноту. Около часа назад получил удар ногой в живот. При осмотре: лежит на боку с приведенными нижними конечностями. Пульс 120 в мин., АД – 140 и 80 мм рт. ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует. При пальпации ригидность мышц и резкая болезненность, больше в эпигастрии. Симптом Щеткина- Блюмберга положительный. Диагноз? Тактика?

54. В больницу обратился пациент с жалобами на боли в левой стопе, гипертермию. Из анамнеза: 2 дня назад на работе наколол ногу гвоздем. За медицинской помощью не обращался. Рану на ноге без обработки забинтовал. Постепенно нарастали боли в стопе, и через 12 часов после получения травмы появилась гипертермия до 38 градусов, нарастал отек стопы. Объективно: левая стопа отечна, отек более выражен на тыле стопы и распространяется на область голеностопного сустава. На подошвенной поверхности стопы в области ее свода имеется рана округлой формы 3*2 мм. Края раны конусовидно выбухают, вокруг раны отек и гиперемия, из раны умеренное серозно- гнойное отделяемое. При пальпации вокруг раны определяется болезненный инфильтрат. Ваш диагноз? Тактика?

55. В приемное отделение больницы через 30 минут после автоаварии доставлен попутным транспортом больной. Состояние удовлетворительное, пульс 102 удара в минуту, АД – 130 и 80 мм рт. ст. На передней поверхности правого бедра в средней трети имеется рана звездчатой формы 10*15*11 см. Края раны неровные, местами синюшного цвета. Подкожная жировая клетчатка обильно имbibирована кровью. Дном

раны являются обрывки широкой фасции бедра и мышцы. Рана умеренно кровоточит, в ее просвете имеются обрывки тканей, мелкие кусочки стекла и земли. Ваш диагноз? Тактика?

56. В стационар поступил больной из участковой больницы. Две недели назад на производстве получил травму – попал левой ногой под ленту транспортера, в результате чего получил скальпированную рану по задней поверхности голени с потерей кожного покрова на участке 25*15 см. В участковой больнице произведена первичная хирургическая обработка раны без пластики. Проведена антирабическая вакцинация. Накладывались повязки с антисептиками. Объективно: левая голень отечна, на коже имеются участки кровоподтека неправильной формы, желто-зеленого цвета. На задней поверхности голени имеется рана 23*12 см, выполнена грануляциями розового цвета. По краям имеется пояска эпителизации шириной от 2 до 3 мм. Отделяемое из раны серозное, скудное. Ваш диагноз? Тактика?

57. При взрыве больной получил ожоги левой боковой поверхности туловища и конечностей. В этих областях разлитая гиперемия кожи, пузыри, местами участки бледно-серого цвета, лишенные чувствительности. Поступил на 5 часу с момента травмы. Возбужден, постоянно меняет позу, стараясь облегчить страдания. Поврежденные участки тела и конечности под повязками. Пульс 120 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД= 110 и 80 мм рт. ст. Не мочился. Судя по промоканию повязки и зонам болезненности при пальпации через повязку, общая площадь ожогов 30%, из них глубоких - 10% поверхности тела. Ваш диагноз? Мероприятия первой помощи?

58. Больной при взрыве получил ожоги. Кожа кистей и лица гиперемирована, имеются пузыри. При поступлении: повязки на ожоговых поверхностях лежат хорошо. Тошнота, рвота. Лицо отечно. Общее состояние средней тяжести. При эвакуации возникла тошнота, рвота общая слабость, недомогание. Пульс 102 в мин. АД=110/60. Повязки на ожоговых поверхностях промокли раневым экссудатом. Ваш диагноз? Хирургическая тактика?

59. Больной на пожаре получил ожоги груди, живота, лица и обеих верхних конечностей. Лицо отечно, гиперемировано, веки раскрывает с трудом. Видит хорошо. На верхней левой поверхности груди и левом плече – плотный коричневый ожоговый струп. Доставлен в стационар через 4 часа с момента травмы. Жалобы на общую слабость, чувство жжения в области лица, верхних конечностей, туловища, жажду, тошноту. Отмечается жажда, тошнота, была однократная рвота. Эйфоричен. Ожоговые поверхности верхних конечностей, туловища под повязками. Лицо отечно, гиперемировано, веки раскрывает с трудом. Видит хорошо. Пульс 115 в мин. АД=110/75. Не мочился. Ваш диагноз? Мероприятия первой врачебной помощи?

60. Больной 30 лет в быту получил поверхностное повреждение мягких тканей левого предплечья. Спустя 4 дня после травмы почувствовал боль в левой подмышечной впадине и заметил покраснение кожи левого

предплечья и плеча по внутренней поверхности, движения в суставах конечности стали болезненные. При осмотре в левой подмышечной впадине пальпируются увеличенные лимфоузлы. Ваш диагноз и тактика.

61. Кормящая мать внезапно почувствовала жар, температура тела до 38,5 градусов, затем почувствовала боль в левой груди. Объективно: контуры молочной железы сохранены, но левая железа несколько больше правой, пальпация ее болезненная. Ваш диагноз и тактика.

62. Больная 40 лет почувствовала недомогание, слабость, головную боль, вечером того же дня появился озноб с лихорадкой до 40 градусов. Ночью беспокоила жгучая боль в левой голени. При осмотре на передней поверхности левой голени яркая краснота в виде «географической карты», отек кожи, болезненность при пальпации. Ваш диагноз? Лечение?

63. У больного пневмонией усилились боли в груди, возобновилась высокая температура по вечерам, резко возрос лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг в формуле белой крови. Над пневмоническим очагом появилось притупление перкуторного звука и ослабленное дыхание, присоединился кашель с обильным количеством гнойной мокроты. Предположительный диагноз? Тактика?

64. Имеется цианоз кожных покровов, набухание вен шеи, расширение границ лёгкого. При рентгенологическом обследовании больного с гнойным плевритом обнаружено, что в плевральной полости определяется уровень жидкости до IV ребра. Какое лечение предпринять?

65. В отделении находится больной с заболеванием, осложненным нарушением эвакуации из желудка. Больной жалуется на жажду, чувство переполнения желудка, рвоту съеденной накануне пищей. Рвота приносит облегчение. Истощен. Кожа сухая, тургор ее снижен. Язык обложен белым налетом. Живот не вздут, видны контуры желудка, имеется видимая перистальтика, шум плеска натошак. Стула не было 5 дней, мочи мало. Анализ крови: эритроциты – 4,5, гемоглобин 150 г/л, гематокрит -55%. АД 100 и 60 мм.рт.ст., пульс 92. Какие функциональные нарушения имеют место в организме? Чем это проявляется? Диагностика и лечение предполагаемых нарушений.

66. В послеоперационной палате через 1 час после операции по поводу зоба врач обратил внимание на бледность больной, пульс 140, слабого наполнения, АД 90 и 50 мм.рт.ст. Повязка на шее обильно промокла алой кровью. Каков характер осложнения? Каков план действий врача?

67. На вечернем обходе больной, которому утром была произведена аппендэктомия, предъявил жалобы на боли постоянного характера внизу живота. Повязка на ране сухая, пальпация по ходу раны слегка болезненна. Наибольшая болезненность определяется над лоном, где имеется эластическое с четкими границами округлое образование, при ощупывании которого появляются боли в мочеиспускательном канале. После операции больной не мочился. Какой характер осложнения имеет место? Что необходимо произвести?

68. Ребенок 4 лет обратил внимание окружающих тем, что стал

малоподвижным, избегает игр с детьми, у него появилась измененная походка. Позднее появились опоясывающие боли, слабость нижних конечностей. При осмотре обнаружено пуговчатое выпячивание и болезненность остистого отростка 12 грудного позвонка, симптом «вожжей». На рентгенограммах позвоночника видно клиновидное сдавление 12 грудного позвонка, 17 деструкция 12 грудного и 1 поясничного позвонков. Каков предположительный диагноз? Какое лечение следует назначить?

69. Ребенок 5 лет месяц назад упал с дерева и ушиб область тазобедренного сустава. В последующие дни боль стихла, но появилось прихрамывание. Объективно: конечность в вынужденном положении умеренного сгибания. Окружность бедра больной ноги меньше здоровой на 1 см. Движения в правом тазобедренном суставе ограничены. Симптом Александра положительный. На рентгенограмме тазобедренного сустава обнаружено сужение суставной щели, очаг просветления в головке бедренной кости. Предположительный диагноз? Какое лечение следует назначить?

70. Пациент поступил в приёмное отделение с жалобами на боль в правой руке и отсутствия движения, выраженный отёк правого плеча. Со слов пациента 20 мин назад упал на правую руку. План вашего обследования.

71. Пациентка поступает с жалобами на схваткообразную боль в животе, рвоту с неприятным запахом, вздутие живота, неотхождение кала и газов. План вашего обследования.

72. В гнойное хирургическое отделение поступил больной 32 лет с жалобами на боль в правой паховой области, невозможность разогнуть правую ногу в тазобедренном суставе, высокую температуру (39,80С) с проливным потом и ознобами. Из анамнеза известно, что за шесть лет до поступления лечился по поводу тяжелой политравмы, осложнившейся остеомиелитом правой лонной кости. Впоследствии дважды поступал в стационар по поводу гнойного свища в правой паховой области. При осмотре обращает на себя внимание вынужденное положение больного: правое бедро приведено к брюшной стенке, попытка разогнуть его вызывает резкую боль в паховой области. Пальпаторно над правой паховой складкой определяется плотный болезненный инфильтрат, уходящий к крылу подвздошной области. Какой

предположительный диагноз и дополнительные методы исследования для его уточнения?

73. Больная 58 лет поступила в ЛОР-клинику на шестые сутки от начала заболевания с клиникой левостороннего паратонзиллярного абсцесса, по поводу чего было произведено его вскрытие и 18 дренирование. На следующий день отметила боль и покраснение на передне-боковой поверхности шеи справа, осиплость голоса, затруднение при глотании. При осмотре обращает на себя внимание вынужденное положение: голова больной наклонена вперед и вправо, попытка выпрямиться приводит к усилению боли. Вся правая половина шеи гиперемирована, при пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат, занимающий зону

гиперемии. Надавливание на инфильтрат приводит к выделению из ротовой полости гноя. Каковы диагноз и Ваши действия?

74. Больному 43 лет по поводу инородного тела (рыбья кость) верхней трети пищевода проводилась прямая эзофагоскопия с удалением инородного тела. На следующий день отметил повышение температуры до 39, С, озноб, а к вечеру появился отек на передней поверхности шеи. Через двое суток после манипуляции хирург, вызванный на консультацию, отметил распространенный отек всей передней поверхности шеи, гиперемию кожи, подкожную эмфизему, уходящую на верхнюю треть груди и нижнюю часть лица. Яремная вырезка не определяется. Пальпация шеи болезненна. Какой диагноз и дополнительные методы исследования?

75. Житель сельской местности 29 лет обратился к хирургу с жалобами на наличие умеренно болезненного образования в правом подреберье, периодически возникающий кожный зуд, сопровождающийся высыпаниями на коже и повышением температуры тела. В правом подреберье определяется опухолевидное образование округлой формы с четкими границами, плотно-эластической консистенции 8,5x10 см, умеренно болезненное. При УЗИ в правой доле печени округлое образование с четкими контурами, заполненное жидкостью. В общем анализе крови эозинофилия, достигающая 15%. Какой диагноз? Какое лабораторное исследование необходимо провести? Какое лечение?

76. Ребенок 10 лет, из сельской местности, поступил в хирургическое отделение с клинико-лабораторными признаками механической желтухи. Со слов матери ребенка, два года назад он был оперирован по поводу острой obturационной кишечной непроходимости, вызванной закупоркой просвета кишки клубком аскарид. В течение последующего времени у ребенка периодически отмечались сильный кожный зуд, субфебрильная температура, кратковременно появлялась иктеричность склер и кожи. Какой предположительный диагноз? Какое лечение назначить?

77. Больная, 15 лет, поступила через 16 часов от начала заболевания с жалобами на боли по всему животу. Заболела остро, когда появились боли постоянного характера средней интенсивности в области пупка, распространившиеся затем по всему животу. Прием 2 таблеток но-шпы эффекта не дал. При осмотре состояние удовлетворительное. Пульс=76 в мин. $T_{ax}=37,3$ градуса. $T_{rect}=37,8$ градуса. Лейкоцитоз=5400. Общий анализ мочи без патологии. При пальпации живота справа в подвздошной области отмечаются положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского. При ректальном обследовании: ампула пуста, нависания нет, исследование безболезненное. Ваш диагноз? Тактика?

78. Больная, 31 года, находится в клинике 6 суток по поводу аппендикулярного инфильтрата. Получает антибиотики, местно - холод. Сохраняется температура по вечерам до 38,5 градуса, лейкоциты=12000. Сегодня усилились боли в области инфильтрата, при осмотре обнаружено увеличение его границ. Ваш диагноз? Тактика?

79. В приемный покой ЦРБ обратился мужчина, 40 лет, с жалобами

на слабость, головокружение, рвоту, боли в животе. Заболел примерно 16-18 часов назад, когда постепенно появились боли по всему животу, локализовавшиеся затем внизу живота справа. К врачу не обращался, лег спать, однако ночью боль не утихла. На утро пошел на работу, однако, работать не смог из-за присоединившейся слабости, рвоты. При осмотре: выражение страдания на лице. Пульс=92 в мин. При пальпации живота отмечается напряжение мышц в правой подвздошной области, выраженная болезненность при пальпации в остальных отделах живота. Перистальтика угнетена. $T_{ax} = 37,6$ градуса. $T_{rect} = 38$ градусов. Лейкоциты=16000. При ректальном обследовании нависание свода, болезненность тазовой брюшины. Ваш диагноз? Тактика?

80. Больной 62 лет, по поводу хронического калькулезного холецистита произведена холецистэктомия. Через несколько часов падение артериального давления, снижение гемоглобина до 40 г/л, тахикардия. Какое послеоперационное осложнение возникло?

- 1) - динамическая непроходимость кишечника
- 2) - ишемическая болезнь сердца, инфаркт
- 3) - тромбоэмболия легочной артерии
- 4) - внутрибрюшное кровотечение
- 5) - желчный перитонит

81. С целью подготовки к операции больного с длительной механической желтухой на почве ЖКБ важно произвести:

- 1) - лапароскопическую холецистостомию
- 2) - эндоскопическую папиллотомию
- 3) - чрескожное чреспеченочное дренирование гепатикохоледоха
- 4) - гемосорбцию
- 5) - эндоскопическую папиллотомию и назобилиарное дренирование.

82. Больная, 72 лет, поступила к исходу вторых суток от начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье и по всему животу, тошноту, рвоту. Год назад с подобными болями находилась в ЭХО, где при УЗИ-обследовании были выявлены камни желчного пузыря. От предложенной операции тогда отказалась. Объективно: состояние тяжелое. Черты лица заострены. 21 Язык сухой, обложен коричневым налетом. АД = 90/60 мм рт.ст. PS = 120 в минуту. Лейкоциты = 18×10^9 /л. Живот напряжен, в дыхании не участвует. При пальпации выявляется резкая болезненность по всем отделам, выражены симптомы Щеткина-Блюмберга и Раздольского. При лапароскопии: желтый мутный выпот с пленками фибрина во всех отделах живота. В подпеченочном пространстве не дифференцируемый инфильтрат. Предположительный диагноз? Хирургическая тактика?

83. Больная, 74 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на желтушное окрашивание кожных покровов, кожный зуд. Объективно: астенична, кожные покровы шафранно- желтые. Язык обложен коричневым налетом. Живот «впалый». При пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, где пальпируется подвижное, гладкое,

смещаемое образование 12x15 см. Перистальтика отчетливая. При ректальном исследовании: следы кала цвета замазки. Диагноз? Тактика обследования больной?

84. В приемный покой доставлен пациент, 82 лет, с жалобами на боли в животе. Собрать анамнез не представляется возможным из-за сенильной деменции у больного. Со слов дочери, 22 в течение трех последних дней стал отмечать наличие болей в животе. Все эти дни нет стула. В анамнезе у больного инсульт. При осмотре: состояние тяжелое, обусловленное возрастом больного, сопутствующими заболеваниями. АД=200 и 100 мм рт. ст. Пульс=80 в мин. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика выслушивается. В паховой области справа определяется опухолевидное образование 6x8 см, плотное, резко болезненное. Кожа над ним и вокруг него гиперемирована, горячая на ощупь. Ваш диагноз? Тактика?

85. В приемный покой поступила больная, 75 лет, с жалобами на рвоту, задержку отхождения кала и газов, боли в животе. Больна в течение 2 суток, вышеуказанные явления постепенно нарастали. В анамнезе у больной холецистэктомия, инфаркт миокарда. Объективно: состояние тяжелое. Ожирение I ст. Частота сердечных сокращений 92 в минуту, экстрасистолия. АД=180 и 100 мм рт. ст. Эр=3,8 млн. Лейкоцитоз=16000. Живот несколько вздут, в дыхании не участвует. По средней линии выше пупка в средней трети старого послеоперационного рубца определяется округлое опухолевидное образование 10x8 см, плотное, несмещаемое, болезненное при пальпации. Перистальтика угнетена. Симптомы раздражения брюшины достоверно не определяются. Ваш диагноз? Тактика?

86. У мужчины, 50 лет, доставленного по поводу ущемленной паховой грыжи (за 4 часа до поступления) последняя вправилась при транспортировке в отделение. Состояние при осмотре удовлетворительное. Худощав. Пульс=68 в мин. АД=110 и 85 мм рт. ст. Язык влажный, живот не вздут, участвует в дыхании, мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика единичными волнами. Наружное паховое кольцо пропускает 3 пальца, внутреннее не достигается из-за болезненности исследования. Диагноз? Тактика?

87. У пациента, 21 года, после перенесенной 3 года тому назад лапаротомии колото-резаного ранения в живот, неоднократно возникали боли схваткообразного характера, сопровождающиеся задержкой стула и газов. Прием но-шпы и теплая грелка на живот купировали боли. В настоящее время указанные средства не помогли, боли практически не прекратились. Дважды была рвота. При осмотре: Астенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, чистые. АД=110 и 70 мм рт. ст. Пульс=76 в мин, ритмичный. Живот не вздут, болезнен при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. Аускультативно: перистальтика редкими волнами, сопровождается усилением болей. Ваш предположительный диагноз? План обследования и

лечения больного?

88. Больной, 72 лет, на фоне хронических запоров отметил задержку стула на 7 дней. В последние два дня появилось некоторое вздутие живота, боли постоянного характера. В приемный покой направлен участковым врачом. При осмотре: повышенного питания. Кожные покровы обычные. Пульс =78 в мин, единичные экстрасистолы. АД=180 и 100 мм рт. ст. Живот большой, "лягушачий". При пальпации болезненный во всех отделах. Симптомы Щеткина- Блюмберга и Ровзинга отрицательны. Аускультативно: перистальтика редкими волнами. Ваш предположительный диагноз? План дальнейшего обследования?

89. Женщина, 50 лет, отметила появление схваткообразных болей внизу живота, тошнота, рвота (дважды). За несколько часов до этого съела большое количество хурмы. Через 12 часов от начала схваток доставлена в приемный покой ЦРБ. Объективно: состояние средней тяжести. Пульс=80 в мин, ритмичный. АД=160 и 75 мм рт. ст. Язык влажный, живот не вздут, в дыхании участвует ограниченно. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика угнетена. По средней линии живота, ниже пупка окрепший послеоперационный рубец после перенесенной 24 два года назад гистерэктомии. При обследовании per rectum ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы кала обычного цвета. На обзорной рентгенограмме брюшной полости - чаши Клойбера. Ваш диагноз? Тактика?

90. У больной 60 лет, диагностирован 10 лет тому назад узловой, эутиреоидный зоб. За последние полгода зоб увеличился вдвое, появилась слабость, быстрая утомляемость. При пальпации зоб плотный, малоподвижный, бугристый. Ваш диагноз? 1) - малигнизация зоба 2) - острый тиреоидит 3) - узловой зоб 4) - паратиреоаденома 5) - зоб Хашимото

91. Пациент 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на дискомфорт в области шеи при глотании, осиплость голоса, похудание, слабость. При осмотре отмечено увеличение щитовидной железы и шейных лимфатических узлов. Железа плотная, бугристая, малоподвижная. Необходимый объем обследования? Диагноз?

92. У пациентки 40 лет с клинической картиной гипертиреоза при ультразвуковом исследовании обнаружен одиночный узел в правой доле щитовидной железы. Радиоизотопное сканирование показало активное накопление йода в проекции узла. Предварительный диагноз? Тактика?

93. Через 3 недели после родов на фоне лактации пациентка М., 25 лет отметила появление боли в правой молочной железе, нагрубание ее, повышение температуры тела до 38,4° С. При осмотре области молочной железы в верхненаружном квадранте кожа гиперемирована, здесь же определяется болезненный инфильтрат. Диагноз? План лечения.

94. Пациентка 23 лет отмечает жалобы на появление боли в молочных железах перед менструацией, их уплотнение. При пальпации молочной железы отмечается уплотнение дольчатого характера с неровной поверхностью, тяжесть ткани и болезненность всей молочной железы. Диагноз? Необходимое обследование и лечение?

95. Пациент 50 лет предъявляет жалобы на затрудненное прохождение твердой пищи, похудание, слабость. Затруднение прохождения пищи, поперхивание при торопливой еде отметил около трех месяцев назад. Постепенно явления дисфагии нарастали. В последнее время стал отмечать появление боли за грудиной, периодически срыгивание не переваренной пищей.

96. Пациент 45 лет предъявляет жалобы на зябкость, судороги и парестезии в нижних конечностях, повышенную утомляемость. Курит более 20 лет. В анамнезе неоднократные переохлаждения. Симптом перемежающейся хромоты 500 м. При объективном обследовании отмечается снижение пульсации сосудов стоп. Предположительный диагноз? План обследования?

97. Пациент 60 лет предъявляет жалобы на постоянные боли в левой нижней конечности, вынужден спать с опущенной конечностью. При объективном обследовании обращает на себя внимание бледность и шелушение кожи на нижних конечностях, атрофия мышц, утолщение ногтей. Пульсация сохранена только на бедренной артерии справа. Левая стопа холоднее правой, отекает. Предположительный диагноз? План обследования и лечения?

98. У больного 70 лет с острым абсцессом легкого диаметром до 10 см, расположенным вблизи грудной стенки, имеются признаки тяжелой интоксикации. Какой метод лечения Вы выберете?

- 1) - бронхоскопия с катетеризацией полости абсцесса
- 2) - торокотомия с тампонадой полости абсцесса
- 3) - пункционное дренирование абсцесса через грудную стенку
- 4) - торакотомия с лобэктомией
- 5) - общая антибиотикотерапия

99. Больной, 19 лет, поступил через 1 час после возникновения болей в животе с иррадиацией в правое и левое надплечье. До этого считал себя здоровым. Периодически беспокоила изжога. При осмотре: состояние удовлетворительное. Живот при пальпации мягкий. Умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии. Положительный френникус- симптом справа. На обзорной рентгенограмме брюшной полости справа - серп воздуха. Ваш диагноз? Тактика?

100. Больная, 62 лет, доставлена в хирургическое отделение ЦРБ через 2 суток от начала заболевания. Последнее началось с резких болей в эпигастрии, распространившихся затем на весь живот. Принимала но-шпу, анальгин, связывая свое состояние с обострением язвы, которой страдает в течение 30 лет. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы сухие, горячие. $PS=120$ в мин. $T_{ax} = 38$ градусов. $T_{rect} = 38,5$ градусов. $Эр.=4,2$ млн. Лейкоциты=8000. $СОЭ=32$ мм/час. В моче сахар до 1%, лейкоциты=10-15 в поле зрения. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, напряжен и болезнен во всех отделах. Отчетливо определяется притупление в отлогих частях живота и отсутствие печеночной тупости. 29 Ваш диагноз? Тактика?

101. Рядовой М., 20 лет, ранение получил в результате взрыва ручной гранаты. Поступил на МПП через 2 часа после ранения. Объективно: активен, пульс 80 в минуту, АД 120/60. На 31 наружной поверхности правого плеча и боковой поверхности груди справа имеются 12 точечных входных отверстий, покрытых корочками свернувшейся крови. Диагноз. Помощь на МПП.

102. Рядовой А., 22 года, пулевое ранение левого бедра. Доставлен на МПП через 3 часа после ранения. Конечность иммобилизована импровизированными шинами. Объективно: бледен, пульс 110 в минуту, АД 100/50. На передней поверхности левого бедра в средней трети небольших размеров входное, на задней поверхности – выходное отверстие с рваными краями, размерами 2х2,5 см. объем бедра увеличен. При пальпации определяется болезненность и ощущение флюктуации в области ранения. Патологической подвижности нет. Пульсация периферических артерий ослаблена. Диагноз. Помощь на МПП.

104. Рядовой Ч., 20 лет, на МПП пришел самостоятельно через 3 часа после травмы. Был отброшен взрывной волной. При падении на землю ощутил острую боль в левом предплечье. Санитар произвел иммобилизацию левой руки косынкой. Объективно: общее состояние не нарушено. Пульс 80 в минуту. АД 120/80. В средней трети деформированного предплечья имеется отек, деформация. При пальпации определяется патологическая подвижность и крепитация костных отломков. Установить и обосновать диагноз. Провести внутривенную сортировку. Изложить и обосновать объем медицинской помощи.

105. лейтенант К., 30 лет, доставлен на МПП на носилках через 2 часа после осколочного ранения левой голени. Состояние тяжелое. Бледен, адинамичен. Пульс 130 в минуту, слабого наполнения. АД 80/40. Левая голень иммобилизована досками. В средней трети голени промокшая кровью повязка. По снятии её обнаружено, что дистальный отдел голени связан с проксимальным тонким кожно- мышечным лоскутом. В рваную рану выступает отломок проксимального фрагмента большеберцовой кости. Кровотечение капиллярное. Установить и обосновать диагноз. Провести внутривенную сортировку. Изложить и обосновать объем медицинской помощи.

106. Старший сержант Т., 25 лет, доставлен на МПП через 2 часа после ранения осколком артиллерийского снаряда. В верхней трети левого плеча наложен жгут, в средней трети плеча имеется повязка, промокшая кровью, плечо деформировано. Конечность прибинтована к груди. 33 Состояние средней тяжести. Бледен, пульс 104 в минуту. АД 90/70. Установить и обосновать диагноз. Провести внутривенную сортировку. Изложить и обосновать объем медицинской помощи.

107. Рядовой Т., 22 лет, доставлен на МПП через 2 часа после пулевого ранения на носилках. Состояние тяжелое. Жалобы на полную потерю опоры левой ноги. Заторможен. Бледен. Пульс 126 в минуту. АД 70/40. В левой паховой области повязка, обильно промокшая кровью. Иммобилизации нет.

После снятия повязки: на 2 см ниже паховой связки, под её средней третью рана 1x1,5 см, выходное отверстие на 5 см кзади от большого вертела размерами 4x5 см с рваными краями. В момент осмотра артериального кровотечения нет. Левая конечность ротирована наружу. Поднять её раненый не может. Установить и обосновать диагноз. Провести внутрипунктовую сортировку. Изложить и обосновать объем медицинской помощи.

108. Рядовой А., 25 лет, доставлен на МПП через два часа после травмы. Был отброшен взрывной волной. При ударе головой о землю потерял сознание на 3-5 минут. Объективно: сознание сохранено. Бледен. Жалуется на головную боль и головокружение. Пульс 60 в минуту. АД=120/70 мм рт. ст. Рефлексы сохранены. Определяется нистагм. Повреждений кожных покровов нет. Установить и обосновать диагноз. Провести внутрипунктовую и эвакуационно-транспортную сортировку. Изложить и обосновать объем медицинской помощи.

109. Капитан Д., 35 лет, доставлен на МПП попутной машиной в бессознательном состоянии. Два часа назад получил осколочное ранение черепа. На голове повязка в правой лобно- височной области, промокшая кровью. Объективно: в ротовой полости остатки рвотных масс. Язык западает. Дыхание затрудненное. Цианоз губ. Пульс 50 в минуту. АД=110/70 мм рт. ст. Ригидность мышц затылка. Тонус правых конечностей нормальный. Левые конечности падают как плеть. Анизокория справа. При дыхании левая щека «парусит». Слева симптомы Бабинского. Установить и обосновать диагноз. Провести внутрипунктовую и эвакуационно-транспортную сортировку. Изложить и обосновать объем медицинской помощи.

110. Рядовой И., 23 года, поступил на МПП через 2 часа после травмы. Был отброшен взрывной волной, упал животом на камень. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, на вопросы отвечает замедленно. Беспокоят боли в животе. Пульс 120 в минуту, АД 90/60. Язык сухой. Живот напряжен, определяется разлитая болезненность при пальпации, симптом Щеткина- Блюмберга положительный. При перкуссии отсутствует печеночная тупость, притуплений в отлогих частях живота нет. Диагноз? Тактика?

111. Рядовой С., 20 лет. Доставлен на МПП на носилках через час после разрушения землянки после взрыва снаряда и удара бревном в правое подреберье. Объективно: состояние тяжелое. Бледен. На лбу мелкие капли пота, кисти рук влажные. При попытке приподняться на носилках испытывает резкое головокружение. Пульс 130 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 70/40. Живот в верхних отделах мягкий, в нижних отделах умеренно напряжен и болезнен. При перкуссии печеночная тупость сохранена. В отлогих частях живота больше справа четко определяется притупление перкуторного звука. Диагноз? Тактика?

112. Лейтенант Н., 28 лет, доставлен на МПП на носилках в полусидячем положении. Около пяти часов назад был освобожден из-под

завала в блиндаже. Состояние тяжелое. Обращает на себя внимание одутловатость и цианоз лица, субконъюнктивальные кровоизлияния и мелкоочечные петехии, занимающие лицо, шею, надплечье и верхнюю половину грудной клетки. Одышка смешанного типа. ЧДД 30 в минуту. Кашель с выделением пенистой мокроты. Аускультативно – множественные влажные хрипы по всем полям. Пульс 108 в минуту. АД 100/60. Диагноз? Тактика?

113. Рядовой А., 21 года, доставлен на МПП на носилках в полусидячем положении. Два часа назад получил осколочное ранение правой половины груди. Жалобы на боли в правой половине груди, затрудненное дыхание, при кашле выделяется кровь. Лицо и губы цианотичны. На груди повязка, промокшая кровью. На вдохе под повязкой слышен звук присасывания воздуха. ЧДД 36 в минуту. Пульс 130 в минуту. АД 70/40. Диагноз? Тактика?

114. Рядовой К., 20 лет, доставлен на МПП через 1,5 часа после пулевого ранения на носилках в полусидячем положении. Жалобы на боль в правой половине груди, затрудненное дыхание, кашель с прожилками крови. Объективно: состояние тяжелое. Бледен, цианотичен. Наложённая ранее повязка сползла и рану не закрывает. На передней поверхности груди справа на уровне IV ребра по срединноключичной линии рана размером 1,5x2 см, закрытая сгустком крови. Сзади на уровне угла лопатки выходное отверстие размером 3x2 см, также закрытое сгустком крови. Перкуторно – притупление легочного звука до нижнего края III ребра. Пульс 130 в минуту. АД 80/60. Диагноз? Тактика? 20. Сержант К., 24 лет, пришел на МПП самостоятельно. Получил осколочное ранение груди 4 часа назад. Жалобы на незначительные боли в левой половине груди в области раны. Повязка на ране лежит плохо, частично сместилась, умеренно пропитана кровью. Присасывания воздуха под повязку нет. При перкуссии слева на всем протяжении легочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание. Пульс 80 в минуту. АД 120/70. Диагноз? Тактика?

115. Рядовой М., 20 лет, доставлен на МПП на носилках. Получил пулевое ранение левой половины груди 30 минут назад. Доставлен на носилках. Состояние тяжелое. Бледен, лицо цианотично, выражено набухание шейных вен. В IV межреберье слева по срединноключичной линии овальной формы рана размером 1x1,5 см, закрытая сгустком крови. Границы сердца расширены в поперечнике. Тоны резко приглушены. Пульс 30 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 85/40. Диагноз? Тактика?