федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

«Общая хирургия, оперативная хирургия, анестезиология, урология»

\_\_\_\_\_32.05.01 Медико-профилактическое дело\_\_\_\_\_

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования 32.05.01 Медико-профилактическое дело,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № \_\_\_\_11\_\_\_\_\_ от «\_22\_\_» \_\_\_\_06\_\_\_\_\_2018\_\_\_

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование компетенции | Индикатор достижения компетенции |
| ОПК-4 способен применять медицинские технологии, специализированное оборудование и медицинские изделия, дезинфекционные средства, лекарственные препараты, в том числе иммунобиологические, и иные вещества и их комбинации при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины | Инд.УК.4.1 Знать источники и пути распространения хирургической инфекции. |
| Инд.УК.4.2 Понимать общие принципы организации работы хирургического отделения и санитарно-гигиенического режима; |
| Инд.УК.4.3 Знать методы профилактики воздушного, контактного, имплантационного инфицирования; методы антисептики |
| ОПК-6 способен организовывать уход за больными и оказывать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения, а также обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения | Инд.ОПК.6.1Уметь собрать анамез, провести физикальное обследование, оценить состояние пациента на основе выявленных клинических синдромов. |
| Инд.ОПК.6.2 Оказать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе в условиях чрезвычайных ситуаций, в очагах массового поражения |

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль №1** \_Общие вопросы хирургии

**Тестирование:**

**Вариант I**

**1. К биологическим антисептикам относят:**

1. Сульфаниламидные препараты;
2. Детергенты;
3. Протеолитические ферменты;
4. Производные нитрофурана.

**2. Микрофлору кожного покрова относят к инфекции:**

1. Эндогенной;
2. Экзогенной;
3. Контактной
4. Имплантационной.

**3. Как часто проводится бактериологический контроль стерильности перевязочного материала?**

1. Ежедневно;
2. Каждый раз после стерилизации;
3. Один раз в месяц;
4. Один раз в 10 дней.

**4. Когда и где осуществляется бактериологический посев для контроля за стерильностью перевязочного материала?**

1. После автоклавирования в стерилизационной комнате;
2. В операционной перед операцией;
3. В операционной сразу же после доставки материала из автоклавной;
4. В операционной после операции.

**5. В каком ответе правильно указана основная цель проведения предварительной (до начала стерилизации) продувки автоклава?**

1. Предотвратить увлажнение материала;
2. Повысить давление в рабочей камере;
3. Обеспечить контакт стерилизуемого материала с паром;
4. Повысить температуру в стерилизационной камере.

**6. Какой способ наиболее рационально использовать для контроля за стерилизацией, если последняя проводится в автоклаве паром под давлением 2,0 атмосферы?**

1. Способ Микулича;
2. Ленточный индикатор стерилизации;
3. Плавление антипирина;
4. Плавление бензойной кислоты.

**7. Бактериологический метод определения стерильности автоклавированного операционного белья и перевязочного материала контролирует:**

1. Работу автоклава;
2. Постановку работы по асептике в данном лечебном учреждении;
3. Возможность использования материала;
4. Стерильность автоклавированного материала.

**8. При положительной азопирамовой пробе инструменты подвергаются:**

1. повторному промыванию;
2. повторному помещению в дезинфицирующий раствор;
3. цикл предстерилизационной подготовки повторяется полностью;
4. промыванию в проточной воде.

**9. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проходит в режиме:**

1. 180º С – 60 мин;
2. 180º С – 20 мин;
3. 132º С – 60 мин;
4. 132º С – 20 мин.

**10. Для стерилизации оптических инструментов используют:**

1. окись этилена;
2. закись азота;
3. хлороформ;
4. трихлорэтилен.

**11. Для экстренной стерилизации инструмента, понадобившегося во время операции, можно использовать:**

1. «Первомур»;
2. Обжигание инструмента;
3. Озонатор;
4. Раствор борной кислоты.

**12. Какой метод применяется для стерилизации эндоскопических инструментов:**

1. паровой стерилизатор;
2. кипячение;
3. озонатор;
4. обжигание.

**13. С чего начинается предстерилизационная обработка использованного инструментария?**

1. с промывания в проточной воде;
2. с замачивания и промывания в моющем растворе;
3. с промывания в дезинфицирующем растворе;
4. с обжигания.

**14. Хирургический инструментарий используют:**

1. при плановых операциях после получения результатов бактериологического контроля;
2. всегда после получения результатов бактериологического контроля;
3. сразу же после стерилизации;
4. после предстерилизационной подготовки.

**15. Какой системе организма принадлежит ведущая роль в механизмах компенсации в первые минуты и часы острой кровопотери?**

1. Дыхательная система;
2. Органы кроветворения;
3. Сердечно-сосудистая система;
4. Депо жидкости (подкожно-жировая клетчатка, мышцы).

**16. Какие показатели являются более достоверными в клинике продолжающегося кровотечения?**

1. Показатели пульса и АД;
2. Показатели гемоглобина и эритроцитов;
3. Цвет кожных покровов;
4. Центральное венозное давление.

**17. Назовите причину вторичных ранних кровотечений:**

1. Повышение АД, снятие спазма сосудов;
2. Гнойное расплавление тромба;
3. Аррозия сосуда;
4. Расплавление стенки сосуда воспалительным процессом.

**18. Для оценки объема кровопотери используют следующие показатели:**

1. Почасовой диурез;
2. Определение количества тромбоцитов;
3. Определение протромбинового индекса времени свертывания крови;
4. Определение количеств эритроцитов в периферической крови, содержание гемоглобина, гематокрита.

**19. Давящая повязка показана как метод временной остановки кровотечения при:**

1. Артериальном кровотечении;
2. Паренхиматозном кровотечении;
3. При аррозионном кровотечении;
4. Кровотечении из мелких сосудов.

**20. Кровотечение из подключичной области алой пульсирующей струей. Какое осложнение наиболее вероятно:**

1. Жировая эмболия;
2. Воздушная эмболия;
3. Геморрагический шок;
4. Флебит.

**21. Терминальная (контактная) анестезия применима:**

1. при эндоскопическом исследовании желудка;
2. при подкожном панариции;
3. при флегмоне предплечья;
4. у больного с аппендицитом.

**22. Инфильтрационная анестезия обеспечивает контакт анестетика:**

1. только с нервными окончаниями;
2. только с нервными стволами;
3. с нервными окончаниями и мелкими нервами;
4. с ганглиями.

**23. При попадания иглы в субарахноидальное пространство характерны следующие признаки:**

1. отсутствие обратного истечения жидкости из иглы;
2. истечение жидкости из иглы;
3. истечение артериальной крови;
4. медленное истечение венозной крови.

**24.Достоинством местной инфильтрационной анестезии является:**

1. полная анестезия;
2. техническая простота;
3. миорелаксация;
4. управляемость.

**25. При операциях на пальцах кисти применяют:**

1. Анестезию по Оберсту-Лукашевичу;
2. Внутривенную регионарную анестезию;
3. Циркулярную блокаду поперечного сечения;
4. Терминальную анестезию.

**26. Шейная вагосимпатическая блокада проводится для:**

1. Профилактики и лечения плевропульмонального шока при травмах грудной клетки;
2. лечения острой кишечной непроходимости;
3. лечения острого холецистита;
4. лечения почечной колики.

**27. Какие наркотические вещества являются газообразными?**

1. эфир;
2. фторотан;
3. хлороформ;
4. закись азота.

**28. Какой состав медикаментов наиболее часто применяется для премедикации перед экстренной операцией:**

1. этаминал натрия, фенобарбитал, седуксен;
2. промедол, димедрол, атропин;
3. седуксен, эуфиллин, но-шпа;
4. кофеин, кордиамин, лобелин.

**29. Комбинацией каких препаратов осуществляется нейролептаналгезия:**

1. барбитураты и наркотически анальгетики;
2. седативные средства или транквилизаторы и наркотически анальгетики;
3. нейролептики и наркотически анальгетики;
4. наркотические анестетики и наркотически анальгетики.

**30. Какие анестетики применяются для внутривенного наркоза:**

1. калипсол, тиопентал натрия, гексенал;
2. анальгин, анестезин, новокаин;
3. ортофен, кеторол, спазган;
4. димедрол, супрастин, тавегил.

**31. Для профилактики аспирационного синдрома (Мендельсона) у ургентных больных необходимо:**

1. опорожнить желудок через зонд;
2. дать слабительные;
3. назначить соду по 1 ч. ложке за 30 минут до еды;
4. назначить спазмолитик.

**32. Если во время наркоза маской у больного наступила рвота, то следует:**

1. приподнять головной конец операционного стола, убрать маску и дать;
2. дышать чистым кислородом;
3. повернуть голову больного на бок, очистить ротовую полость от рвотных масс;
4. опустить головной конец операционного стола, произвести трахеостомию;
5. провести интубацию трахеи.

**33. Назовите группу крови человека, определаемую цоликлонами, если произошла агглютинация с цоликлоном анти-А, анти-В и анти-АВ;**

1. первая группа крови;
2. четвертая группа крови;
3. вторая группа;
4. требуется дополнительное исследование.

**34. Имеются ли у «резус-отрицательного» человека антигены систем «резус»:**

1. нет;
2. да;
3. вопрос не изучен;
4. в исключительных случаях имеются.

**35. Больному с резус-положительной кровью во время плановой операции врач решил перелить резус-отрицательную кровь. В анамнезе кровь не переливалась. Оъясните правильность выбранной тактики:**

1. тактика правильная;
2. вопрос не изучен;
3. тактика неправильная;
4. можно перелить 500,0 крови.

**36. Укажите показания к применению правила Оттенберга:**

1. плановая операция;
2. экстренная операция;
3. радикальная операция;
4. паллиативная операция.

**37. Опасный универсальный донор – это человек с первой группой крови:**

1. перенесший вирусный гепатит;
2. имеющий высокий титр естественных агглютининов;
3. которому ранее переливалась донорская кровь;
4. только что перенесший острое респираторное заболевание.

**38. Агглютиногены обладают:**

а) иммуногенностью;

б) агглютинабельностью;

в) специфичностью;

г) аллергенностью.

***Выбрать правильную комбинацию ответов:***

1. а, б;
2. а, г;
3. а, в;
4. б, г.

**39. Одно из положений современной гемотрансфузионной тактики звучит следующим образом:**

1. Показаний к переливанию эритромассы нет;
2. Показаний к переливанию цельной крови нет;
3. Показаний к переливанию плазмы нет;
4. Вместо переливания крови - переливать кровезаменители.

**40. Переливание цельной крови показано:**

1. В экстремальной ситуации у взрослых при отсутствии необходимых компонентов крови;В виде исключения при продолжительных плановых операциях;
2. В детской практике при отсутствии необходимых компонентов крови;
3. При профузных кровотечениях, массивной кровопотере у детей при отсутствии необходимых компонентов крови.

**41. При острой анемии вследствие массивной кровопотери основанием для переливания эритромассы является:**

1. Снижение уровня гемоглобина ниже 70-80 г/л;
2. Потеря 25-30 % ОЦК;
3. Снижение гематокрита ниже 25%;
4. Все вышеизложенное.

**42. При постановкетпробы на индивидуальную совместимость по АВО-системе используют:**

1. Кровь больного и сыворотку донора;
2. Сыворотку реципиента и кровь донора;
3. Кровь донора и кровь реципиента;
4. Кровь донора, сыворотку реципиента и 33% раствор полиглюкина.

**43. Пробу на индивидуальную совместимость по RH-системе проводят:**

1. С 33% раствором полиглюкина;
2. С 10% раствором желатина;
3. Путем проведения непрямой пробы Кумбса;
4. Любым из указанных выше способов.

**44. К препаратам крови-корректорам свертывающей системы относят:**

1. Альбумин, протеин;
2. Криопреципитат, фибриноген, тромбин;
3. Раствор аминокапроновой кислоты;
4. Тромбоцитный концентрат.

**45. Доброкачественной опухолью является (выберите правильный ответ):**

1. Аденокарцинома;
2. Невринома;
3. Ангиосаркома;
4. Меланобластома.

**46. У больного до операции диагностирован рак желудка. Опухоль в антральном отделе, до 1 см в диаметре. Регионарных и отдаленных метастазов не выявлено. Установите предварительную стадию заболевания по системе TNM:**

1) T1N1M0;

2) T4 N1M0;

3) T1N0M;0

4) T1N1M1.

**47. У больного при фиброгастроскопии выявлен рак желудка. При гистологическом исследовании – рак in situ. Определите глубину поражения опухолью:**

1. Слизистая, подслизистая;
2. Слизистая, подслизистая, мышечный слой;
3. Слизистая до базальной мембраны;
4. Слизистая, подслизистая, мышечный слой, серозная оболочка.

**48. У пациента диагностирован рак поджелудочной железы с множественными метастазами в печень, асцит. Больной нуждается в лечении:**

1. Радикальном;
2. Паллиативном;
3. Симптоматическом;
4. Не нуждается.

**49. Факультативный предрак – это:**

1. Предопухолевое заболевание, обязательно со временем переходящее в злокачественное;
2. Предопухолевое заболевание, необязательно со временем переходящее в злокачественное;
3. Злокачественное новообразование I стадии;
4. Доброкачественное новообразование.

**50. К осложнениям злокачественных опухолей относится:**

1. Кровотечение;
2. Метастазирование;
3. Рецидив;
4. Быстрый рост.

**Вариант II**

**1. В двойной упаковке крепированной бумагой стерильность операционного белья или перевязочного материала сохраняется в течение:**

1. 3 суток;
2. 1 недели;
3. 2 недель;
4. 4 недель.

**2.Профилактика имплантационной инфекции осуществляется:**

1. стерилизацией металлических инструментов;
2. стерилизацией шовного материала;
3. стерилизацией шприцов;
4. обработкой операционного поля.

**3. Срок хранения простерилизованного в сухожаровом шкафу инструментария:**

1. одни сутки;
2. трое суток;
3. до 6 часов;
4. до 12 часов.

**4. Прямой метод контроля за стерильностью осуществляют:**

1. методом посевов;
2. применение бензойной кислоты;
3. применение ИС-180;
4. применение максимального термометра.

**5. Вскрытие очагов гнойного воспаления относится к антисептике:**

1. Механической;
2. Физической;
3. Химической;
4. Биологической.

**6. Какой метод контроля за стерилизацией белья в автоклаве (из приведенных) является наиболее надежным?**

1. использование ленточного индикатора стерилизации;
2. плавление антипирина;
3. плавление пирамидона;
4. плавление резорцина.

**7. Минимальная температура, вызывающая гибель спороносных бактерий:**

1. 60° С;
2. 80° С;
3. 100° С;
4. 120° С.

**8. Азопирамовская проба контролирует:**

1. Наличие органических примесей и остатков моющего средства;
2. Только наличие крови;
3. Только наличие остатков моющего средства;
4. Стерильность инструмента.

**9. Стерилизация оптических инструментов проводится:**

1. паром под давлением;
2. в газовом стерилизаторе;
3. в сухожаровом шкафу;
4. обжиганием.

**10. Срок хранения простерилизованного в сухожаровом шкафу инструментария:**

1. одни сутки;
2. используют сразу после стерилизации;
3. трое суток;
4. до 6 часов;

**11. Можно ли пользоваться хирургическим инструментарием до получения результатов бактериологического контроля?**

1. нет нельзя;
2. можно только в экстренной ситуации;
3. да можно всегда;
4. можно только в плановой хирургии.

**12. Обессоливание, как этап предстерилизационной подготовки, заключается:**

1. промывании инструментов под проточной водой;
2. кипячении инструментов в течение 5 минут в дистиллированной воде;
3. кипячении инструментов в течение 15 минут в дистиллированной воде;
4. 4)подсушивании инструментов в сухожаровом шкафу после предстерилизационной обработки.

**13. Химический способ стерилизации – это стерилизация**

1. Кипячением;
2. В сухожаровом шкафу;
3. В озонаторе;
4. В автоклаве.

**14. Ленточный индикатор воздушной стерилизации контролирует:**

1. Максимальную температуру в сухожаровом шкафу;
2. Максимальную температуру в автоклаве;
3. Время максимальной температуры в сухожаровом шкафу;
4. Время максимальной температуры в автоклаве.

**15. Какие показатели являются более достоверными в клинике продолжающегося кровотечения?**

1. Цвет кожных покровов;
2. Показатели гемоглобина и эритроцитов;
3. Показатели пульса и АД;
4. Диурез.

**16. Что следует предпринять в первую очередь у больного с открытым переломом и кровотечением из поврежденной крепной арерии?**

1. введение наркотиков для обезболивания;
2. наложение жгута на конечность;
3. введение сердечных и сосудосуживающих средств;
4. иммобилизация конечности.

**17. При каком виде кровотечения следует реальная опасность воздушной эмболии?**

1. артериальное кровотечение (ранение лучевой артерии) ;
2. венозное кровотечение (ранение вен шеи);
3. венозное кровотечение (ранение вен голени);
4. артериальное кровотечение (ранение бедренной артерии).

**18. Какой из указанных показателей свидетельствует о тяжести кровопотери?**

1. Количество эритроцитов 3х1012/л;
2. Коллапс;
3. Количество тромбоцитов;
4. СОЭ, количество лейкоцитов.

**19. Кровотечения по отношению к внешней среде делятся на:**

1. внутренние;
2. вторичные;
3. капиллярные;
4. первичные.

**20. Назовите химические вещества, используемые для остановки кровотечения:**

1. эпсилон-аминокапроновая кислота;
2. папаверин;
3. реополиглюкин;
4. гепарин.

**21. При эпидуральной анестезии происходит блокада:**

1. Задних (чувствительных) корешков спинного мозга;
2. Передних (двигательных) корешков спинного мозга;
3. Задних и передних корешков спинного мозга;
4. Ствола спинного мозга.

**22. Субарахноидальная анестезия не должна выполняться у пациентов:**

1. С гипотонией;
2. С наличием инфекции в месте инъекции;
3. С грубой деформацией позвоночника;
4. Все верно.

**23. Укажите самый токсичный из местных анестетиков:**

1. лидокаин;
2. новокаин;
3. дикаин;
4. тримекаин.

**24. Для терминальной анестезии предпочтительнее использовать:**

1. 0,25% раствор лидокаина;
2. 0,5% раствор лидокаина;
3. 1% раствор лидокаина;
4. 2-10% раствор лидокаина.

**25. При внутривенной региональной анестезии жгут накладывается с целью:**

1. Обескровливания и создания депо анестетика;
2. Сдавления нерва;
3. Профилактики артериального кровотечения;
4. Создания венозного полнокровия.

**26. При инфильтрационной анестезии по А.В. ВИШНЕВСКОМУ имеет место:**

1. тугая инфильтрация тканей раствором анестетика;
2. используется анестетик в максимально низкой концентрации;
3. гидравлическая препаровка тканей;
4. все верно.

**27. К специальным компонентам анестезии относится:**

1. нейролептаналгезия;
2. гипотермия;
3. интубация трахеи;
4. миорелаксация.

**28. К общим компонентам анестезии относится:**

1. поддержание адекватного газообмена;
2. искусственное кровообращение (АИК);
3. поверхностная и глубокая гипотермия;
4. гипербарическая оксигенация.

**29. В какой стадии наркоза наблюдается расширение зрачка сохранением живой реакции на свет?**

1. первая стадия;
2. вторая стадия;
3. третья стадия - первый уровень;
4. третья стадия - второй уровень.

**30. В какой стадии наркоза наиболее показано проведение большинства операций?**

1. первая стадия;
2. вторая стадия;
3. третья стадия – первый, второй уровень;
4. третья стадия - третий, четвертый уровень.

**31. К задачам премедикации относят:**

1. седативный и потенцирующий эффект;
2. торможение нежелательных рефлекторных реакций;
3. подавление секреции слизистой дыхательных путей;
4. все перечисленное.

**32. Полузакрытый дыхательный контур характеризуется способом введения газонаркотической смеси и ее элиминации:**

1. вдох газонаркотической смеси с атмосферным воздухом и выдох в атмосферу;
2. вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата и выдох в атмосферу;
3. вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата, выдох в аппарат с возвратом в циркуляцию и частично в атмосферу;
4. вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата, выдох в наркозный аппарат с полным возвратом в циркуляцию.

**33. Полные агглютинины способны агглютинировать одноименные агглютиногены в:**

1. коллоидной среде;
2. солевой среде;
3. и в коллоидной и в солевой среде;
4. термостате.

**34. Титр сыворотки - это:**

1. максимальное ее разведение;
2. максимальное ее разведение, при котором невозможна реакция агглютинации с одноименным агглютиногеном;
3. максимальное ее разведение, при котором еще возможна реакция агглютинации с одноименным агглютиногеном;
4. минимальное ее разведение.

**35. Холодовые агглютинины способны агглютинировать одноименные агглютиногены при:**

1. температуре + 46-48º С;
2. комнатной температуре;
3. любой температуре;
4. температура не имеет решающего значения.

**36. Определите резус-принадлежность крови реципиента, которая не дала реакцию агглютинации с цоликлоном АНТИ-D:**

1. резус-положительная;
2. резус-отрицательная;
3. требуются дополнительные исследования;
4. необходимо исследование с анти-С и анти-Е-цоликлонами.

**37. Резус-иммунизация происходит, если:**

1. мать резус-положительная, а плод резус-отрицательный;
2. мать резус-положительная и плод резус-положительный;
3. мать резус-отрицательная, а плод резус-положительный;
4. мать резус-отрицательная и плод резус-отрицательный.

**38. Можно ли переливать кровь по жизненным показаниям реципиенту, группа крови которого и резус-принадлежность неизвестны?**

1. нет, нельзя;
2. можно;
3. можно только в условиях реанимационного отделения;
4. вопрос не изучен.

**39. Одно из положений современной гемотрансфузионной тактики звучит следующим образом:**

1. Переливать по показаниям компоненты крови;
2. Переливать по показаниям кровезаменители;
3. Переливать по показаниям цельную кровь;
4. Переливать по показаниям препараты крови.

**40. Показанием для переливания эритромассы являются:**

1. Различные виды анемий;
2. Ожоговый шок;
3. Травматический шок;
4. Все вышеизложенное.

**41. Показания для переливания свежезамороженной плазмы:**

1. Острый ДВС синдром;
2. Геморрагический шок;
3. Передозировка антикоагулянтов непрямого действия;
4. Все вышеизложенное.

**42. При проведении пробы на индивидуальную совместимость по RH-системе используют:**

1. Кровь донора + сыворотку реципиента + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl;
2. Кровь донора + кровь реципиента + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl;
3. Сыворотка донора + кровь реципиента + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl;
4. Кровь донора + антирезусная стандартная сыворотка + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl .

**43. Реинфузию проводят при повреждении:**

1. Паренхиматозных органов;
2. Кишечника;
3. Желудка;
4. Мочевого пузыря.

**44. К компонентам крови относят:**

1) Эритромассу, тромбоцитный концентрат, плазму;

2) Корректоры свертывающей системы;

3) Кровезаменители гемодинамического и дезинтоксикационного действия;

4) Все вышеизложенное.

**45. Наиболее злокачественной опухолью является:**

1. Плоскоклеточный ороговевающий рак;
2. Липома;
3. Низкодифференцированная аденокарцинома;
4. Недифференцированный рак

**46.** **У больной выявлен рак левой молочной железы: опухоль до 1,5 см в диаметре – в верхнем наружном квадранте, плотный увеличенный безболезненный лимфатический узел – в левой подмышечной области. Отдалённых метастазов не выявлено. Стадия заболевания по системе TNM:**

1) T1N1M0 ;

2) T4 N1M0;

3) T1N0M0;

4) T1N1M1.

**47. Наиболее точно понятию «паллиативная операция» соответствует:**

1. Удаление опухоли и её метастазов;
2. Сверхрадикальные операции;
3. Удаление опухоли с оставлением метастазов;
4. Оперативное лечение после проведения лучевой терапии.

**48. Критерий N по классификации TNM означает:**

1. Регионарные лимфатические узлы;
2. Отдалённые лимфатические узлы;
3. Верно 1 и 2;
4. Степень злокачественности опухоли.

**49. Когда больного, которому была удалена злокачественная опухоль, можно считать излеченным?**

1. Если опухоль была небольших размеров и удалена полностью;
2. Если во время операции не было выявлено метастазов;
3. Если в течение 5 лет после операции не было рецидива опухоли или

не возникли метастазы ;

1. Если операция была выполнена с учётом всех онкологических правил.

**50. Завершающим этапом диагностики опухолей является:**

1. Врачебный осмотр;
2. Эндоскопическая диагностика;
3. Морфологическая диагностика;

Ультразвуковая диагностика.

**Модуль №2**. Основы хирургии повреждений.

**I вариант**

1. КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ АБСОЛЮТНО ДОСТОВЕРЕН ДЛЯ ПЕРЕЛОМА?

1) Болезненность при пальпации

2) Припухлость в области травмы

3) Крепитация отломков

4) Кровоподтек

2. КАКАИЕ МИНИМАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ КИСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ПРИ ПЕЛЕЛОМАХ ПЛЕЧА И В/3 ПРЕДПЛЕЧЬЯ?

1) Активные движения в суставах кисти, пальцев

2) Пассивные движения пальцами

3) Динамометрия кисти

4) Измерение объема движений кисти и пальцев

3. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ОКАЗАЛОСЬ, ЧТО ИЗМЕНЕНЫ И АБСОЛЮТНАЯ, И ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ДЛИНА БЕДРА. КАКОЙ ДИАГНОЗ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ЭТИМ СИМПТОМОМ?

1) Вывих бедра

2) Ушиб бедра

3) Перелом бедра

4) Гемартроз

4. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПАДЕНИЯ ПОЯВИЛОСЬ ОГРАНИЧЕНИЕ ДВИЖЕНИЙ В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ, СИНДРОМ «ПРИЛИПШЕЙ ПЯТКИ», РОТАЦИЯ СТОПЫ КНАРУЖИ. НЕОБХОДИМО ЗАПОДОЗРИТЬ:

1) Перелом голени

2) Перелом бедра

3) Вывих стопы

4) Травму большеберцового нерва

5**.** КАКОЕ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ НЕ ПРИВОДИТ В АНАТОМИЧЕСКОМУ УКОРОЧЕНИЮ БЕДРА?

1) Угловое смещение

2) Смещение по длине с захождением

3) Смещение по длине с расхождением

4) Смещение по длине при многооскольчатом переломе

6**.** ПРИ КАКОМ ИЗ НАЗВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРОЯТЕН ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕЛОМ?

1) Воспалительное поражение мягких тканей вокруг кости

2) Воспаление легких

3) Метастазы злокачественной опухоли

4) Тромбофлебит глубоких вен конечности

7. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ БЕДРА В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ОТЛОМКИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ. НУЖНА ЛИ РЕНТГЕНОГРАФИЯ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ?

1) Не нужна

2) Во всех случаях

3) Только при подозрении на переломо-вывих бедра

4) При подозрении на патологический перелом

8. ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

1) профилактику развития и углубления травматического шока

2) репозицию отломков

3) остановку кровотечения

4) асептику раны при открытых переломах

9. ПРИ БЛОКАДЕ ОБЛАСТИ ПЕРЕЛОМА АНЕСТЕТИК ВВОДЯТ:

1) в мышечный футляр

2) периневрально

3) в гематому в области перелома

4) внутрикостно

10**.** ЭФФЕКТИВНАЯ РЕПОЗИЦИЯ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ НЕВОЗМОЖНА:

1) без эффективного обезболивания

2) без вытяжения дистального отломка по оси проксимального

3) при интерпозиции мягких тканей

4) всего перечисленного

11. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ В РАННИЕ СРОКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) признаки повреждения отломками сосудов, нервов

2) ложный сустав

3) оскольчатый перелом

4) косой перелом диафиза трубчатой кости

12. КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПОЗВОЛЯЕТ:

1) осуществлять постепенную репозицию и длительную фиксацию при функциональной нагрузке конечности

2) выполнить операцию без обезболивания

3) осуществить интрамедуллярный остеосинтез

4) отказаться от стимуляции процессов консолидации

13. НА ЭТАПЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРОТИВОПОКАЗАННО ОБЕЗБОЛИВАНИЕ:

1) холодом

2) парентеральным введением анальгетиков, в том числе наркотических

3) блокадой области перелома новокаином

4) анальгином в таблетках перорально

14. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ИСПОЛЬЗУЮТ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ:

1) кровезаменителей гемодинамического действия, наркотических анальгетиков

2) глюкокортикоидов, кристаллоидов

3) ненаркотических анальгетиков

4) всех перечисленных веществ

15. КАК ВЛИЯЕТ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ НА СРОК ЗАЖИВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМА?

1) Не изменяет

2) Замедляет

3) Ускоряет

4) В ранние сроки ускоряет, затем замедляет

16. БОЛЬНОЙ ПОСТУПИЛ В ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ С РВАНО-УШИБЛЕННОЙ РАНОЙ ЛОБНОЙ ОБЛАСТИ, КОТОРУЮ ПОЛУЧИЛ 5 ЧАСОВ НАЗАД. КАКОВА ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА?

1) Наложение стерильной повязки

2) Наложение повязки с антисептиками

3) Наложение первично-отсроченных швов

4) Первичная хирургическая обработка раны

17. ПО СТЕПЕНИ ИНФИЦИРОВАННОСТИ РАНЫ БЫВАЮТ:

1) Колотые, рубленные, укушенные, ушибленные

2) Инфицированные, операционные, случайные

3) Асептические, свежеинфицированные, гнойные

4) Проникающие, непроникающие, рваные

18. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПХО ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Загрязнение раны

2) Размозжение краев раны

3) Наличие признаков гнойного воспаления

4) Повреждение сухожилий

19. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ШВА:

1) Осаднение краев раны

2) Неуверенность в качестве ПХО

3) Зияние раны

4) Наличие капиллярного кровотечения

20. КАКОВО СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ I ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА?

1) Гидратация

2) Воспаления

3) Реорганизации рубца

4) Регенерация и пролиферация

21. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ЭВЕНТЕРАЦИЯ»:

1) Ущемление содержимого грыжевого мешка

2) Система мероприятий направленных на устранение пареза кишечника в послеоперационном периоде

3) Выпадение через рану органов брюшной полости

4) Рассечение стенки желудка

22. ТЕХНИКА ПХО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

1) Иссечение краев и стенок раны

2) Рассечение тканей по ходу раневого канала

3) Гемостаз

4) Все верно

23. В РАНЕ ИМЕЮТСЯ УЧАСТКИ НЕКРОТИЗИРОВАННОЙ КОЖИ, ПЛОТНО ФИКСИРОВАННЫЕ К ОКРУЖАЮЩИМ ТКАНЯМ, СТЕНКИ РАНЫ ПОКРЫТЫ СЛОЕМ ФИБРИНА, ОТДЕЛЯЕМОЕ ЗНАЧИТЕЛЬНО ГНОЙНОЕ, ВОКРУГ РАНЫ ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ, ОТЕК. СФОРМУЛИРУЙТЕ ДИАГНОЗ.

1)асептическая рана

2)свежеинфицированная рана

3)гнойная рана в фазе воспаления

4) гнойная рана в фазе регенерации

24. В ГНОЙНОЙ РАНЕ ИМЕЮТСЯ ОСТАТКИ НЕКРОТИЗИРОВАННОЙ ТКАНИ. ПОВЯЗКА С КАКИМ ИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА?

1)мазь Вишневского

2)протеолитические ферменты

3)антибиотики

4)сульфаниламиды

25. РАНЕВОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗДАЕТ ПРИТОРНО-СЛАДКОВАТЫЙ ЗАПАХ, НА ПОВЯЗКЕ СИНЕВАТЫЕ ПЯТНА. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНУЮ МИКРОФЛОРУ В РАНЕ.

1)стафилококк

2)кишечная палочка

3)синегнойная палочка

4)стрептококк

26. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ШОВ, НАКЛАДЫВАЕМЫЙ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ КРАЕВ ГРАНУЛИРУЮЩЕЙ РАНЫ?

1)провизорный шов

2)ранний вторичный шов

3)поздний вторичный шов

4)первично-отсроченный шов

27. ПЕРВИЧНО-ГНОЙНОЙ РАНОЙ СЧИТАЕТСЯ РАНА:

1) после получения случайного ранения

2) после вскрытия очага гнойного воспаления

3) в результате инфекционного осложнения асептической раны

4) в результате нагноения раны после ПХО

28. РАНА В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ИМЕЕТ РАЗМЕРЫ 20Х20СМ. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ ЛЕЧЕБНЫХ СРЕДСТВ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАННОЕ

1) антибиотикотерапия

2) пересадка кожи

3) мазевые повязки

4) стимулирующая терапия

29. У БОЛЬНОГО С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА РАНЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛЕНИ ИМЕЮТСЯ СИНЮШНЫЕ, ОТЕЧНЫЕ ГРАНУЛЯЦИИ. ЧТО ПРЕДПРИНЯТЬ ДЛЯ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ГРАНУЛЯЦИЙ?

1) кардиальная терапия

2) переливание эритроцитной массы

3) витаминотерапия

4) антибиотикотерапия

30. В I ФАЗУ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ МАЗИ НА:

1) жировой основе

2) водорастворимой основе

3) любая мазь на усмотрение врача

4) мази в I фазе не используются

31. ПРИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ОЖОГАХ НЕКРОЗУ ПОДВЕРГАЮТСЯ:

1) Кожа и подкожная клетчатка.

2) Весь эпителий и собственно кожа до подкожной клетчатки.

3) Эпителий, верхушка сосочкового слоя дермы

4) Не только мягкие ткани, но и кости.

32. ЧЕРЕЗ ЧЕТВЕРО СУТОК ПОСЛЕ ОЖОГА II-III СТЕПЕНИ 40% ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ПУЛЬС У БОЛЬНОГО 100 УД./МИН., АД 100/70 ММ.РТ.СТ., ПО КАТЕТЕРУ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ПО 5-10 МЛ. МОЧИ В ЧАС. КАК ОЦЕНИТЬ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО?

1) Продолжающийся ожоговый шок.

2) Тяжелая общая инфекция.

3) Острая почечная недостаточность.

4) Хроническая почечная недостаточность

33. У БОЛЬНОГО КОЖА ПОСЛЕ ОЖОГА ПЛАМЕНЕМ ПРИОБРЕЛА ЧЕРНЫЙ ЦВЕТ С ПОТЕРЕЙ БОЛЕВОЙ И ТЕМПЕРАТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА ВСЕМ УЧАСТКЕ ПОРАЖЕНИЯ. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА?

1) IIIа степень.

2) II + IIIа степень.

3) I + II степень.

4) IIIб-IV степень.

34. ОЖОГОВАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ОХВАТЫВАЕТ ВСЕ ТУЛОВИЩЕ. КАКИМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОЩАДИ ОЖОГА ЛУЧШЕ ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ?

1) Правило "девятки".

2) Метод Вилявина.

3) Правило "ладони".

4) Метод Постникова.

35. КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ХАРАКТЕРИЗУЮТ ГЛУБИНУ ШОКА:

1) Пульс. АД, дыхание.

2) Пульс, АД, диурез.

3) Пульс. дыхание, температура.

4) Пульс, дыхание, цвет кожных покровов.

36. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВЫВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО ИЗ СОСТОЯНИЯ ОЖОГОВОГО ШОКА:

1) восстановление у больного сознания

2) купирование болевого синдрома

3) восстановление диуреза (почасового)

4) тахикардия

37. ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА КОЖИ ПОСЛЕ ОЖОГА ПРИМЕНЯЮТ:

1) синтетические материалы (поликапролоктон, гидрон)

2) пластику кожи лоскутом на ножке

3) пластику мигрирующим стеблем

4) метод Тирша

38. КАКОВЫ ПОКАЗАНИЯ К РАННЕЙ НЕКРЭКТОМИИ?

1) массивная раневая инфекция

2) ожоги всей толщины кожи с площадью до 10%

3) выраженная интоксикация

4) состояние ожогового шока

39. ОБЪЕМ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД В ПЕРВЫЕ 2 ДНЯ ПОСЛЕ ОЖОГА НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ % ОТ МАСЫ ТЕЛА БОЛЬНОГО:

1) 20%

2) 10%

3) 40%

4) 30%

40. ПРОТИВОСТОЛБНЯЧНАЯ СЫВОРОТКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГА ВВОДИТСЯ:

1) на месте происшествия

2) в машине скорой помощи

3) в стационаре

4) все вышепречисленное верно

41. Признак полного разрыва уретры:

1) отсутствие мочи

2) гематурия

3) моча цвета пива

4) моча цвета мясных помоев

42. Признак ушиба почек:

1) ложные позывы на мочеиспускание

2) боль при мочеиспускании

3) положительный симптом Щеткина-Блюмберга

4) микро- или макрогематурия

43. Урогематома — достоверный симптом:

1) ушиба почки

2) повреждения почечной паренхимы и лоханки

3) повреждения селезенки

4) травмы надпочечника

44. Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить:

1) альбуминурию;

2) микрогематурию;

3) макрогематурию;

4) оксалурию.

45. Наиболее информативный метод исследования в диагностике острой травмы почки:

1) УЗИ с оценкой почечного кровотока;

2) цистоуретрография;

3) КТ с введением контрастного вещества;

4) экскреторная урография.

46. Основной метод диагностики травмы мочевого пузыря у детей:

1) экскреторная урография;

2) цистоскопия;

3) цистография;

4) хромоцистоскопия.

47. Методом неотложной помощи при острой травме уретры является:  
 1) цистостомия 2) первичный шов уретры  
 3) бужирование уретры  
 4) пластика уретры

48. Признаком внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря является:   
 1) боль над лоном  
 2) нарушение мочеиспускания и симптомы раздражения брюшины 3) почечная недостаточность  
 4) недержание мочи

49. При травме почки нефрэктомия показана при:  
 1) гематурии  
 2) гидронефрозе  
 3) безуспешности гемостатической терапии 4) кровотечении из почки

50. Перед удалением поврежденной почки необходимо исследовать:   
 1) состояние гемодинамики  
 2) состояние поврежденной почки  
 3) функцию остающейся почки  
 4) данные общего анализа мочи

**II вариант**

1. ПРИ КАКОМ СОЧЕТАНИИ СИМПТОМОВ ПРИХОДИТСЯ ТОЛЬКО ЗАПОДОЗРИТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ ПЕРЕЛОМА?

1) Крепитация отломков + припухлость тканей

2) Патологическая подвижность + болезненность тканей при пальпации

3) Припухлость + болезненность тканей

4) Ограничение функции + штыкообразная деформация

2. В КАКИХ СЛУЧАЯХ МОЖНО ПРОВОДИТЬ РЕНТГЕНОГРАФИЮ, СНЯВ ТРАНСПОРТНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ?

1) Если она влияет на качество рентгенограмм

2) Нельзя

3) При закрытых переломах

4) При отсутствии достоверных признаков перелома

3. АБСОЛЮТНУЮ ДЛИНУ БЕДРА ИЗМЕРЯЮТ МЕЖДУ:

1) Верхушкой большого вертела и латеральным надмыщелком бедра

2) Верхушкой большого вертела и латеральным краем б/берцовой кости

3) Верхней передней остью гребня подвздошной кишки и латеральным надмыщелком бедра

4) Паховой складкой и медиальным надмыщелком бедра

4. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ВИДА ПЕРЕЛОМА И СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ РЕНТГЕНОГРАФИЮ ПРОВОДЯТ:

1) В прямой проекции

2) В боковой проекции

3) В прямой и боковой проекции

4) Не имеет значения

5. ВТОРИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ ПРОИСХОДИТ В СЛЕДСТВИИ

1) Сокращения мышц, прикрепляющихся к этому сегменту

2) Неполного перелома

3) Действия травмирующей силы

4) Всего перечисленного

6. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТНОШЕНИЕМ:

1) Систолического артериального давления к частоте пульса

2) Частоты пульса к систолическому артериальному давлению

3) Систолического артериального давления к диастолическому

4). Частоты пульса к центральному венозному давлению

7. КАКОЙ ИЗ МЕСТНЫХ ПРИЗНАКОВ ПЕРЕЛОМА УСТАНАВЛИВАЮТ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ?

1) Крепитацию отломков

2) Патологическую подвижность

3) Локальную болезненность

4) Все перечисленное

8. ТРАНСПОРТНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:

1) шиной Дитерихса

2) отводящей шиной ЦИТО

3) гипсовой повязкой

4) шиной Крамера

9. ДЛЯ БЛОКАДЫ ОБЛАСТИ ПЕРЕЛОМА ПРИМЕНЯЮТ РАСТВОР НОВОКАИНА:

1) 0,25%

2) 0,5%

3) 10%

4) 1-2%

10. ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

1) репозицию отломков

2) остановку кровотечения

3) сохранение функции конечности

4) профилактику жировой эмболии

11. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ В РАННИЕ СРОКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) поперечные переломы без смещения

2) отрывные переломы со смещением

3) многооскольчатые переломы

4) неполные переломы

12. СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ШИНЫ:

1) Дитерихса

2) Крамера

3) ЦИТО

4) Белера

13. ПРИ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ФИКСИРУЮЩУЮ КОНСТРУКЦИЮ РАСПОЛАГАЮТ:

1) В костномозговом канале

2) Вне зоны перелома

3) На кости

4) Все перечисленное правильно

14. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ШТИФТА:

1) Жировая эмболия и продольный перелом кости

2) Кровотечение

3) Повреждение магистральных сосудов и нервов

4) Повреждение связок

15. ДЛЯ ЛОЖНОГО СУСТАВА ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Отсутствие признаков консолидации на рентгенограмме + щель между отломками

2) Остеопороз костных отломков

3) Избыточная костная мозоль

4) Патологическая подвижность отломков + четкая рентгенологическая щель между отломками + замыкательные пластинки костно-мозгового канала

16. КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВХОДЯТ В ПХО РАНЫ:

1) Иссечение краев раны

2) Остановка кровотечения

3) Рассечение раны

4) Всё перечисленное верно.

17. КАКОВО СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ II ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА?

1) Дегидратация

2) Воспаления

3) Реорганизации рубца

4) Регенерации

18. КАКИЕ РАНЫ ДОЛЖНЫ ПОДВЕРГАТЬСЯ ПХО:

1) Асептические

2) Свежеинфицированные

3) Гнойные

4) Все

19. ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРОНИКАЮЩИЙ ХАРАКТЕР РАНЕНИЯ НЕОБХОДИМО:

1) Осуществить ревизию раны зажимом

2) Рассечь раневой канал

3) Ориентироваться на клинические признаки повреждения внутренних органов

4) Выполнить обзорную рентгенографию

20. ДРЕНИРОВАНИЕ АСЕПТИЧЕСКОЙ РАНЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ С ЦЕЛЬЮ

1) Уменьшения болевого синдрома

2) Профилактики кровотечения из раны

3) Для оттока раневого отделяемого

4) Всё перечисленное верно

21. ОСОБЕННОСТЯМИ ПХО В ОБЛАСТИ СУСТАВОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Широкое иссечение тканей

2) Сохранение суставной капсулы

3) Проведение гемостаза в ране

4) Удаление инородных тел

22. К ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РАН ОТНОСЯТ:

1) Травматический шок

2) Гематому

3) Повреждение нерва

4) Все перечисленное

23. ВЫБЕРИТЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ОТВЕТОВ НАИБОЛЕЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ СУЩНОСТИ ФАЗЫ РЕГЕНЕРАЦИИ В ГНОЙНОЙ РАНЕ

1)восполнение раневого дефекта

2)восстановление утраченных тканей

3)самоочищение раны

4)развитие рубцовой ткани

24.КАК НАЗЫВАЕТСЯ ШОВ НАКЛАДЫВАЕМЫЙ БЕЗ ИССЕЧЕНИЯ КРАЕВ ГРАНУЛИРУЮЩЕЙ РАНЫ?

1)провизорный шов

2)ранний вторичный шов

3)поздний вторичный шов

4)первично-отсроченный шов

25. ВТОРИЧНОЙ ГНОЙНОЙ РАНОЙ СЧИТАЕТСЯ РАНА:

1) после вскрытия очага гнойного воспаления

2) в результате нагноения асептической раны

3) в результате нагноения раны после ПХО

4) верно 2 и 3 утверждения

26. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОЙ РАНЫ В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ПОКАЗАНО

1) применение мазевых повязок

2) антибиотиков внутримышечно

3) сульфаниламидных препаратов внутрь

4) гипертонического раствора

27. ПРИ НАГНОЕНИИ РАНЫ ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

1) первичного

2) вторичного раннего

3) вторичного позднего

4) все перечисленное

28. ГНОЙНОЙ РАНОЙ НАЗЫВАЕТСЯ РАНА:

1) в которой имеется гнойное воспаление

2) в которую попали микроорганизмы

3) после операции, если по ходу ее выполнения вскрывался просвет полого органа

4) верно 1 ми 2 утверждения

29. АКТИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ЕЕ:

1) рациональной хирургической обработке

2) применении трубчатых дренажей

3) хирургической обработке, дренировании, ушивании с вакуумаспирацией

4) хирургической обработке, дренировании, ушивании с дискретным проточно-аспирационным промыванием

30. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ОБЩЕЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНРЙНЫХ РАН ЯВЛЯЕТСЯ:

1) выделение ассоциаций микроорганизмов из раневого экссудата

2) осложнение раневого процесса лимфангоитом, лимфаденитом

3) определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам

4) все перечисленное верно

31. ПРИ ОЖОГЕ IIIБ СТЕПЕНИ САМОСТОЯТЕЛЬНО ЗАЖИВЛЕНИЕ И ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ВОЗМОЖНЫ В СЛУЧАЯХ, КОГДА ДИАМЕТР ПЛОЩАДИ ПОРАЖЕНИЯ НЕ ПРЕВЫШАЕТ:

1) 5-6 см.

2) 10-12 см.

3) возможны, вне зависимости от площади.

4) 2-3 см.

32. ОЖОГОВАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ЗАНИМАЕТ БОЛЬШЕ ПОЛОВИНЫ ПРАВОЙ РУКИ И ПРАВУЮ ПОЛОВИНУ ТУЛОВИЩА. КАКИМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОЩАДИ ОЖОГА МОЖНО ПОЛУЧИТЬ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЕ ДАННЫЕ?

1) Метод Постникова.

2) Правило "Девятки".

3) Метод Вилявина.

4) Правило "ладони".

33. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЛАМЕНИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПУЗЫРИ С СЕРОЗНЫМ СОДЕРЖИМЫМ НА ТЫЛЕ КИСТИ И ГИПЕРЕМИЯ НА ЛИЦЕ, ГУБЫ ОТЕЧНЫ, ГОЛОС "СИПЛЫЙ". КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО?

1) Ожог кисти II степени + ожог лица I степени + ожог верхних дыхательных путей.

2) Ожог кисти и лица I степени + ожог полости рта.

3) Ожог кисти и лица неясной степени + ожог полости рта.

4) Ожог IV степени + ожог слизистой губ.

34. У БОЛЬНОГО С ОЖОГОМ КОЖИ 20% I-II-III СТЕПЕНИ ПО ПОСТОЯННОМУ КАТЕТЕРУ В ТЕЧЕНИЕ 1 ЧАСА ПОЛУЧЕНО 10 МЛ. МОЧИ. ЭТОТ ФАКТ ПОДТВЕРЖДАЕТ ЛИ НАЛИЧИЕ ШОКА?

1) Да, подтверждает.

2) Нет.

3) Ставит под сомнение.

4) Необходимы дополнительные исследования.

35. УКАЖИТЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЧЕРТЫ ОЖОГОВОГО ШОКА В ОТЛИЧИЕ ОТ ТРАВМАТИЧЕСКОГО:

1) отсутствие кровотечения

2) выраженная плазмопотеря

3) гемолиз

4) все верно

36. ПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕСАДКЕ КОЖИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ И ВЕЛИЧИНЫ ДИАМЕТРА ПЛОЩАДИ ТЕРМИЧЕСКОГО ОЖОГА:

1) I степень – 20 см

2) IIIа степень – 30 см

3) II степень – 25 см

4) IIIб степень – 20 см

37. КСЕНОПЛАСТИКА ОЖОГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ – ЭТО ВЗЯТИЕ КОЖИ ОТ:

1) животных

2) донора

3) реципиента

4) все вышепречисленное верно

38. НЕКРОЛИТИЧЕСКОЕ МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ – ЭТО ПРИМЕНЕНИЕ:

1) индифферентных мазей

2) протеолитических ферментов

3) антисептиков

4) гормонов

39. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЗАКРЫТИЯ ОЖОГОВЫХ РАН ЯВЛЯЕТСЯ СВОБОДНАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА. УКАЖИТЕ ВИДЫ СВОБОДНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ:

1) пластика лоскутом на питательной ножке

2) применение культивированных аллофибробластов

3) временное биологическое закрытие дефекта

4) пересадка расщепленного кожного лоскута

40. ПРЕИМУЩЕСТВА ЗАКРЫТОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ:

1) профилактика вторичного инфицирования

2) применение средств, подавляющих рост бактерий и способствующий эпителизации раны

3) амбулаторное лечение

4) все вышеперечисленное верно

41. Основные симптомы внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря:

1) острая задержка мочи, паравезикальная гематома;

2) пиурия, гематурия;

3 перитонеальные проявления, притупление звука в отлогих местах, олигурия;

4) перелом костей таза, острая задержка мочи.

42. Нарастающая припухлость в поясничной области характерна для:

1) удвоения почки;

2) гидронефроза;

3) нефроптоза;

4) разрыва почки.

43. При ушибе почки показана:  
 1) резекция почки  
 2) нефрэктомия  
 3) дренирование почки и паранефральной клетчатки  
 4) постельный режим с антибактериальной и гемостатической терапией

44. При диагностике травмы почек применяется:  
 1) динамическая нефросцинтиграфия  
 2) радиоизотопная ренография  
 3) хромоцистоскопия  
 4) экскреторная урография  
45. Основным рентгенологическим признаком повреждения мочевого пузыря является:

1) пузырно-мочеточниковый рефлюкс  
 2) деформация контуров мочевого пузыря  
3) затек контрастного вещества за пределы мочевого пузыря  
 4) дивертикул мочевого пузыря

46. Какова цель экскреторной урография при травме почки?

1) выявить состояние контралатеральной почки

2) установить степень и характер повреждения почки

3) выявить субкапсулярную гематому

4) определить подвижность поврежденной почки

47. Для выявления наружных контуров почки информативны:  
 1) ретропневмоперитонеум 2) ретроградная пиелография  
 3) УЗИ почек 4) образная урография

48. Цистография выполняется для диагностики:  
 1) разрыва почки  
 2) разрыва мочевого пузыря  
 3) разрыва уретры  
 4) рака мочевого пузыря

49. После ушиба яичка возможно возникновение:

1) атрофии яичка

2) инфаркта яичка

3) невралгии

4) злокачественного перерождения

50. Каковы показания к срочному оперативному лечению при закрытой травме почки?

1) продолжающееся кровотечение из почки

2) микрогематурия

3) анемия

4) шок

**Модуль№3 Типовые хирургические вмешательства на конечностях**

**I вариант**

1. ПЕРВАЯ ФАЗА ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

1) фаза альтерации

2) фаза воспалительного инфильтрата

3) фаза экссудации

4) фаза гнойного расплавления

2. СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА ПЕРЕХОД ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ВО II ФАЗУ:

1) флюктуация

2) гиперемия

3) местное повышение температуры

4) отек

3. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЕМ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ФАЗЫ ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

1) измерение температуры тела

2) пункция

3) пальпация

4) общий анализ крови

4. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ВО II ФАЗЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1) только оперативное

2) только консервативное

3) первое или второе, в зависимости от квалификации врача

4) оперативное в сочетании с консервативным

5. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ - ЭТО:

1) болезненное уплотнение и увеличение объема тканей

2) безболезненное уплотнение и увеличение объема тканей

3) увеличение объема тканей с флюктуацией

4) верны все вышеуказанные утверждения

6. ФАКТОР, ОТЯГЧАЮЩИЙ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

1) сахарный диабет

2) гипертоническая болезнь

3) варикозное расширение вен

4) хронический бронхит

7 . ПРИЗНАК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ СУДИТЬ О ВЫХОДЕ ИНФЕКЦИИ ЗА ПРЕДЕЛЫ МЕСТНОГО ГНОЙНОГО ОЧАГА В ОРГАНИЗМЕ:

1) усиление болей

2) увеличение отека

3) лимфаденит

4) увеличение зоны гиперемии

8. МЕСТНОЕ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ:

1) пальпацией

2) прикосновением I пальца

3) прикосновением тылом кисти

4) прикосновением ладонью

9. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) стафилококки

2) стрептококки

3) кишечная палочка

4) неклостридиальные анаэробы

10. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ФУРУНКУЛЕЗ»:

1) многократное развитие фурункулов в течение года

2) одновременное возникновение нескольких фурункулов

3) верны обе указанные выше ситуации

4) ежегодное развитие фурункулов

11. КАКИМ ОБРАЗОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ФУРУНКУЛАХ ЛИЦА:

1) запрещение разговаривать и употреблять грубую пищу

2) иммобилизирующая гипсовая повязка

3) применение пращевидной повязки

4) применение специальной шины

12. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА:

1) развитие сепсиса

2) переход в карбункул

3) возникновение флебита лица

4) развитие регионарного лимфоденита

13. ТАКТИКА ХИРУРГА ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ КАРБУНКУЛА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ :

1) произвести крестообразный разрез

2) назначить консервативное амбулаторное лечение

3) направить больного на стационарное лечение

4) произвести разрез и направить на стац. лечение

14. СИНДРОМ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ (ССВР) МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В ОТВЕТ НА:

1) травму

2) ожог

3) внедрение инфекции

4) во всех указанных выше случаях

15 ДИАГНОЗ СЕПСИСА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ:

1) выделение патогенной микрофлоры из кровяного русла

2) определенными клиническими проявлениями, развившимися в ответ на внедрение инфекции

3) наличием регионарного лимфаденита при различных гнойных заболеваниях

4) выделением из очага гнойного воспаления ассоциации микроорганизмов

16. КАКОЕ НАИБОЛЕЕ ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕМ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ СВИЩЕВОЙ ФОРМЫ?

1) опухоль в области свища

2) осложнений не развивается

3) амилоидоз почек

4) флегмона мягких тканей

17. КАКУЮ РОЛЬ ВЫПОЛНЯЕТ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ?:

1) предупреждает генерализацию воспалительного процесса и патологический перелом

2) улучшает кровообращение в тканях

3) особого эффекта не дает

4) улучшает лимфообращение

18. НАЗОВИТЕ ОБЪЕМ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) устранение гнойно-некротического очага

2) вскрытие поднадкостничного абсцесса

3) удаление секвестра

4) дренирование межмышечной флегмоны

19. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) антибиотики

2) иммобилизация

3) детоксикация

4) обезболивание

20 . ПЕРИОСТИТ, КОТОРЫЙ ВИДЕН НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ НАЛИЧИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В КОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1) остеомиелита

2) костно-суставного туберкулеза

3) консолидированного перелома

4) опухоли

21. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ЗВЕНОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПО ТЕОРИИ Э. ЛЕКСЕРА:

1) Микробная эмболия концевых сосудов кости

2) нервно-рефлекторный механизм

3) сенсибилизация

4) травма

22. КАКУЮ ФУНКЦИЮ ВЫПОЛНЯЕТ МЫШЕЧНЫЙ ЛОСКУТ ПРИ ПЛАСТИКЕ КОСТНЫХ ПОЛОСТЕЙ:

1) механическое заполнение полости

2) образование сосудистых анастомозов между мышцей и костью

3) биологическим способом приводит к более совершенной санации инфицированной полости

4) все верно

23. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) иммобилизация и антибиотикотерапия

2) консервативное лечение

3) физиотерапевтическое лечение

4) раннее щадящее оперативное лечение

24. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПРОТЯЖЕННОСТИ СВИЩА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:

1) пальпация

2) зондирование

3) осмотр

4) фистулография

25. ЭНДОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ВОЗМОЖЕН ПРИ:

1) открытом переломе

2) огнестрельном ранении кости

3) гематогенном распространении инфекции из отдаленного очага

4) контактном распространении инфекции из гнойного очага расположенного вблизи кости

26. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:

1) периостит

2) ограниченный склероз

3) секвестр и секвестральная коробка

4) секвестр без секвестральной коробки

27. РАНЕЕ ЩАДЯЩЕЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) пункция межмышечной флегмоны

2) вскрытие поднадкостничного абсцесса

3) декомпрессивная трепанация остеомиелитического очага

4) разрез и дренирование межмышечной флегмоны

28. ОБЯЗАТЕЛЬНО ЛИ ИССЛЕДОВАНИЕ ГНОЯ ИЗ СВИЩА НА МИКРОФЛОРУ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:

1) обязательно

2) необязательно

3) посев существенного значения не имеет

4) исследование нужно делать по определенным показаниям

29. БОЛЬНОЙ К., 46 ЛЕТ, СОСТОИТ НА УЧЕТЕ В ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ. ДАННЫЕ ОСМОТРА – ГИБУС. ОПРЕДЕЛИТЕ ФАЗУ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1) преспондилитическая

2) постспондилитическая

3) спондилитическая

4) требуются дополнительные исследования

30. НАЛИЧИЕ МЕСТНЫХ ПРИЗНАКОВ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ НАТЕЧНИКА:

1) выражены

2) слабо выражены

3) отсутствуют

4) можно доказать специальными методами исследования

31. ТИПИЧНЫЕ ВХОДНЫЕ ВОРОТА ИНФЕКЦИИ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ:

1) дыхательные пути

2) костная система

3) кожа

4) желудочно-кишечный тракт

32. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА ПРИ СПОНДИЛИТЕ:

1) шейные позвонки

2) верхние грудные позвонки

3) копчиковые позвонки

4) поясничные и нижние грудные позвонки

33. НАЗОВИТЕ ТКАНЬ, НАИБОЛЕЕ ВОСПРИИМЧИВУЮ К ТУБЕРКУЛЕЗУ:

1) хрящевая ткань

2) желтый костный мозг

3) красный костный мозг

4) мышечная ткань

34. РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ:

1) некрэктомия

2) артродез

3) спондилодез

4) пункция

35. ЛОКАЛИЗАЦИЯ НАТЕЧНИКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ВЕРХНИХ ГРУДНЫХ ПОЗВОНКОВ:

1) поясничная область

2) верхняя треть бедра

3) боковые поверхности области пораженного позвонка

4) паховая область

36. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

1) лейкоцитарная инфильтрация

2) клетки Пирогова-Ланганса

3) пролиферация сосудов

4) гнойно-некротическая ткань

37 . ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АКТИВНОГО КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

1) периостит

2) склероз

3) остеопороз

4) параоссальное костеобразование

38. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА В ПОЗВОНКЕ В ПРЕСПОНДИЛИТИЧЕСКУЮ ФАЗУ:

1) тело позвонка

2) остистый отросток позвонка

3) поперечные отростка позвонка

4) межпозвонковый диск

39. . СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

1) антибактериальная терапия

2) введение обезболивающих

3) применение десенсибилизирующих средств

4) разгрузка конечности

40. ПАЛОЧКА КОХА:

1) имеет кислотоустойчивую оболочку

2) выделяет эндотоксин

3) развивается в тканях с хорошим кровоснабжением

4) всё перечисленное – верно

41. Потенциальная проблема пациента с постоянным мочевым катетером:

1) недержание мочи

2) потеря тонуса мочевого пузыря

3) пролежни

4) запор

42. Для предупреждения развития инфекции мочевыводящих путей у пациента с постоянным катетером необходимо:

1) обеспечение пациенту достаточного времени для мочеиспускания

2) своевременное опорожнение дренажного мешка

3) промывание катетера раствором фурацилина 1:5000 не менее 2 раз в день

4) обеспечение комфортных условий для мочеиспускания

43. По распространению мочевая инфекция чаще всего бывает:

1)местная  
 2)диффузная  
 3)восходящая 4) нисходящая

44. Противопоказанием к выполнению ретроградной уретеропиелографии является:

1) стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента

2) острый воспалительный процесс в мочевых путях

3) меатостеноз

4) ДГПЖ

45. Препаратом выбора для лечения трихомонадной инфекции мочевыводящих путей является:

1) олететрин  
 2) норфлоксацин  
 3) метронидазол  
 4) нистатин

46. Минимальное количество лейкоцитов в осадке мочи, указывающее на наличие лейкоцитурии, составляет:

1) 2-5 лейкоцитов в поле зрения

2) больше 6 лейкоцитов в поле зрения

3) больше 20 лейкоцитов в поле зрения

4) лейкоциты покрывают все поля зрения

47. Пиурия это:

1) наличие гноя в моче

2) наличие лейкоцитов

3) наличие крови в моче

4) наличие белка в моче

48.Боли при остром паранефрите:

1) локализуются в поясничной области

2) иррадиируют в область лопатки

3) иррадиируют кпереди и книзу в область бедра

4) иррадиируют в спину

49. Посев мочи на микрофлору целесообразен:

1) при остром гнойном пиелонефрите и камне мочеточника

2) при остром серозном пиелонефрите и камне почки

3) при хроническом пиелонефрите в стадии активного воспаления

4) во всех случаях

50.По характеру течения пиелонефрит бывает: (выбрать правильную комбинацию)

1) острый 1) а,б

2) подострый 2)б,в

3) вялотекущий 3)в,г

4) хронический 4)а,г

**II вариант**

1. ВТОРАЯ ФАЗА ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

1) фаза альтерации

2) фаза гнойного расплавления

3) фаза заживления

4) фаза воспалительного инфильтрата

2. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО В I ФАЗЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1) оперативное

2) консервативное

3) первое или второе, в зависимости от квалификации врача

4) оперативное в сочетании с консервативным

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ УСТАНОВИТЬ ФАЗУ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

1) определение содержания в крови лейкоцитов и лейкоформулы

2) определение СОЭ

3) определение белковых фракций

4) не имеют решающего значения

4. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АБСЦЕССОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ:

1) при незначительных повреждениях кожи

2) после инъекции лекарственных средств, при возникновении гематомы

3) наличие несанированных очагов хронической инфекции

4) во всех вышеуказанных случаях

5. ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕН СИМПТОМ ФЛЮКТУАЦИИ:

1) наличием уплотнения в области абсцесса

2) наличие жидкости в полости абсцесса

3) наличием смещаемости абсцесса

4) выражененостью отека над абсцессом

6. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КОНТАГИОЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ:

1) да

2) нет

3) иногда

4) в зависимости от ее формы

7. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «АКТИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ» ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1) иссечение гнойного очага в пределах здоровых тканей, ушивание раны и ее проточно-аспирационное промывание

2) пункция гнойного очага с эвакуацией гноя, промывание полости антисептиком и введением в нее раствора антибиотика

3) широкое вскрытие гнойного очага, промывание раны и адекватное дренирование

4) рассечение гнойника с ежедневной сменой повязок

8. ЛЕЧЕНИЕ СЕРОЗНОЙ ФОРМЫ ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА:

1) иммобилизация железы и радиальные разрезы

2) радиальные разрезы и сцеживание молока

3) сцеживание молока и иммобилизация железы

4) иммобилизация железы и запрещение сцеживания молока

9. ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ НА ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ:

1) подкожный панариций

2) фурункул

3) сухожильный панариций

4) может развиться любой из этих процессов

10. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ, ЛОКАЛИЗУЮЩИХСЯ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ:

1) развитие гнойного менингита

2) переход в карбункул

3) возникновение флебита лица

4) развитие регионарного лимфоденита

11. ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА В АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ФАЗЕ:

1) применение небольших разрезов

2) удаление гнойно-некротического стержня

3) консервативное лечение, постельный режим

4) разрез на всю ширину воспалительного инфильтрата

12. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРБУНКУЛА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

1) широком иссечении инфильтрата и адекватном дренировании

2) крестообразном разрезе и иссечении некротических тканей

3) два параллельных разреза и сквозное дренирование

4) небольшой разрез и некрэктомия

13. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ПАНДАКТИЛИТ»:

1) гнойное воспаление всех тканей пальца

2) гнойное воспаление всех мягких тканей пальца

3) воспаление околоногтевого валика

4) гнойное воспаление костной ткани

14. СИНДРОМ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ (ССВР) РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА:

1) повышенной температуры тела более 38º С и повышении уровня лейкоцитов в крови более 12 · 109/л

2) частоты сердечных сокращений > 90 в минуту и числа дыханий более 20 в минуту

3) верны оба указанных выше утверждения

4) верно только первое утверждение

15. СЕПСИС – ЭТО:

1) попадание патогенных микроорганизмов в кровяное русло

2) то же, что и синдром системной воспалительной реакции (ССВР)

3) синдром системной воспалительной реакции (ССВР), развившийся при наличии очага гнойной инфекции

4) Тяжелое инфекционное заболевание, сопровождающееся нарушением функции почек или печени, легких

16. ЧТО ВХОДИТ В ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «СЕКВЕСТРАЛЬНАЯ КОРОБКА»?:

1) участок мертвой кости

2) вновь образованная костная ткань вокруг секвестра

3) неизмененные мягкие ткани вокруг кости, пораженной гнойным процессом

4) неизмененная костная ткань вокруг секвестра

17. КАКИЕ ТКАНИ ВОВЛЕКАЮТСЯ В ПРОЦЕСС ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:

1) паностит и окружающие мягкие ткани

2) только костная ткань

3) костный мозг

4) окружающие мышцы

18. ДЕСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ (ДИМЕДРОЛ, ХЛОРИД КАЛЬЦИЯ И ДР.) ОТНОСИТСЯ К:

1) патогенетическому лечению

2) симптоматическому лечению

3) этиологическому лечению

4) профилактическому лечению

19. ТИПИЧНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) линейный периостит

2) остеопороз

3) разрушение кости и периостит

4) секвестр, секвестральная коробка

20. ПУТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПО КОСТИ В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) гематогенный

2) лимфогенный + гематогенный

3) контактный

4) травматический

21. ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК:

1) секвестр и секвестральная коробка

2) многослойный периостит

3) остеосклероз

4) все верно

22. РАНЕЕ ЩАДЯЩЕЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) пункция межмышечной флегмоны

2) вскрытие поднадкостничного абсцесса

3) декомпрессивная трепанация остеомиелитического очага

4) разрез и дренирование межмышечной флегмоны

23. УКАЖИТЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ДЕТСКОЙ КОСТИ:

1) Надкостница плотно сращена с костью

2) Наличие красного костного мозга

3) Преобладание минеральных веществ

4) скудное кровоснабжение эпифиза

24. ЧТО ТАКОЕ СЕКВЕСТР?

1) участок новой костной ткани

2) гнойный очаг

3)отторгнутый участок мертвой костной ткани

4) участок склероза

25. КАКИЕ КОСТИ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ?

1) Длинные трубчатые

2) Короткие трубчатые

3) Плоские

4) Тазовые

26.ВЫБЕРИТЕ ИММУНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Особенности кровоснабжения детской кости

2) Высокий травматизм

3) Сенсибилизация

4) Наличие красного костного мозга

27. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРОВОДИТСЯ ОСТЕОПЕРФОРАЦИЯ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

1) Для снижения внутрикостного давления

2) С целью диагностики

3) Для введения контраста

4) Для проведения металлоконструкции

28. КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ ВИДЫ СЕКВЕСТРОВ?

1) Циркулирующий

2) Проникающий

3) Локальный

4) Окаймляющий

29. КЛЕТКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО БУГОРКА:

1) лейкоциты

2) эпителиоидные

3) жировые

4) эритроциты

30. ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ В ПРЕАРТРИТИЧЕСКУЮ ФАЗУ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

1) остеосклероз

2) остеопороз

3) формирование секвестральной коробки

4) крупноочаговый секвестр

31. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОСТИТОВ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ:

1) диафиз

2) метадиафиз

3) метаэпифиз

4) суставная поверхность

32 ДЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО БУГОРКА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

1) Клеток Ашкенази

2) Клеток Пирогова-Ланганса

3) Веретенообразных клеток

4) Остеобластов

33. ПРИЗНАКИ НАТЁЧНИКА:

1) Гиперемированное образование

2) Болезненное образование

3) Плотная, безболезненная опухоль

4) Всё перечисленное – верно

34. КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО СПОНДИЛИТА:

1) Горб

2) Натёчник

3) Паралич

4) Всё перечисленное – верно

35. ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗНЫЙ ОСТИТ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ СИНОВИИТОМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1) Преартритической фазы

2) Начала артритической фазы

3) Разгара заболевания

4) Постартритической фазы

36 СИМПТОМ «БЕЛОЙ ОПУХОЛИ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1) Преартритической фазы

2) Артритической фазы

3) Постартритической фазы

4) В любую из вышеуказанных фаз

37. ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Свищи

2) Остеопороз

3) Амилоидоз

4) Верно 1 и 3

38. СИМПТОМ «ЛАСТОЧКИНЫХ ГНЁЗД» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1) Туберкулёза позвоночника

2) Остеомиелита позвоночника

3) Метастатического поражения позвонков

4) Остеохондроза

39 АНТИБИОТИК, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА:

1) Тетрациклин

2) Канамицин

3) Пенициллин

4) Эритромицин

40. ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ НАЧАЛО РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1) Постепенное

2) Острое

3) Подострое

4) В зависимости от возраста

41. У пациента с постоянным катетером в мочевом пузыре возникает:

1) нарушение привычного режима физиологических отправлений

2) риск развития инфекции мочевых путей

3) невозможность самостоятельно осуществлять гигиенические мероприятия

4) ограничение приема жидкости

42. Для промывания мочевого пузыря используют раствор:

1) фурацилина

2) перекиси водорода

3) физиологический

4) первомура

43. Какие мероприятия должны быть первичными при лечении острого обструктивного пиелонефрита?

1) назначение антибиотиков

2) дренирование верхних мочевых путей на стороне поражения

3) назначение противовоспалительных препаратов

4) назначение диуретиков

44. Как называется отсутствие мочи в мочевой пузыре?

1) опсоурия

2) странгурия

3) анурия

4) ишурия

45.Наиболее часто вызывает пиелонефрит

1) кишечная палочка

2) протей

3) палочка сине-зеленого гноя

4) стафилококк

46. При карбункуле почки процесс локализуется:

1) в области лоханки

2) в корковом веществе почки

3) в околопочечной клетчатке

4) в мозговом веществе почки

47. Факторами, способствующими возникновению острого пиелонефрита, являются:

1) полиурия

2) перегревание

3) нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки

4) нарушение притока артериальной крови к почке

48. Что такое пионефроз?

1) расширение почечной лоханки и чашечек

2) скопление гноя в околопочечной клетчатке

3) гнойное расплавление почки

4) наличие ограниченного «гнойника» в паренхиме почки

49. Осложнениями пиелонефрита являются:

1) паранефрит

2) цистит

3) сморщивание почки

4) гидронефроз

50. При паранефрите гнойный процесс локализуется:

1) в области лоханки

2) в корковом веществе почки

3) в околопочечной клетчатке

4) в мозговом веществе почки

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль *1* Модуль №1** \_Общие вопросы хирургии

**Тема 1**Вводное. Десмургия.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Проверка практических навыков

Устный опрос;

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Проверка практических навыков.**

Повязки на верхние конечности: в учебной комнате студенты, пользуясь таблицами, друг на друге осваивают технику наложения повязок: а) повязка на пальцы, кисти; б) предплечье; в) на область локтевого сустава; г) спиралевидные повязки на плечо; д) подмышечную впадину, плечевой сустав, колосовидные повязки на предплечье.

2. Повязки на грудную клетку: Студенты друг на друге накладывают повязки на грудную клетку: а) крестообразную повязку шеи и грудной клетки, б) спиралевидную повязку грудной клетки с бретельками, в) повязку на одну или обе молочные железы, г) повязку Дезо. При наложении повязок на одну или обе молочные железы ассистент обращает внимание студентов на необходимость не только фиксировать перевязочный материал, но и создать покой железе, приподняв ее и туго прибинтовав к грудной клетке. При наложении повязки Дезо разбирают роль и наложение повязок при переломах ключицы, плеча в области хирургической шейки и после вправления вывихов.

3. Повязки на область живота: ассистент демонстрирует на таблицах, фантоме, затем студенты на больных осваивают технику наложения их на больных и фантоме. Ассистент отмечает, что на область живота чаще применяют клеевые повязки.

4. Повязки на нижнюю конечность: Студенты друг на друге накладывают: а) повязки на большой палец, б) стопу без пальцев, в) с пальцами, г) повязку на голеностопный сустав, д) спиралевидную повязку с перегибами на голень, е) черепашью на коленный сустав, ж) повязку на область тазобедренного сустава. В порядке собеседования разбирается вопрос о выборе того или иного вида повязки в различных конкретных случаях.

5. Повязки на область промежности: На больных или на фантоме, таблицах ассистент демонстрирует способы наложения повязок на область промежности и в/трети бедра (спиралевидная повязка бедра, колосовидная повязка паховой и ягодичной областей, Т-образная повязка на промежность). Затем студенты на больных практически осваивают технику наложения указанных повязок. Клеевые повязки. В перевязочной ассистент демонстрирует способы наложения клеевых повязок (клеоловых, с помощью лейкопластыря). В порядке собеседования разбирается вопрос о выборе клеевых и бинтовых повязок на верхнюю и нижнюю конечность, области груди и живота. Необходимо заострить внимание на особенностях выбора и фиксации повя­зок в зависимости от локализации. Преподаватель в ходе наложения повязок разбирает допущенные ошибки, контролирует качество наложенных повязок.

**Устный опрос**

1. Хирургия как учебная дисциплина;
2. Организация работы хирургического стационара;
3. Организационные и юридические основы хирургической деятельности;
4. Элементарные правила медицинской этики и деонтологии в хирургии;
5. Основные виды бинтовых и косыночных повязок.

**Тема 2Асептика. Автоклав. Стерилизация операционного белья и перевязочного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тестирование;

Устный опрос;

Проверка практических навыков;

Реферат

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестирование:**

1.НАЗОВИТЕ ДВА СОВРЕМЕННЫХ СПОСОБА ОБРАБОТКИ РУК ХИРУРГА:

1) Хлоргексидином. Первомуром.

2) Первомуром. Альфельда.

3) Альфельда. Спасокукоцкого-Кочергина.

4) Спасокукоцкого-Кочергина. Хлоргексидином.

2. НАЗОВИТЕ ДВА СОВРЕМЕННЫХ СПОСОБА ОБРАБОТКИ РУК ХИРУРГА:

1) Первомуром. Нико-изосептиком.

2) Диоцидом. Альфельда.

3) Альфельда. Фюрбрингера.

4) Фюрбрингера. Первомуром.

3. К БИОЛОГИЧЕСКИМ АНТИСЕПТИКАМ ОТНОСЯТ:

1) Сульфаниламидные препараты

2) Детергенты

3) Протеолитические ферменты

4) Производные нитрофурана

4. К КАКОМУ ВИДУ АНТИСЕПТИКИ ОТНОСИТСЯ ОБРАБОТКА РАН ПУЛЬСИРУЮЩЕЙ СТРУЕЙ?

1) Логическому

2) Механическому

3) Химическому

4) Физическому

5. ЕЖЕНЕДЕЛЬНО В ОПЕРАЦИОННОЙ ПРОВОДЯТ УБОРКУ:

1) Заключительную

2) Генеральную

3) Текущую

4) Предварительную

6. МИКРОФЛОРУ КОЖНОГО ПОКРОВА ОТНОСЯТ К ИНФЕКЦИИ:

1) Эндогенной

2) Экзогенной

3) Контактной

4) Имплантационной

7. БАХИЛЫ НАДЕВАЮТ ПРИ ВХОДЕ:

1) Только в операционную.

2) В перевязочную.

3) В операционную и перевязочную.

4) В операционную и автоклавную.

8. КАКОЙ ВИД ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА МОЖНО СТИРАТЬ И ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПОВТОРНО:

1) Вата.

2) Лигнин.

3) Марля.

4) Перевязочный материал повторно не используется.

9. ЙОДОФОРЫ – ЭТО СОЕДИНЕНИЯ ЙОДА С:

1) Формалином.

2) Высокомолекулярными веществами.

3) Формальдегидом.

4) Диоцидом.

10. КАКАЯ ФОРМА ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОСУШЕНИЯ РАНЫ:

1) Палочка с ватой.

2) Марлевый шарик.

3) Марлевая салфетка.

4) Тампон.

11. ПРИ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ УКЛАДКЕ БИКСА ЕГО СОДЕРЖИМОЕ ПРЕДНАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ:

1) Одной экстренной операции.

2) Одной плановой операции.

3) Планового операционного дня в большом хирургическом отделении.

4) Для одной экстренной или плановой операции.

12. СПЕЦИАЛИСТ ИЗ МЕДТЕХНИКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ КОНТРОЛЬ ЗА:

1) Правильностью укладки белья в биксах.

2) Исправностью автоклава.

3) Стерильностью автоклавируемого материала.

4) Организации работы в стерилизационной.

13. ЕЖЕГОДНЫЙ КОНТРОЛЬ ТЕХНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ АВТОКЛАВА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1) Сотрудником медтехники.

2) Сотрудником администрации больницы.

3) Инженером по технике безопасности.

4) Сотрудником МЧС.

14. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИСЕПТИКОВ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЕЕ ДУБЯЩИМ ДЕЙСТВИЕМ:

1) Нашатырный спирт.

2) Спирт этиловый 70%.

3) Спирт этиловый 96%.

4) 0,5% раствор хлоргексидина.

15. СТЕРИЛИЗАЦИЯ БЕЛЬЯ ПРОВОДИТСЯ В РЕЖИМЕ:

1) 1,5 атм. – 20 мин.

2) 1,5 атм. – 60 мин.

3) 2 атм. – 20 мин.

4) 2 атм. – 60 мин.

16. ЙОДОФОРЫ - ЭТО СОЕДИНЕНИЯ ЙОДА С:

1) сульфатом поверхностно-активного вещества

2) спиртом

3) формалином

4) верны все варианты

17. БРИТЬЕ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ ПРОВОДИТСЯ:

1) В день операции.

2) Накануне операции.

3) Не имеет значения.

4) За сутки до операции.

18. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИСПОЛЬЗУЮТ:

а) поверхностно-активные вещества

б) вакцины

в) иммуноглобулины

г) окислители

Выберите комбинацию ответов

1) а,б

2) б,в

3) в,г

4) а,в

19. В КАКОМ ОТВЕТЕ ПРИВЕДЕН ОДИН ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ ЭТАПОВ ПОДГОТОВКИ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ В ОСОБО ИНФИЦИРОВАННЫХ МЕСТАХ:

1) Обработка р-ром сулемы.

2) Ежедневная местная ванна в течение недели перед операцией.

3) Профилактическое назначение антибиотиков.

4) Предварительное физиотерапевтическое лечение.

20. ПРИМЕНЕНИЕ СУЛЬФАНИЛАМИДНЫХ ПРПАРАТОВ ОТНОСЯТ К АНТИСЕПТИКЕ:

1) Биологической

2) Химической

3) Физической

4) Механической

21. ЗА ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПОД НАРКОЗОМ ОПЕРАЦИОННОЕ ПОЛЕ ОБРАБАТЫВАЮТ АНТИСЕПТИКОМ:

1) 2 раза.

2) 3 раза.

3) 4 раза.

4) 5 раз.

22. В КАКОМ ОТВЕТЕ ПРИВЕДЕН ОДИН ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ ЭТАПОВ ПОДГОТОВКИ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ В ОСОБО ИНФИЦИРОВАННЫХ МЕСТАХ:

1) Обработка йодонатом и наложение стерильной повязки в ночь перед операцией.

2) Обработка борной кислотой.

3) Профилактическое назначение антибиотиков.

4) Обработка раствором бриллиантового зеленого.

23. ПРИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ УКЛАДКЕ БИКСА ЕГО СОДЕРЖИМОЕ ПРЕДНАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ:

1) Планового операционного дня в большом хирургическом отделении.

2) Одной плановой операции.

3) Одной экстренной операции

4) Можно использовать и при плановой и при экстренной операции.

24. ПРИ УНИВЕРСАЛЬНОЙ УКЛАДКЕ БИКСА ЕГО СОДЕРЖИМОЕ ПРЕДНАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ:

1) Использования в перевязочной.

2) Одной плановой операции.

3) Одной экстренной операции.

4) Планового операционного дня в большом хирургическом отделении.

25. В КАКОМ ОТВЕТЕ ПРАВИЛЬНО ПЕРЕЧИСЛЕНЫ ПРЕПАРАТЫ, УПОТРЕБЛЯЕМЫЕ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ У ДЕТЕЙ?

1) Перекись водорода. Сулема.

2) Йодпирон. Борная кислота.

3) Спирт 96%. Йодпирон.

4) Перекись водорода. Спирт 96%.

26. В КАКОМ ОТВЕТЕ ПРАВИЛЬНО ПЕРЕЧИСЛЕНЫ ПРЕПАРАТЫ, УПОТРЕБЛЯЕМЫЕ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ У ДЕТЕЙ:

1) Диоцид. Настойка йода 10%.

2) Спирт 96%. 1% р-р брилл. зеленого.

3) Спирт 70%. Сулема.

4) Нашатырный спирт. Хлоргексидин.

27. КАК ЧАСТО ПРОВОДИТСЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ СТЕРИЛЬНОСТИ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА?

1) Ежедневно.

2) Каждый раз после стерилизации.

3) Один раз в месяц.

4) Один раз в 10 дней.

28. КОГДА И ГДЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОСЕВ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА СТЕРИЛЬНОСТЬЮ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА?

1) После автоклавирования в стерилизационной комнате.

2) В операционной перед операцией.

3) В операционной сразу же после доставки материала из автоклавной.

4) В операционной после операции.

29. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ДЕФЕКТОВ МОЖЕТ СТАТЬ ЕДИНСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ВЗРЫВА АВТОКЛАВА?

1) Неисправный манометр.

2) Накипь на стенках парообразователя.

3) Недостаточное количество воды.

4) Увеличение времени стерилизации.

30. В КАКОМ ИЗ ОТВЕТОВ ПРАВИЛЬНО НАЗВАНО ЛИЦО, КОТОРОЕ МОЖЕТ БЫТЬ ДОПУЩЕНО К РАБОТЕ С АВТОКЛАВОМ?

1) Любая медсестра, назначенная приказом главврача.

2) Медсестра, прошедшая спец. курсы, сдавшая экзамен и получившая соответствующее удостоверение.

3) Опытный фельдшер со стажем работы более 3-х лет.

4) Старшая медсестра хирургического отделения.

31. В КАКОМ ОТВЕТЕ ПРАВИЛЬНО УКАЗАНА ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ (ДО НАЧАЛА СТЕРИЛИЗАЦИИ) ПРОДУВКИ АВТОКЛАВА?

1) Устранить повышенную влажность в стерилизационной камере.

2) Повысить температуру в стерилизационной камере.

3) Предотвратить взрыв автоклава.

4) Удалить воздух из стерилизационной камеры.

32. К МЕХАНИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКЕ ОТНОСЯТ:

1) Туалет раны

2) Первичную хирургическую обработка раны

3) Вскрытие очагов гнойного воспаления

4) Верны все варианты

33. В КАКОМ ИЗ ОТВЕТОВ НАЗВАНА ДЕТАЛЬ, НЕ ЯВЛЯЮЩАЯСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ АРМАТУРЫ АВТОКЛАВА?

1) Предохранительный клапан.

2) Термометр.

3) Водомерное стекло.

4) Манометр.

34. В КАКОМ ОТВЕТЕ ПРАВИЛЬНО УКАЗАН ПРЕДЕЛЬНЫЙ СРОК ХРАНЕНИЯ ПРОСТЕРИЛИЗОВАННОГО МАТЕРИАЛА В ЗАКРЫТОМ БИКСЕ ШИММЕЛЬБУША С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ФИЛЬТРОМ, ЕСЛИ ЕГО НЕ ОТКРЫВАЛИ?

1) 10 суток.

2) 14 суток

3) 21 сутки

4) 28 суток суток.

35. В КАКОМ ОТВЕТЕ ПРАВИЛЬНО УКАЗАН ПРЕДЕЛЬНЫЙ СРОК ХРАНЕНИЯ ПРОСТЕРИЛИЗОВАННОГО МАТЕРИАЛА В БИКСЕ ШИММЕЛЬБУША С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ФИЛЬТРОМ ПОСЛЕ ОДНОКРАТНОГО ОТКРЫВАНИЯ ЕГО КРЫШКИ?

1) 6 часов.

2) 12 часов.

3) 24 часа.

4) 48 часов.

36. В КАКОМ ОТВЕТЕ ПРАВИЛЬНО УКАЗАН ПРЕДЕЛЬНЫЙ СРОК ХРАНЕНИЯ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА ПОСЛЕ СТЕРИЛИЗАЦИИ ЕГО В ДВОЙНЫХ НАВОЛОЧКАХ?

1) 12 часов.

2) 24 часа.

3) 2 суток.

4) 3 суток.

37. В КАКОМ ОТВЕТЕ ПРАВИЛЬНО УКАЗАНА ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ (ДО НАЧАЛА СТЕРИЛИЗАЦИИ) ПРОДУВКИ АВТОКЛАВА?

1) Предотвратить увлажнение материала.

2) Повысить давление в рабочей камере.

3) Обеспечить контакт стерилизуемого материала с паром.

4) Повысить температуру в стерилизационной камере.

38. КАКОЙ СПОСОБ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА СТЕРИЛИЗАЦИЕЙ, если последняя проводится в автоклаве паром под давлением 2,0 атмосферы?

1) Способ Микулича.

2) Ленточный индикатор стерилизации.

3) Плавление антипирина.

4) Плавление бензойной кислоты.

39. КАКОЙ СПОСОБ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА СТЕРИЛИЗАЦИЕЙ, если последняя проводится в автоклаве паром под давлением 1,1 атмосферы?

1) Плавление бензойной кислоты.

2) Способ Микулича.

3) Плавление янтарной кислоты.

4) Ленточный индикатор стерилизации.

40. К ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКЕ ОТНОСЯТ:

1) Дренирование ран

2) Туалет раны

3) Первичную хирургическую обработку ран

4) Промывание раны антисептиком

41. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОБЛАЧЕНИЯ ХИРУРГА ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ:

1) Обработка рук, перчатки, халат.

2) Обработка рук, в экстренных случаях перчатки, халат.

3) Обработка рук, халат, перчатки.

4) Обработка рук, перчатки, их обработка, халат.

42. ИСПОЛЬЗОВАННЫЙ ПЕРЕВЯЗОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ:

1) Помещают в специальный пакет и выбрасывают в контейнер «Б» (для особо опасных отходов).

2) Замачивают в растворе дезинфектанта, отжимают, помещают в специальный пакет и выбрасывают в контейнер «Б» (для особо опасных отходов).

3) Замачивают в 5% р-ре хлорамина на 1 час, отжимают, помещают в специальный пакет и сжигают.

4) Автоклавируют при 2 атм. В течение 20 минут, помещают в специальный пакет и сжигают.

43. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕРИЛЬНОСТИ АВТОКЛАВИРОВАННОГО ОПЕРАЦИОННОГО БЕЛЬЯ И ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА КОНТРОЛИРУЕТ:

1) Работу автоклава.

2) Постановку работы по асептике в данном лечебном учреждении.

3 Возможность использования материала.

4) Стерильность автоклавированного материала.

44. ЛЕНТОЧНЫЙ ИНДИКАТОР СТЕРИЛИЗАЦИИ ИМЕЕТ ПРЕИМУЩЕСТВО ПО СРАВНЕНИЮ С МЕТОДОМ, ОСНОВАННЫМ НА ПЛАВЛЕНИИ КРИСТАЛЛИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ:

1) Более простой.

2) Контролирует не только максимальную температуру, но и время стерилизации.

3) Не загрязняет атмосферу стерилизационной парами кристаллических веществ.

4) Не требует специального хранения.

45. Несмотря на то, что находившийся в биксе ленточный индикатор паровой стерилизации изменил свою окраску, посевы со стерилизовавшихся материалов дали рост патогенной флоры. В КАКОМ ИЗ ОТВЕТОВ УКАЗАН ДЕФЕКТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФИЦИРОВАННОСТИ АВТОКЛАВИРУЕМОГО МАТЕРИАЛА:

1) Некачественная продувка автоклава.

2) Избыток воды в парообразующей камере.

3) Потеря автоклавом герметичности.

4) Отсутствие заземления в автоклаве.

46. Несмотря на то, что находившийся в биксе ленточный индикатор паровой стерилизации изменил свою окраску, посевы со стерилизовавшихся материалов дали рост патогенной флоры. В КАКОМ ИЗ ОТВЕТОВ УКАЗАН ДЕФЕКТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФИЦИРОВАННОСТИ АВТОКЛАВИРУЕМОГО МАТЕРИАЛА:

1) Негерметичность автоклава.

2) Избыток воды в парообразующей камере.

3) Отсутствие заземления в автоклаве.

4) Некачественная предстерилизационная обработка

47. НЕСМОТРЯ НА ТО, ЧТО НАХОДИВШИЙСЯ В БИКСЕ ЛЕНТОЧНЫЙ ИНДИКАТОР ПАРОВОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИЗМЕНИЛ СВОЮ ОКРАСКУ, ПОСЕВЫ СО СТЕРИЛИЗОВАВШИХСЯ МАТЕРИАЛОВ ДАЛИ РОСТ ПАТОГЕННОЙ ФЛОРЫ. В КАКОМ ИЗ ОТВЕТОВ УКАЗАН ДЕФЕКТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФИЦИРОВАННОСТИ АВТОКЛАВИРУЕМОГО МАТЕРИАЛА:

1) Нарушение герметичности автоклава.

2) Неисправность в системе электронагрева.

3) Неисправный манометр.

4) Нарушены правила транспортировки бикса из автоклавной в операционную.

48. Несмотря на то, что находившийся в биксе ленточный индикатор паровой стерилизации изменил свою окраску, посевы со стерилизовавшихся материалов дали рост патогенной флоры. В КАКОМ ИЗ ОТВЕТОВ УКАЗАН ДЕФЕКТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФИЦИРОВАННОСТИ АВТОКЛАВИРУЕМОГО МАТЕРИАЛА:

1) Потеря автоклавом герметичности.

2) Неисправность воздушного фильтра в автоклаве, в рабочем цикле которого предусмотрено вакуумирование.

3) Отсутствие заземления в автоклаве.

4) Заправка автоклава жесткой водой.

49. Несмотря на то, что находившийся в биксе ленточный индикатор паровой стерилизации изменил свою окраску, посевы со стерилизовавшихся материалов дали рост патогенной флоры. В КАКОМ ИЗ ОТВЕТОВ УКАЗАН ДЕФЕКТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФИЦИРОВАННОСТИ АВТОКЛАВИРУЕМОГО МАТЕРИАЛА:

1) Заправка автоклава жесткой водой.

2) Неисправный манометр.

3) Очень плотная загрузка бикса стерилизуемыми материалами.

4) Избыток воды в парообразующей камере.

50. Несмотря на то, что находившийся в биксе ленточный индикатор паровой стерилизации изменил свою окраску, посевы со стерилизовавшихся материалов дали рост патогенной флоры. В КАКОМ ИЗ ОТВЕТОВ УКАЗАН ДЕФЕКТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФИЦИРОВАННОСТИ АВТОКЛАВИРУЕМОГО МАТЕРИАЛА:

1) Недостаточное количество воды в автоклаве.

2) Нарушены правила хранения простерилизованного материала.

3) Неисправный манометр.

4) Неисправность в системе электоронагрева.

51. Несмотря на то, что находившийся в биксе ленточный индикатор паровой стерилизации изменил свою окраску, посевы со стерилизовавшихся материалов дали рост патогенной флоры. В КАКОМ ИЗ ОТВЕТОВ УКАЗАН ДЕФЕКТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФИЦИРОВАННОСТИ АВТОКЛАВИРУЕМОГО МАТЕРИАЛА:

1) Отсутствие заземления в автоклаве.

2) Наличие воздуха в стерилизационной камере.

3) Заправка автоклава “жесткой” водой.

4) Неисправный манометр.

52. Несмотря на то, что находившийся в биксе ленточный индикатор паровой стерилизации изменил свою окраску, посевы со стерилизовавшихся материалов дали рост патогенной флоры. В КАКОМ ИЗ ОТВЕТОВ УКАЗАН ДЕФЕКТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФИЦИРОВАННОСТИ АВТОКЛАВИРУЕМОГО МАТЕРИАЛА:

1) Неисправность в системе электронагрева.

2) Несвоевременная герметизация бикса после окончания стерилизации.

3) Наличие накипи в парообразующей камере.

4) Негерметичноссть автоклава.

53. Несмотря на то, что находившийся в биксе ленточный индикатор паровой стерилизации изменил свою окраску, посевы со стерилизовавшихся материалов дали рост патогенной флоры. В КАКОМ ИЗ ОТВЕТОВ УКАЗАН ДЕФЕКТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФИЦИРОВАННОСТИ АВТОКЛАВИРУЕМОГО МАТЕРИАЛА:

1) Погрешности в технике посева.

2) Нарушена герметичность в крышке автоклава.

3) Заправка автоклава “жесткой” водой.

4) Неисправность манометра.

54. КАКИЕ ВЫДЕЛЯЮТ ПУТИ ЭКЗОГЕННОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ КОНТАМИНАЦИИ РАН?

а) контактный

б) лимфогенный

в) гематогенный

г) имплантационный

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) б,в

3) в,г

4) а,г

55. КАКИЕ ВЫДЕЛЯЮТ ПУТИ ЭНДОГЕННОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ КОНТАМИНАЦИИ РАН?

а) через нестерильный хирургический инструмент

б) проникновение непосредственно из полого органа

в) через руки медперсонала

г) с током лимфы и крови из гнойно-воспалительных очагов

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б,г

2) а,б

3) а,в

4) б,в

56. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ АСЕПТИКИ ВКЛЮЧАЮТ:

а) внедрение одноразового белья, перчаток, шовного материала, инструментария

б) дезинфекция рук персонала перед каждым контактом с больным и после него

в) использование антибиотиков

г) обработка операционных ран эффективными антисептиками

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) в,г

2) а,б

3) а,г

4) б,в

57. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВЕЩЕСТВА:

а) поверхностно-активные вещества

б) антибиотики

в) спирты

г) вакцины

Выберите правильную комбинацию:

1) а,б

2) в,г

3) б,в

4) а,в

58. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИСПОЛЬЗУЮТ:

а) антибиотики

б) поверхностно-активные вещества

в) вакцины

г) окислители

Выберите комбинацию ответов:

1) а,б

2) б,в

3) в,г

4) а,в

59. МИНИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА, ВЫЗЫВАЮЩАЯ ГИБЕЛЬ СПОРОНОСНЫХ БАКТЕРИЙ:

1) 60 ° С

2) 80 ° С

3) 100 ° С

4) 120 ° С

60. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ КОНТРОЛЯ ЗА СТЕРИЛИЗАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ?

1) метод Микулича

2) плавление антипирина

3) плавление бензойной кислоты

4) метод бактериологического контроля

61. КАКОЙ МЕТОД КОНТРОЛЯ ЗА СТЕРИЛИЗАЦИЕЙ БЕЛЬЯ В АВТОКЛАВЕ (ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ) ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ?

1) использование ленточного индикатора стерилизации

2) плавление антипирина

3) плавление пирамидона

4) плавление резорцина

62. ВСКРЫТИЕ ОЧАГОВ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К АНТИСЕПТИКЕ:

1) Механической

2) Физической

3) Химической

4) Биологической

63. КВАРЦЕВАНИЕ ПАЛАТ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ:

1) воздушно-капельной инфекции

2) эндогенного инфицирования

3) контактного инфицирования

4) имплантационного инфицирования

64. У операционной сестры высеян из зева стафилококк, коагулирующий плазму. ВЫБЕРИТЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕДЛОЖЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОЕ:

1) уволить

2) провести санацию зева

3) провести разъяснительную работу

4) не предпринимать никаких мер

65. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПЕРЧАТКИ ПОДВЕРГАЮТ СТЕРИЛИЗАЦИИ В АВТОКЛАВЕ В РЕЖИМЕ:

1) 1,1 атм. – 45 минут

2) 1,5 атм. – 30 минут

3) 2 атм. – 20 минут

4) Все вышеуказанное верно

66. УКРЫТИЕ ВОЛОС СОТРУДНИКОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОЛОВНЫМ УБОРОМ ПРОИЗВОДИТСЯ ИЗ СООБРАЖЕНИЯ:

1) деонтологии

2) эстетики

3) асептики

4) антисептики

67. ИЗОЛЯЦИЮ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ПОСЛЕ:

1) первого этапа его обработки

2) второго этапа его обработки

3) третьего этапа его обработки

4) четвертого этапа его обработки

68. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ ОПЕРАЦИОННОЕ ПОЛЕ ОБРАБАТЫВАЕТСЯ АНТИСЕПТИКОМ:

1) 3 раза

2) 4 раза

3) 5 раз

4) 6 раз

69. ПО МЕТОДУ БАККАЛА ОПЕРАЦИОННОЕ ПОЛЕ ОБРАБАТЫВАЮТ РАСТВОРОМ:

1) перекиси водорода

2) бриллиантового зеленого

3) метиленового синего

4) йодоната

70. К ЗОНЕ АБСОЛЮТНОЙ СТЕРИЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ:

1) операционную

2) операционную и предоперационную

3) операционную, предоперационную и перевязочную

4) прямоугольник вокруг операционного стола

71. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ В ХИРУРГИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) операции у пациентов с первичными и вторичными иммунодефицитами

б) операции, связанные с имплантацией инородного материала (сосудистые трансплантаты, клапаны сердца и т.д.)

в) операции, связанные с удалением варикозно-расширенных вен нижних конечностей

г) плановые грыжесечения

Выберите комбинацию ответов

1) а,б

2) б,в

3) в,г

4) а,в

72. К ЭКЗОГЕННЫМ ИСТОЧНИКАМ БАКТЕРИАЛЬНОЙ КОНТАМИНАЦИИ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН ОТНОСЯТ:

а) бактериально контаминированный экссудат брюшной полости

б) бактерионосительство среди больных и медперсонала

в) бактериально контаминированное содержимое во вскрытых полых органах

г) микробная загрязненность рук хирурга

Выберите комбинацию ответов

1) а,б

2) б,в

3) в,г

4) б,г

73. НИКО-ИЗОСЕПТИКОМ РУКИ ОБРАБАТЫВАЮТ:

1) в течение 3 минут, втирая в кожу по 2,5 мл.раствора

2) в течсение 5 минут, втирая в кожу по 2,5 мл.раствора

3) в течение 3 минут, дважды втирая в кожу по 2,5 мл.раствора

4) в течение 5 минут, дважды втирая в кожу по 2,5 мл.раствора

74. ПРЯМОЙ МЕТОД КОНТРОЛЯ ЗА СТЕРИЛЬНОСТЬЮ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:

1) методом посевов

2) применение бензойной кислоты

3) применение ИС-180

4) применение максимального термометра

75. СРОК ХРАНЕНИЯ ПРОСТЕРИЛИЗОВАННОГО В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ ИНСТРУМЕНТАРИЯ:

1) одни сутки

2) трое суток

3) до 6 часов

4) до 12 часов

76. ПРОФИЛАКТИКА ИМПЛАНТАЦИОННОЙ ИНФЕКЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1) стерилизацией металлических инструментов

2) стерилизацией шовного материала

3) стерилизацией шприцов

4) обработкой операционного поля

77. В ДВОЙНОЙ УПАКОВКЕ КРЕПИРОВАННОЙ БУМАГОЙ МАТЕРИАЛ МОЖНО СТЕРИЛИЗОВАТЬ:

1) воздушным способом

2) паром

3) газом (окись этилена, формальдегид)

4) любым из вышеуказанных способов

78. В ДВОЙНОЙ УПАКОВКЕ КРЕПИРОВАННОЙ БУМАГОЙ СТЕРИЛЬНОСТЬ ОПЕРАЦИОННОГО БЕЛЬЯ ИЛИ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА СОХРАНЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ:

1) 3 суток

2) 1 недели

3) 2 недель

4) 4 недель

79. В ДВОЙНОЙ УПАКОВКЕ ИЗ НЕТКАННОГО МАТЕРИАЛА СТЕРИЛЬНОСТЬ ОПЕРАЦИОННОГО БЕЛЬЯ ИЛИ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА СОХРАНЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ:

1) 1 месяца

2) 3 месяцев

3) 6 месяцев

4) 1 года

80. В ДВОЙНОЙ УПАКОВКЕ ИЗ 1 ЛИСТА НЕТКАНОГО МАТЕРИАЛА И 1 ЛИСТА КРЕПИРОВАННОЙ БУМАГИ СТЕРИЛЬНОСТЬ ОПЕРАЦИОННОГО БЕЛЬЯ ИЛИ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА СОХРАНЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ:

1) 1 месяца

2) 2 месяцев

3) 3 месяцев

4) 4 месяцев

**Устный опрос:**

1. Определение понятий «Асептика» и «Антисептика».

2. Источники, виды хирургической инфекции и принципы борьбы с ней.

3. Современные антисептические средства. Их назначение и способы применения. Йодофоры.

4. Правила поведения и ношения медицинской формы в клинике и операционной. Одежда и волосы персонала как источники внутрибольничной инфекции.

5. Виды и формы перевязочного материала, требования к нему, способы употребления.

6. Виды операционного белья.

7. Способы укладки белья и перевязочного материала для стерилизации.

8. Устройство автоклава. Техника и режимы стерилизации.

9. Опасности, связанные с работой автоклава. Контроль технического состояния автоклава.

10. Способы контроля автоклавирования. Контроль стерильности.

11. Правила и сроки хранения стерильного материала.

12. Руки участников операции как источники хирургической инфекции. Способы подготовки рук хирурга.

13.Подготовка операционного поля у взрослых и детей. Особенности ее в зонах повышенной инфицированности.

14.Приказы МЗ СССР № 720 и № 408. Обеспечение асептичности операционного поля и рук хирурга. Комплекс санитарно-гигиенических мероприятий по профилактике внутрибольничной инфекции.

**Проверка практических навыков:**

В учебной комнате распределяются роли (врач, операционная сестра, санитарка) и каждый из студентов должен обработать руки «Первомуром», облачиться в стерильный халат и надеть перчатки, а также научиться помогать «хирургу» облачаться в стерильный халат, будучи поочередно в роли сестры или санитарки.

**Реферат:**

Организация работы хирургического стационара в свете требований асептики.

- Современные химические антисептики для предстерилизационной обработки различного хирургического инструментария и медицинского оборудования.

- Современные химические антисептики для стерилизации различного хирургического инструментария и медицинского оборудования.

* Современные способы обработки рук хирурга.

**Тема 3Стерилизация хирургических инструментов и шовного материала. Антисептика**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тестирование;

Устный опрос;

Проверка практических навыков;

Реферат

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестирование:**

1. ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ АЗОПИРАМОВОЙ ПРОБЕ ИНСТРУМЕНТЫ ПОДВЕРГАЮТСЯ:

1) повторному промыванию

2) повторному помещению в дезинфицирующий раствор

3) цикл предстерилизационной подготовки повторяется полностью

4) промыванию в проточной воде

2. К ФИЗИЧЕСКИМ МЕТОДАМ АНТИСЕПТИКИ ОТНОСЯТСЯ:

а) термическая стерилизация

б) лучевая стерилизация

в) ПХО

г) повязка с антисептическим раствором

Выберите правильную комбинацию

1) а,б

2) б,в

3) в,г

4) а,в

3. СТЕРИЛИЗАЦИЯ НЕРЕЖУЩИХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ПРОИЗВОДИТСЯ:

1) кипячением в дистиллированной воде

2) обжиганием

3) в сухожаровом шкафу

4) кипячением в растворе соды

4. СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ ПРОХОДИТ В РЕЖИМЕ:

1) 180º С – 60 мин

2) 180º С – 20 мин

3) 132º С – 60 мин

4) 132º С – 20 мин

5. ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ОПТИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1) окись этилена

2) закись азота

3) хлороформ

4) трихлорэтилен

6. ЦИСТОСКОП МОЖНО СТЕРИЛИЗОВАТЬ:

1) химическим способом

2) кипячением

3) обжиганием

4) в сухожаровом шкафу

7. ПРОФИЛАКТИКА ИМПЛАНТАЦИОННОЙ ИНФЕКЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1) стерилизацией металлических инструментов

2) стерилизацией шовного материала

3) стерилизацией воздуха операционной

4) стерилизацией шприцов

8. ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИНСТРУМЕНТА, ПОНАДОБИВШЕГОСЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ, МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1) «Первомур»

2) Обжигание инструмента

3) Озонатор

4) Раствор борной кислоты

9. КАКОЙ МЕТОД ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ:

1) паровой стерилизатор

2) кипячение

3) озонатор

4) обжигание

10. АЗОПИРАМОВАЯ ПРОБА КОНТРОЛИРУЕТ:

1) Наличие органических примесей и остатков моющего средства

2) Только наличие крови

3) Только наличие остатков моющего средства

4) Стерильность инструмента

11. С ЧЕГО НАЧИНАЕТСЯ ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ОБРАБОТКА ИСПОЛЬЗОВАННОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ?

1) с промывания в проточной воде

2) с замачивания и промывания в моющем растворе

3) с промывания в дезинфицирующем растворе

4) с обжигания

12. ПРЯМОЙ МЕТОД КОНТРОЛЯ ЗА СТЕРИЛЬНОСТЬЮ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:

1) методом посевов

2) применение бензойной кислоты

3) применение ИС-180

4) по методу Микулича

13. СТЕРИЛИЗАЦИЯ ОПТИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ПРОВОДИТСЯ:

1) паром под давлением

2) в газовом стерилизаторе

3) в сухожаровом шкафу

4) обжиганием

14. ФЕНОЛФТАЛЕИНОВАЯ ПРОБА КОНТРОЛИРУЕТ:

1) наличие крови на инструментах

2) наличие органических примесей

3) наличие остатков моющего средства

4) стерильность инструментов

15. НЕПРЯМОЙ МЕТОД КОНТРОЛЯ СТЕРИЛЬНОСТИ ИНСТРУМЕНТОВ ПРОВОДЯТ:

1) При каждой стерилизации

2) Ежедневно

3) Один раз в десять дней

4) По специальному указанию администрации

16. ХИРУРГИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1) при плановых операциях после получения результатов бактериологического контроля

2) всегда после получения результатов бактериологического контроля

3) сразу же после стерилизации

4) после предстерилизационной подготовки

17. К СИНТЕТИЧЕСКОМУ ШОВНОМУ МАТЕРИАЛУ ОТНОСЯТ:

1) шелк

2) лавсан

3) кетгут

4) все формы шовного материала

18. ЭНДОТРАХЕАЛЬНАЯ ТРУБКА ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОДВЕРГАЕТСЯ:

1) промыванию дезинфицирующим раствором

2) погружению в моющий раствор

3) длительному промыванию проточной водой

4) механической очистке

19. МЕТОД ХИМИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ:

1) применение 0,5% раствора хлоргексидина биглюконата

2) применение антистафилококкового гаммаглобулина

3) проведение первичной хирургической обработки раны

4) стерилизация в сухожаровом шкафу

20. СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДОМ СТЕРИЛИЗАЦИИ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Стерилизация шелка методом Кохера

2) Лучевая стерилизация

3) Автоклавирование

4) Все указанное выше верно

21. ШПРИЦЫ СТЕРИЛИЗУЮТ:

1) воздушным методом

2) кипячением

3) химическим методом

4) обжиганием

22. ПОСЛЕ СТЕРИЛИЗАЦИИ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ИОНИЗИРУЮЩИМ ИЗЛУЧЕНИЕМ СТЕРИЛЬНОСТЬ СОХРАНЯЕТСЯ:

1) До 5-ти лет

2) До 1 года

3) До 1 месяца

4) До 3-х дней

23. СРОК ХРАНЕНИЯ ПРОСТЕРИЛИЗОВАННОГО В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ ИНСТРУМЕНТАРИЯ:

1) одни сутки

2) используют сразу после стерилизации

3) трое суток

4) до 6 часов

24. ПО МЕХАНИЧЕСКОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ НА ТКАНИ ШОВНЫЙ МАТЕРИАЛ МОЖЕТ БЫТЬ:

1) Плетеным

2) Синтетическим

3) Травматическим

4) Монофиламентным

25. МОЖНО ЛИ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ХИРУРГИЧЕСКИМ ИНСТРУМЕНТАРИЕМ ДО ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ?

1) нет нельзя

2) можно только в экстренной ситуации

3) да можно всегда

4) можно только в плановой хирургии

26. ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ФЕНОЛФТАЛЕИНОВОЙ ПРОБЕ ИНСТРУМЕНТАРИЙ ПОДВЕРГАЕТСЯ:

1) повторному помещению в дезраствор

2) повторному промыванию

3) цикл предстерилизационной обработки повторяется полностью

4) повторному кипячению в дистиллированной воде 5 минут

27. СЛЕДУЕТ ЛИ ПРОВОДИТЬ ФЕНОЛФТАЛЕИНОВУЮ ПРОБУ ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ АЗОПИРАМОВОЙ ПРОБЕ?

1) да, так как это качественно другая проба

2) нет

3) зависит от вида инструментария

4) зависит от инфицированности инструментария

28. ТОЛЬКО ДЛЯ ПОЛИФИЛАМЕНТНОГО ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ХАРАКТЕРЕН:

1) Фитильный эффект

2) Эффект турникета

3) Бактерицидный эффект

4) Эффект растяжения

29. ОСОБЕННОСТИ НАЧАЛА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТАРИЯ, СОПРИКАСАВШЕГОСЯ С АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ:

1) начинают с длительного промывания проточной водой

2) на 6 часов замачивают в 96% спирте

3) на 6 часов замачивают в 6% растворе перекиси водорода

4) начинают с механической очистки

30. МОЖНО ЛИ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ШОВНЫМ МАТЕРИАЛОМ, ПРОСТЕРИЛИЗОВАННЫМ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ, ДО ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ?

1) можно только в плановой хирургии

2) можно только в экстренной хирургии

3) да, можно всегда

4) нет, нельзя

31. АСЕПТИКА – ЭТО КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА:

1) борьбу с инфекцией в ране или организме человека

2) предупреждение попадания инфекции в рану или внутреннюю среду человека

3) предупреждение развития сепсиса

4) устранение проявлений сепсиса

32. АНТИСЕПТИКА – ЭТО КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА:

1) борьбу с инфекцией в ране или организме человека

2) предупреждение попадания инфекции в рану или внутреннюю среду человека

3) предупреждение развития сепсиса

4) устранение проявлений сепсиса

33. К ГРУППЕ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ РАЗЪЕДИНЕНИЯ ТКАНЕЙ ОТНОСЯТ:

1) Иглодержатель Хегара

2) Кишечный жом

3) Пила Джигли

4) Вилочка Виноградова

34. К ГРУППЕ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ СОЕДИНЕНИЯ ТКАНЕЙ ОТНОСЯТ:

1) Зажим Окснера

2) Иглодержатель Хегара

3) Вилочка Виноградова

4) Шпатель

35. К ГРУППЕ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТ:

1) Игла Дешана

2) Иглодержатель Хегара

3) Зажим Микулича

4) S-образное зеркало

36. К ГРУППЕ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ТКАНЕЙ ОТНОСЯТ:

1) Печеночное зеркало

2) Ранорасширитель

3) Ретрактор

4) Все вышеперечисленное

37. К ГРУППЕ ИНСТРУМЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ ОТНОСЯТ:

1) Дисектор

2) Троакар

3) Зажим Федорова

4) Все вышеперечисленное

38. ОБЕССОЛИВАНИЕ, КАК ЭТАП ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

1) промывании инструментов под проточной водой

2) кипячении инструментов в течение 5 минут в дистиллированной воде

3) кипячении инструментов в течение 15 минут в дистиллированной воде

4) подсушивании инструментов в сухожаровом шкафу после предстерилизационной обработки

39. ДЕЗИНФЕКЦИЯ - ЭТО УНИЧТОЖЕНИЕ:

1) Всех микроорганизмов и их спор

2) Только спорообразующей микрофлоры

3) Патогенной микрофлоры

4) Всей неспорообразующей микрофлоры

40. ВОЗДУШНЫЙ СПОСОБ СТЕРИЛИЗАЦИИ – ЭТО СТЕРИЛИЗАЦИЯ В:

1) Автоклаве

2) Озонаторе

3) Параформалиновой камере

4) Сухожаровом шкафу

41. ХИМИЧЕСКИЙ СПОСОБ СТЕРИЛИЗАЦИИ – ЭТО СТЕРИЛИЗАЦИЯ

1) Кипячением

2) В сухожаровом шкафу

3) В озонаторе

4) В автоклаве

42. ЛЕНТОЧНЫЙ ИНДИКАТОР ВОЗДУШНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ КОНТРОЛИРУЕТ:

1) Максимальную температуру в сухожаровом шкафу

2) Максимальную температуру в автоклаве

3) Время максимальной температуры в сухожаровом шкафу

4) Время максимальной температуры в автоклаве

43. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ИНСТРУМЕНТОВ ПРОВОДЯТ:

1) После каждой стерилизации

2) Один раз в 10 дней

3) Один раз в месяц

4) По распоряжению заведующего операционной

44. ПО СТРОЕНИЮ ШОВНЫЙ МАТЕРИАЛ МОЖЕТ БЫТЬ:

1) Монофиламентным

2) Рассасывающимся

3) Травматическим

4) Синтетическим

45. ПОЛИФИЛАМЕНТНАЯ НИТЬ МОЖЕТ БЫТЬ:

1) Крученой

2) Плетеной

3) С полимерным покрытием

4) Верно все изложенное

46. НИТЬ С ПОЛИМЕРНЫМ ПОКРЫТИЕМ ОТНОСИТСЯ К ШОВНОМУ МАТЕРИАЛУ:

1) Монофиламентному

2) Полифиламентному

3) Верно 1 и 2

4) Синтетическому

47. ПО СПОСОБНОСТИ К БИОДЕСТРУКЦИИ ШОВНЫЙ МАТЕРИАЛ МОЖЕТ БЫТЬ:

1) Рассасывающимся

2) Не рассасывающимся

3) Верно 1 и 2

4) Синтетическим

48. ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ ШОВНЫЙ МАТЕРИАЛ МОЖЕТ БЫТЬ:

1) Рассасывающимся

2) Атравматическим

3) Плетеным

4) Синтетическим

49. КОНТРОЛЬ СТЕРИЛЬНОСТИ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ПРОВОДИТСЯ:

1) Прямым методом

2) Непрямым методом

3) Используют 1 и 2

4) Методом Микулича

50. ДЛЯ ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1) 2% раствор лизафина

2) 1% раствор лизафина

3) Верно 1 и 2

4) Лизафин для предстерилизационной обработки инструментов не применяется

51. МИНИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА, ВЫЗЫВАЮЩАЯ ГИБЕЛЬ СПОРОНОСНЫХ БАКТЕРИЙ

1) 100 °С

2) 120 °С

3) 140 °С

4) 180 °С

52. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ КОНТРОЛЯ СТЕРИЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ?

1) плавление серы

2) применение индикатора контроля воздушной стерилизации (ИКВС)

3) плавление бензойной кислоты

4) метод бактериологического контроля

53. ФИБРОГАСТРОСКОПЫ, ФИБРОКОЛОНОСКОПЫ, ФИБРОБРОНХОСКОПЫ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ ПОСЛЕ:

1) промывание моющим средством

2) дезинфекции

3) дезинфекции высокого уровня

4) любого из указанных выше методов

54.ЛАПАРОСКОПЫ, ТОРАКОСКОПЫ, АРТРОСКОПЫ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ ПОСЛЕ:

1) стерилизации

2) дезинфекции

3) дезинфекции высокого уровня

4) любого из указанных выше методов

55. ДЕЗИНФЕКЦИЯ ВЫСОКОГО УРОВНЯ – ЭТО УНИЧТОЖЕНИЕ:

1) Всех микроорганизмов и их спор

2) Спорообразующей микрофлоры

3) Патогенной микрофлоры, включая возбудителей туберкулеза, гепатита, СПИДа

4) Всей неспорообразующей микрофлоры

56. В ДВОЙНОЙ УПАКОВКЕ КРЕПИРОВАННОЙ БУМАГОЙ СТЕРИЛЬНОСТЬ ИНСТРУМЕНТАРИЯ СОХРАНЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ:

1) 3 суток

2) 1 недели

3) 2 недель

4) 4 недель

57. В ДВОЙНОЙ УПАКОВКЕ ИЗ НЕТКАННОГО МАТЕРИАЛА СТЕРИЛЬНОСТЬ ИНСТРУМЕНТАРИЯ СОХРАНЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ:

1) 1 месяца

2) 3 месяцев

3) 6 месяцев

4) 1 года

58. В ДВОЙНОЙ УПАКОВКЕ ИЗ 1 ЛИСТА НЕТКАННОГО МАТЕРИАЛА И 1 ЛИСТА КРЕПИРОВАННОЙ БУМАГИ СТЕРИЛЬНОСТЬ ИНСТРУМЕНТАРИЯ СОХРАНЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ:

1) 1 месяца

2) 2 месяцев

3) 3 месяцев

4) 4 месяцев

59. ЕЖЕДНЕВНО В ОПЕРАЦИОННОЙ ПРОВОДИТСЯ УБОРКА:

а) предварительная

б) текущая

в) заключительная

г) генеральная

Выбрать правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в

2) а, б, г

3) а, в, г

4) б, в, г

60. К ПРОФИЛАКТИКЕ КОНТАКТНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ:

а) стерилизация инструментария и перевязочного материала

б) ношение фильтрующих масок

в) обработка операционного поля

г) кварцевание воздуха

Выбрать правильную комбинацию ответов:

1) а, б

2) б, в

3) а, в

4) б, г

61. КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ ПОДВЕРГАЕТСЯ:

1) каждый обработанный инструмент

2) каждый второй инструмент

3) 10% инструментов

4) 1% инструментов, но не менее 2-3 единиц

62. ЕЖЕДНЕВНЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ ПРОВОДИТСЯ:

1) главной медсестрой больницы

2) старшей медсестрой отделения

3) перевязочной или операционной сестрой

4) заведующим хирургическим отделением

63. СТАРШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ОСУЩЕСТВЛЯЕТ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ ИНСТРУМЕНТАРИЯ В ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ ИЛИ ОПЕРАЦИОННОЙ:

1) после каждой обработки

2) ежедневно

3) 1 раз в неделю

4) 1 раз в месяц

64. ОБЕССОЛИВАНИЕ КАК ЭТАП ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

1) промывании инструментов под проточной водой в течение 5 минут

2) замачивание инструментов в дистиллированной воде на 10- 15 минут

3) кипячении инструментов в дистиллированной воде в течении 15 минут

4) подсушивании инструментов в сухожаровом шкафу

65.КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ ИНСТРУМЕНТАРИЯ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ:

1) промывания дезинфицирующим раствором

2) экспозиции в дезинфицирующем растворе

3) обессоливания

4) подсушивания

66. СТЕРИЛИЗАЦИЯ ПЕРЧАТОК ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1) кипячением

2) в автоклаве

3) в сухожаровом шкафу

4) любым из вышеуказанных методов

67. СТЕРИЛИЗАЦИЯ ПЕРЧАТОК В АВТОКЛАВЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В РЕЖИМЕ:

1) 132 °С – 20 минут

2) 126 °С – 30 минут

3) 120 °С – 45 минут

4) 110 °С – 60 минут

68. МОЖЕТ ЛИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ИНСТРУМЕНТАРИЙ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ МНОГОКРАТНО?

1) нет, он используется однократно

2) может, после повторной обработки

3) может, после устранения загрязнений

4) может, после обжигания

69. ОКРОВАВЛЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ДОЛЖЕН БЫТЬ:

1) сброшен в таз

2) протерт сухой марлей

3) замочен в дезинфицирующем растворе

4) промыт проточной водой

70. ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ШВОВ НА ОРГАНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1) круглая игла

2) трехгранная игла

3) и круглая, и трехгранная иглы

4) в зависимости от предпочтений хирурга

71. ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ШВОВ НА АПОНЕВРОЗ, КОЖУ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1) круглая игла

2) трехгранная игла

3) и круглая, и трехгранная иглы

4) в зависимости от предпочтений хирурга

72. РАЗЪЕДИНЕНИЕ ТКАНЕЙ ВОЗМОЖНО:

1) тупым путем

2) острым путем

3) при помощи высокочастотного электрического тока

4) любым из вышеуказанных

73. ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1) углекислый газ

2) кислород

3) закись азота

4) гелий

74. ДЛЯ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО БЕЛЬЯ К БРЮШИНЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ЗАЖИМ:

1) Кохера

2) Окснера

3) Микулича

4) Бильрота

75. ДЛЯ РАССЕЧЕНИЯ КОЖИ НЕ ДОЛЖНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ:

1) скальпели

2) ампутационные ножи

3) резекционные ножи

4) ножницы

**Устный опрос:**

1. Определение понятий «Асептика» и «Антитсептика».

2. Основные виды хирургических инструментов и их классификация.

3. Предстерилизационная обработка инструментария и проверка ее качества.

4. Стерилизация металлических инструментов. Контроль стерильности.

5. Стерилизация оптических приборов, изделий из резины и синтетических материалов. Контроль стерильности.

6. Обработка и стерилизация инструментов после загрязнения их клостридиальной анаэробной инфекцией.

7. Обработка и обеззараживание наркозной и дыхательной аппаратуры. Контроль стерильности.

8. Требования, предъявляемые к шовному материалу.

9. Наиболее употребительные материалы для швов. Стерилизация.

**Проверка практических навыков:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ГРУППА ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ | | | | |
| 1. Для разъеди-нения тканей | 2. Для соедине-ния тканей | 3. Для остановки кровотечения | 4.Фиксирую-щие инструменты | 5.Инстру-менты специаль-ного назначения |
|  |  |  |  |  |

Выбрать из предложенного:

Иглодержатель Гегара, зажим Бильрота, зажим Микулича, зажим Кохера, зажим типа «Москит»;

Скальпели: брюшистый, остроконечный, глазной; троакар;

пила Джигли, листовая пила; ножницы различной конструкции; ретрактор; сшивающие аппараты; жом Пайера; кусачки различные; дисектор; скобконакладыватель; вилочка Виноградова; лопаточка Ревердена; зонд пуговчатый; долото; распатор, цапки бельевые; зонд желобоватый; крючок Фарабефа; нож резекционный; нож ампутационный; крючки остроконечные; лигатурная игла Дешана; ранорасширители; диатермокоагулятор.

**Реферат:**

1. Классификация хирургического инструментария и материалов для швов и их хирургическая характеристика.

2. Приборы и инструменты для микрохирургических операций.

3. Приборы и инструменты для эндоскопических операций.

4. Способы разъединения и соединения тканей.

**Тема 4**Кровотечения.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тестирование;

Устный опрос;

Проверка практических навыков;

Реферат

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестирование:**

1. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПУЛЬС 140 УД. В МИН. СЛАБОГО НАПОЛНЕНИЯ И НАПРЯЖЕНИЯ. АД 80/40 ММ.РТ.СТ., НБ – 70 Г/Л, HT – 35%

ПЕРЕЛИВАНИЕ ЭРИТРОЦИТНОЙ МАССЫ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ:

1) внутривенно

2) внутриартериально

3) внутрикостно

2. КАКОЙ СИСТЕМЕ ОРГАНИЗМА ПРИНАДЛЕЖИТ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В МЕХАНИЗМАХ КОМПЕНСАЦИИ В ПЕРВЫЕ МИНУТЫ И ЧАСЫ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ:

1) дыхательной системе

2) органам кроветворения

3) сердечно-сосудистой системе

3. КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЯВЛЯЮТСЯ БОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ В КЛИНИКЕ ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ:

1) показатели пульса и АД

2) показатели гемоглобина и эритроцитов

3) цвет кожных покровов

4. НАЗОВИТЕ ПРИЧИНУ ВТОРИЧНЫХ РАННИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ:

1) повышение АД, снятие спазма сосудов

2) гнойное расплавление тромба

3) аррозия сосуда

5. У БОЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ ПУЛЬСИРУЮЩЕЙ СТРУЕЙ АЛОЙ КРОВИ (ПОСЛЕ НОЖЕВОГО РАНЕНИЯ). ВЫ ПРИБЫЛИ В КАЧЕСТВЕ ВРАЧА "СКОРОЙ ПОМОЩИ". ВЫБЕРИТЕ СПОСОБ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ:

1) давящая повязка

2) наложение жгута

3) максимальное сгибание ноги в коленном и тазобедренном суставах

6. НАЗОВИТЕ ПРИЧИНУ ВТОРИЧНЫХ РАННИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ:

1) гнойное расплавление тромба

2) повышение АД, снятие спазма сосуда

3) аррозия сосуда

7. НАЗОВИТЕ ОБЩИЕ СИМПТОМЫ КРОВОПОТЕРИ:

1) падение АД

2) тахикардия

3) бледность кожных покровов

4) увеличение показателей гематокрита

5) гематурия

6) потеря сознания

7) перитонеальнаясипмтоматика при гемоперитонеуме

8) черный жидкий стул

Выберите комбинацию ответов:

1) 2,3,4,6

2) 3,5,7,8

3) 1,2,3,6

8. К МЕТОДАМ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОТНОСЯТСЯ:

1) наложение давящей повязки

2) наложение жгута

3) введение в рану гемостатической губки

4) тампонада раны марлевыми тампонами

5) тампонада раны мышечной тканью

6) электрокоагуляция

7) лигирование сосуда

8) наложение кровоостанавливающего зажима

Выберите комбинацию ответов:

1) 2,3,4,5

2) 1,2,4,8

3) 2,6,7,8

9. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОТНОСЯТСЯ К ВНУТРЕННИМ ЯВНЫМ:

1) кровотечение из гастродуоденальных язв

2) маточные кровотечения

3) легочные кровотечения

4) почечные кровотечения

5) гематома мягких тканей

6) гемартрозы

7) кишечные кровотечения

Выберите комбинацию ответов

1) 2, 3, 4, 6, 7

2) 1, 2, 5, 7

3) 1, 2, 3, 4, 7

10. К СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:

1) ультразвуковое исследование

2) обзорную рентгенографию

3) пальпацию

11. У БОЛЬНОГО С РЕВМАТИЧЕСКИМ ЭНДОМИОКАРДИТОМ С ЯВЛЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ОТЕКИ, АСЦИТ) ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДНИЗОЛОНОМ НАСТУПИЛО ПРОФУЗНОЕ ЖЕЛУДОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ: БОЛЬНОЙ БЛЕДЕН. ПУЛЬС 100 УД. В МИН., А/Д 90/40. ГЕМОГЛОБИН 100 Г/Л, ЭР. - 3,5´1012 /Л. УКАЖИТЕ СТЕПЕНЬ КРОВОПОТЕРИ:

1) средняя

2) легкая

3) тяжелая

12. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ:

1) пульс 100/мин

2) коллапс

3) гемоглобин - 80 г/л

13. УСТАНОВИТЬ ИСТОЧНИК ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ:

1) рентгенологическое исследование желудка

2) лапароскопия

3) эзофагогастродуоденоскопия

14. БОЛЬНОЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ БЕДРА ПОТЕРЯЛ 800 МЛ. КРОВИ. В КАКИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ БУДУТ НАИБОЛЕЕ НИЗКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГЛОБИНА И ЭРИТРОЦИТОВ:

1) через 6-12 часов

2) через 24-48 часов

3) через 12-24 часа

15. У БОЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ОБЛАСТИ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПРАВОГО ПРЕДПЛЕЧЬЯ. НА КАКОМ УРОВНЕ СЛЕДУЕТ НАЛОЖИТЬ ЖГУТ:

1) в нижней трети плеча

2) в средней трети плеча

3) в верхней трети предплечья

16. НАЗОВИТЕ ПРИЧИНУ ВТОРИЧНЫХ ПОЗДНИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ:

1) соскальзывание с сосуда лигатуры

2) деструкция сосудистой стенки

3) повышение АД, снятие спазма сосудов

17. У БОЛЬНОГО С ЖЕЛУДОЧНЫМ АНАМНЕЗОМ ТРИ ДНЯ НАЗАД ПОЯВИЛСЯ "ДЕГТЕОБРАЗНЫЙ " СТУЛ. ПУЛЬС 88 УД. В МИН., АД 130/85 ММ.РТ.СТ. БОЛЬНОЙ ЯВИЛСЯ НА ПРИЕМ В ПОЛИКЛИНИКУ. ВАША ТАКТИКА?

1) направите в терапевтическое отделение

2) направите в хирургическое отделение

3) станете лечить амбулаторно

18. У БОЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЕ ПУЛЬСИРУЮЩЕЙ АЛОЙ СТРУЕЙ ИЗ ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СГИБА. ПОД РУКОЙ НЕТ ЖГУТА. ВЫБЕРИТЕ СПОСОБ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ:

1) максимальное сгибание руки в локтевом суставе

2) возвышенное положение конечности

3) давящая повязка.

19. У БОЛЬНОГО С ТРАВМОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПОДОЗРЕНИЕ НА ГЕМОТОРАКС. С КАКОГО МЕТОДА НАЧНЕТЕ ДИАГНОСТИКУ?

1) пункции плевральной полости

2) рентгеноскопии грудной клетки

3) физикального исследования

20. ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНОГО С ГЕМОФИЛИЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

1) давящая асептическая повязка

2) жгут

3) пальцевое прижатие сосуда

21. У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ЖЕЛУДОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПУЛЬС 120 УД. В МИН., АД 70/20 ММ.РТ.СТ., ГЕМОГЛОБИН - 50 Г/Л, ЭР. - 2,5´1012 /Л. ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ:

1) легкая

2) тяжелая

3) средняя

22. У БОЛЬНОГО С ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ, ПРИ НИТЕВИДНОМ ПУЛЬСЕ И ОТСУТСТВИИ А/Д, С ТРАНСФУЗИИ КАКОЙ СРЕДЫ НАЧНЕТЕ, ЕСЛИ У ВАС ИМЕЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ТРАНСФУЗИОННЫЕ СРЕДЫ:

1) гидроксиэтилкрахмала

2) физиологического раствора

3) эритромассы

23. ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ НА КЛЮЧИЦЕ У БОЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНА ПОДКЛЮЧИЧНАЯ ВЕНА. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ОПАСНО ДЛЯ ДАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ:

1) воздушная эмболия

2) шок

3) острая кровопотеря

24. КАКОВА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВОЙ ФАЗЫ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ:

1) 2-5 с

2) 3-5 мин

3) 6-7 мин

25. С УЧЕТОМ ИМЕЮЩИХСЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАЗЛИЧАЮТ КРОВОТЕЧЕНИЯ:

1) наружное явное

2) наружное скрытое

3) внутреннее

26. В УЧАСТКОВУЮ БОЛЬНИЦУ ДОСТАВЛЕНА БОЛЬНАЯ С ПРЕРВАВШЕЙСЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ (ВНУТРЕННЕЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ). ДОМА НАБЛЮДАЛСЯ КОЛЛАПС. В МОМЕНТ ПОСТУПЛЕНИЯ: ПУЛЬС 90 УД. В МИН., АД 120/80 ММ.РТ.СТ., ГЕМОГЛОБИН - 105 Г/Л, ЭР. - 3,0´1012 /Л. ПРИЗНАКОВ ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕТ. ВАША ТАКТИКА:

1) отправите в районную больницу

2) вызовите акушера-гинеколога

3) будете лечить консервативно

27. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ СОННОЙ АРТЕРИИ. К КАКОМУ ПОПЕРЕЧНОМУ ОТРОСТКУ ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА ПРИЖИМАЕТСЯ СОННАЯ АРТЕРИЯ:

1) к поперечному отростку III шейного позвонка

2) к поперечному отростку VI шейного позвонка

3) к поперечному отростку IV шейного позвонка

28. БОЛЬНОЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ ГОЛЕНИ ПОТЕРЯЛ 1000 МЛ. КРОВИ. В КАКИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ БУДЕТ ВОСПОЛНЕН ОБЪЕМ ПЛАЗМЫ:

1) через 24-48 часов

2) через 6-12 часов

3) через 12-20 часов

29. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА ПОЯВЛЯЕТСЯ НАЧИНАЯ С КРОВОПОТЕРИ:

1) 5%

2) 15%

3) 20-30%

30. ДЛЯ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ ИСПОЛЬЗУЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ:

1) содержание тромбоцитов

2) количество эритроцитов в периферической крови, содержание гемоглобина

3) протромбиновый индекс, время свертывания крови

31. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАСТУПАЮТ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ: 1) ВЕНОСПАЗМ; 2) ПОЛИУРИЯ; 3) ПРИТОК ТКАНЕВОЙ ЖИДКОСТИ В СОСУДЫ; 4) ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ; 5) ТАХИКАРДИЯ; 6) БРАДИКАРДИЯ; 7) ОЛИГОУРИЯ; 8) ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ АРТЕРИОЛОСПАЗМ:

1) 1,3 5, 7, 8

2) 1,2,4,5

3) 5,6,7,8

32. В КАКОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЛУЧШЕ ВЫРАЖЕНЫ КОМПЕНСАТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ:

1) детский возраст

2) средний возраст

3) старческий возраст

33. У БОЛЬНОЙ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИЕЙ БЕДРА КРОВОТЕЧЕНИЕ ОСТАНОВЛЕНО НАЛОЖЕНИЕМ ЖГУТА: ПОСТРАДАВШАЯ БЕЗУЧАСТНА К ОКРУЖАЮЩИМ, ПУЛЬС 110 УД. В МИН., АД 80/60 ММ.РТ.СТ., ГЕМОГЛОБИН - 98 Г/Л, ЭР. - 3,0´1012 /Л. ПОКАЗАНО ПЕРЕЛИВАНИЕ:

1) эритромассы

2) гемодеза

3) гидроксиэтилкрахмала

34. ДАВЯЩАЯ ПОВЯЗКА ПОКАЗАНА КАК МЕТОД ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ:

1) паренхиматозном кровотечении

2) артериальном кровотечении

3) венозном кровотечении

35. КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЯВЛЯЮТСЯ БОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ В КЛИНИКЕ ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ И ОСТАНОВИВШЕГОСЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ? 1) ПОКАЗАТЕЛИ ПУЛЬСА И А/Д, 2) ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГЛОБИНА И ЭРИТРОЦИТОВ, 3) ЦВЕТ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, 4) ГЕМАТОКРИТ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

1) 1,2,4

2) 1,3,4

3) 2,3,4

36. У БОЛЬНОГО С ГЕМОФИЛИЕЙ ПРОДОЛЖАЮЩЕЕСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЛУНКИ УДАЛЕННОГО ЗУБА. ИЗ ИМЕЮЩИХСЯ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНУЮ:

1) аминокапроновую кислоту

2) тромбоцитарную взвесь

3) криопреципитат

37. У БОЛЬНОГО ОБШИРНАЯ СКАЛЬПИРОВАННАЯ РАНА ПРАВОЙ ГОЛЕНИ. РАНЕВАЯ ПОВЕРХНОСТЬ КРОВИТ КАК " ГУБКА". ВЫ ПРИБЫЛИ В КАЧЕСТВЕ ВРАЧА "СКОРОЙ ПОМОЩИ". ВЫБЕРИТЕ СПОСОБ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ:

1) асептическая давящая повязка

2) наложение жгута

3) приподнятое положение конечности

38. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ОБЛАСТИ АЛОЙ ПУЛЬСИРУЮЩЕЙ СТРУЕЙ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО:

1) жировая эмболия

2) геморрагический шок

3) воздушная эмболия

39. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ СПОСОБЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ КРОВОПОТЕРИ:

1) индекс Allgowera

2) показатели гемоглобина

3) содержание гемоглобина, эритроцитов, показатели гематокрита

40. У ПОСТРАДАВШЕГО С ОТКРЫТЫМ ПЕРЕЛОМОМ БЕДРА ПОСЛЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НАЧАЛОСЬ ОБИЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ РАНЫ. К КАКОМУ ВИДУ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО ВРЕМЕНИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЛЕДУЕТ ЕГО ОТНЕСТИ:

1) раннему первичному

2) позднему первичному

3) раннему вторичному

41. ПОКАЗАНИЯМИ К ГЕМОТРАНСФУЗИИ ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) ПОТЕРЯ 25% ОЦК; 2) СНИЖЕНИЕ ЦВД < 60 ММ. ВОД. СТ; 3) СНИЖЕНИЕ А/Д < 90 ММ. РТ. СТ; 4) СНИЖЕНИЕ НB< 80 Г/Л; 5) СНИЖЕНИЕ ДИУРЕЗА < 30,0 В ЧАС; 6) СНИЖЕНИЕ НT< 25%; 7) ПОЯВЛЕНИЕ ЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ; 8) ПРЕДСТОЯЩАЯ ОПЕРАЦИЯ:

1) 2,3 и5

2) 3,7 и 8

3) 1,4,6 и 7

42. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ; 2) ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ; 3) СОНЛИВОСТЬ; 4) БРАДИКАРДИЯ; 5) ТАХИКАРДИЯ; 6) ГИПЕРЕМИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ; 7) ПОБЛЕДНЕНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ; 8) БОЛИ ПРИ МОЧЕИСПУСКАНИИ:

1) 2,3 и 5

2) 1,3,5 и 7

3) 3,7 и 8

43. CКОПЛЕНИЕ КРОВИ В ЕСТЕСТВЕННЫХ ПОЛОСТЯХ НАЗЫВАЕТСЯ: 1) HAEMOTHORAX; 2) HAEMOPERICARDIUM; 3) HAEMOPERITONEUM; 4) HAEMARTROSIS:

1) 2,4,1

2) 2 и 3

3) 1,2,3,4

44. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИСТОЧНИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ: 1) ЭЗОФАГОСКОПИЯ; 2) ГАСТРОСКОПИЯ; 3) РЕНТГЕНОГРАФИЯ; 4) КОЛОНОСКОПИЯ; 5) УЗИ:

1) 1,2,4

2) 4 и 5

3) 2,3 и 1

45. К ВРЕМЕННЫМ МЕТОДАМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ: 1) НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА; 2) ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ НА ПРОТЯЖЕНИИ; 3) МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ; 4) ПЕРЕВЯЗКА СОСУДА В РАНЕ; 5) ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ; 6) ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЯ; 7) НАЛОЖЕНИЕ СОСУДИСТОГО ШВА; 8) НАЛОЖЕНИЕ НА КРОВОТОЧАЩИЙ СОСУД КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЗАЖИМА; 9) ВРЕМЕННОЕ ШУНТИРОВАНИЕ:

1) 1,3,5,7 и 9

2) 1,2,3,8 и 9

3) 2,4,6 и 8

46. ПРИ ВТОРИЧНОМ АРТЕРИАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ИНФИЦИРОВАННОЙ РАНЫ ДЛЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ЕГО ОСТАНОВКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРЕДПРИНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРЫ:

1) перевязка кровоточащего сосуда в ране

2) прошивание сосуда в ране

3) перевязка кровоточащего сосуда на протяжении

47. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ ПРОФУЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ЕГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ:

1) снижение уровня гемоглобина

2) острое нарушение гемодинамики

3) ишемия печени

48. УКАЖИТЕ СПОСОБЫ ФИЗИЧЕСКОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ:

1) применение холода

2) тампонирование раны

3) гемостатическая губка

49. ПРИ КАКИХ СОСТОЯНИЯХ РАЗВИВАЕТСЯ ДВС-СИНДРОМ: 1) ШОКЕ; 2) ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ; 3) ПНЕВМОНИИ; 4) НАЛИЧИИ РАННИХ СТАДИЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ; 5) РАСПАДАЮЩИХСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ; 6) БОЛЬШИХ ТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ; 7) САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.

1) 1, 5, 6

2) 2, 3, 6

3) 4, 5, 7

50. СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕФИЦИТ ОЦК:

1) 8-10%

2) 11-20%

3) 21-30%

51. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ МЕСТНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ:

1) гемостатическая губка

2) викасол

3) гепарин

52. УКАЖИТЕ, В КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЕВ ВОЗМОЖНА ВОЗДУШНАЯ ЭМБОЛИЯ:

1) при ранении вен нижних конечностей

2) при ранении подключичной вены

3) при проникающем ножевом ранении коленного сустава и гемартрозе

53. К СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:

1) ЭКГ

2) диагностические пункции

3) реовазографию

54. ПРИЧИНОЙ ПОЗДНЕГО ВТОРИЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) аррозия стенки сосуда

2) ликвидация спазма сосуда

3) повышение АД

55. ПИК АУТОГЕМОДИЛЮЦИИ ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ НАСТУПАЕТ:

1) через 0,5 сут

2) через 0,5 – 1 сут

3) через 1,5 – 2 сут

56. ПРИЧИНОЙ РАННИХ ВТОРИЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) нагноение раны

2) нарушение свертывающей системы крови

3) соскальзывание лигатуры

57. ДЛЯ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИСТОЧНИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНА «МЕЛЕНА»:

1) верхний отдел желудочно-кишечного тракта

2) легкое

3) прямая кишка

58. ХИМИЧЕСКОЕ ВЕЩЕСТВО, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ:

1) папаверин

2) эпсилон-аминокапроновая кислота

3) реополиглюкин

59. К ГЕМОСТАТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ОБЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТ:

1) тромбин

2) фибриноген

3) фибринная пленка

60. КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К ВНЕШНЕЙ СРЕДЕ ДЕЛЯТСЯ НА:

1) внутренние

2) вторичные

3) капиллярные

61. ПРИ КАКОМ КРОВОТЕЧЕНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ ПЕРЕВЯЗКА СОСУДА НА ПРОТЯЖЕНИИ:

1) вторичном позднем

2) вторичном раннем

3) прямокишечном

62. К БИОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОСТАНОВКИ КРВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТ:

1) тампонада раны сальником

2) введение адреналина

3) внутривенное введение Σ-аминокапроновой кислоты

63. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В МЕХАНИЗМАХ КОМПЕНСАЦИИ В ПЕРВЫЕ МИНУТЫ И ЧАСЫ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИНАДЛЕЖИТ:

1) депо жидкости (подкожно-жировая клетчатка, мышцы)

2) сердечно-сосудистой системе

3) органам кроветворения

64. В РАЙОННУЮ БОЛЬНИЦУ ДОСТАВЛЕН БОЛЬНОЙ С ПРОФУЗНЫМ ЖЕЛУДОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. БЛЕДЕН, ПУЛЬС 110 УД. В МИНУТУ., А/Д 100/50 ММ РТ. СТ. КАЛ «ЧЕРНОГО ЦВЕТА». ПРИ ФИБРОГАСТРОСКОПИИ УСТАНОВЛЕНА ЯЗВА МАЛОЙ КРИВИЗНЫ ЖЕЛУДКА. ТРАНСФУЗИЯ КАКОЙ СРЕДЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА В КАЧЕСТВЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ:

1) альбумин

2) физиологический раствор

3) стабизол-рефортан

65. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ:

1) количество эритроцитов 3,0х1012/л

2) коллапс

3) количество тромбоцитов

66. НАЗОВИТЕ ПРИЧИНУ ВТОРИЧНЫХ ПОЗДНИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ:

1) соскальзывание с сосуда лигатуры

2) развитие инфекционного процесса в ране

3) повышение АД, снятие спазма сосудов

67. ПЕНИСТАЯ КРОВЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ:

1) легочном

2) желудочном

3) пищеводном

68. ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ ПРИЖАТИИ РАНЕНОЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ВОЗМОЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

1) жировая эмболия

2) воздушная эмболия

3) продолжающееся кровотечение

69. САМОПРОИЗВОЛЬНАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРОИСХОДИТ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

1) вазоконстрикции и формировании тромбоцитарного сгустка

2) образовании фибрина

3) образовании кровяного и тканевого тромбопластина

70. ПРИ ПРАВИЛЬНОМ НАЛОЖЕНИИ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА НА КОНЕЧНОСТЬ ОТМЕЧАЮТ:

1) венозное кровотечение продолжается некоторое время

2) конечность становится бледной

3) конечность становится синюшной

4) пульс дистальнее жгута не определяется

5) пульс дистальнее жгута определяется

Выберите комбинацию ответов

1) 1, 2, 4

2) 2, 3, 4

3) 2, 3, 5

71. ПРИЧИНАМИ ВТОРИЧНОГО РАННЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) соскальзывание лигатуры с сосуда

2) кровотечение из мелких нелигированных сосудов

3) гипербилирубинемия

4) переливание консервированной крови

5) резкое повышение АД

6) аррозия сосудов вследствие нагноения раны

Выберите правильную комбинацию ответов

1) 1, 2, 3, 5

2) 1, 2, 6

3) 3, 4, 5, 6

72. ПРИ КАКОМ ВИДЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ СУЩЕСТВУЕТ РЕАЛЬНАЯ ОПАСНОСТЬ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИИ:

1) артериальное кровотечение (ранение лучевой артерии)

2) венозное кровотечение (ранение вен шеи)

3) венозное кровотечение (ранение вен голени)

73. ЧТО СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ У БОЛЬНОГО С ОТКРЫТЫМ ПЕРЕЛОМОМ И КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ПОВРЕЖДЕННОЙ КРУПНОЙ АРТЕРИИ:

1) введение наркотиков для обезболивания

2) наложение жгута на конечность

3) введение сердечных и сосудосуживающих средств

74. ПРИ ОСКОЛОЧНОМ РАНЕНИИ ПРАВОГО БЕДРА РАНЕНОМУ НАЛОЖЕНА НА РАНУ ДАВЯЩАЯ ПОВЯЗКА. ЧЕРЕЗ ПОЛЧАСА ВО ВРЕМЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПОВЯЗКА НА БЕДРЕ СБИЛАСЬ И ИЗ РАНЫ ПОЯВИЛОСЬ ОБИЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПУЛЬСИРУЮЩЕЙ СТРУЁЙ АЛОЙ КРОВИ. КАК СЛЕДУЕТ ИМЕНОВАТЬ ТАКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ:

1) наружное раннее вторичное артериальное

2) наружное первичное артериальное

3) наружное позднее вторичное артериальное

75. КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЯВЛЯЮТСЯ БОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ В КЛИНИКЕ ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ:

1) цвет кожных покровов

2) показатели гемоглобина и эритроцитов

3) показатели пульса и АД

76. ОБЩИМИ СИМПТОМАМИ ГЕМОТОРАКСА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) одышка

2) ограничение дыхательных экскурсий грудной клетки

3) перкуторная тупость на стороне поражения

4) ослабление дыхательных шумов и голосового дрожания на стороне поржения

5) бледность кожных покровов

6) прогрессирующее падение А/Д

7) тахикардия

Выберите комбинацию ответов:

1) 3,4,7

2) 1,2,3,5

3) 5,6,7

77. К БИОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

1) интраоперационная тампонада раны собственными тканями

2) переливание кровезаменителей

3) переливание плазмы, тромбоцитарной массы, фибриногена

4) введение препаратов адреналина

5) введение ингибиторов фибринолиза (аминокапроновой кислоты)

6) местное применение гемостатической губки, фибринных пленок

Выберите комбинацию ответов

1) 2, 5, 6

2) 3, 4, 5, 6

3) 1, 3, 6

78. КАКИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СПОСОБОВ ВЫ ВОСПОЛЬЗУЕТЕСЬ ДЛЯ ОСТАНОВКИ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:

1) тампонадой

2) сосудистым швом

3) давящей повязкой

79. НАЛОЖЕНИЕ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА ЭСМАРХА ПОКАЗАНО ПРИ:

1) капиллярном кровотечении из мышечной ткани

2) кровотечении при повреждении бедренной артерии

3) кровотечении при повреждении лучевой артерии

4) выраженном кровотечении вследствие повреждения вен предплечья

5) выраженном венозном кровотечении при открытом переломе голени

Выберите комбинацию ответов

1) 2, 4

2) 2, 3

3) 1,5

80. КАКОЙ СИСТЕМЕ ОРГАНИЗМА ПРИНАДЛЕЖИТ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В МЕХАНИЗМАХ КОМПЕНСАЦИИ В ПЕРВЫЕ МИНУТЫ И ЧАСЫ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ:

1) дыхательной системе

2) сердечно-сосудистой системе

3) органам кроветворения

81. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВОЗНИКАЮТ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПОСЛЕ КРОВОПОТЕРИ: 1) ПОВЫШЕНИЕ HB; 2) СНИЖЕНИЕ HB; 3) ПОВЫШЕНИЕ HT; 4) СНИЖЕНИЕ HT; 5) ПОЯВЛЕНИЕ РЕТИКУЛОЦИТОВ ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО ДНЕЙ ПОСЛЕ КРОВОПОТЕРИ; 6) ПОВЫШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ БЕЛКА; 7) СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ МОЧЕВИНЫ И КРЕАТИНИНА:

1) 1, 3, 5, 6 и 7

2) 2, 3, 6 и 7

3) 2, 4, 5

82. СРОКИ ВТОРИЧНЫХ ПОЗДНИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ:

1) 5-7 сутки

2) 1-3 сутки

3) 2-4 сутки

83. НАЗОВИТЕ МЕТОД ОСТАНОВКИ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:

1) протезирование сосуда

2) тампонада раны

3) наложение жгута

84. ВИКАСОЛ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ:

1) как средство стимулирующей терапии

2) как средство, усиливающее тромбообразование

3) как средство, укрепляющее стенку сосудов

85. СОСУДИСТЫЙ ШОВ В ЦЕЛЯХ ГЕМОСТАЗА НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ:

1) артериол

2) магистральных сосудов

3) венул

86. УКАЖИТЕ МЕТОД ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ РАНЕНИИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ:

1) наложение кровоостанавлевающего зажима

2) сосудистый шов

3) тампонада раны

87. ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ И УЛУЧШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1) полиамин

2) физиологический раствор натрия хлорида

3) желатиноль

88. ПО МЕХАНИЗМУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАЗЛИЧАЮТ КРОВОТЕЧЕНИЯ:

1) наружные

2) внутренние

3) травматические

89. СРОКИ НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА ЭСМАРХА ЗИМОЙ:

1) не более 1,5 часа

2) 2 часа

3) 3 часа

90. ОСЛОЖНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАЛОЖЕНИЕМ ЖГУТА:

1) варикозное расширение вен

2) турникетный шок

3) лимфаденит

**Устный опрос**

1. Кровотечение. Определение понятия, классификация;
2. Клиническая характеристика артериального, венозного, капиллярного и паренхиматозного кровотечения;
3. Патофизиологические механизмы самопроизвольной остановки кровотечения;
4. Кровопотеря и оценка ее тяжести. Кровопотеря легкой, средней и тяжелой степени тяжести. Механизмы компенсации;
5. Общие и местные симптомы кровотечений; особенности проявления скрытого и внутреннего кровотечения;
6. План оказания помощи больному с кровотечением, способы временной остановки кровотечения. Техника пальцевого прижатия сосуда. Техника наложения жгута и хакрутки, опасности и ошибки;
7. Окончательная остановка кровотечения: механические, термические, химические и биологические методы;
8. Лечение последствий кровопотери (восполнение ОЦК, коррекция анемии, восстановление функции почек).

**Проверка практических навыков.**

Один из студентов составляет план оказания помощи больному с кровотечением по следующей схеме:

1. Оценка характера кровотечения и применение соответствующей схемы временной остановки его.
2. Введение тонизирующих средств, согревание больного, бережная его транспортировка в стационар.
3. Окончательная остановка кровотечения, возмещение утраченной крови и др. мероприятия по борьбе с острой анемией.

Способы временной остановки кровотечения.

Путем собеседования со студентами разбираются различные виды временной остановки кровотечения:

1. Давящая повязка и приподнятое положение конечности при капиллярных, венозных и незначительных артериальных кровотечениях. Применение кровоостанавливающих губок и фибринных пленок в тех же случаях.
2. Пальцевое прижатие артериальных стволов или максимальное сгибание в суставах при артериальных кровотечениях.
3. Наложение жгута или закрутки.
4. Наложение стерильных кровостанавливающих зажимов на кровоточащие сосуды.
5. Техника пальцевого прижатия.

Студенты друг на друге и на больных осваивают методику пальцевого прижатия крупных артериальных стволов (наружная челюстная артерия, общая сонная, височная, подключичная, подкрыльцовая, плечевая, лучевая, бедренная артерии). Эффективность прижатия проверяется ассистентом по пульсу на периферическом участке прижатой артерии.

Техника наложения жгута, закрутки.

Студенты друг на друге или на больных осваивают методику наложения жгута или закрутки. Обращается внимание на цвет кожных покровов и пульсацию артерий ниже жгута.

Ошибки при наложении жгута и закрутки.

Путем собеседования со студентами разбираются возможные ошибки при наложении жгута:

1. Неправильный уровень при наложении жгута.
2. Слабое или наоборот сильное перетягивание конечности.
3. Не фиксируется время наложения жгута.
4. Наложение жгута под одеждой.
5. Конечность предварительно не обескровлена путем поднятия ее вверх.

Нежелательно применение жгута при открытых переломах, при обширных повреждениях мягких тканей

**Реферат:**

Клинические и лабораторные тесты определения степени кровопотери. Решение вопроса об объеме и характере проведения трансфузионной терапии (на основе данных истории болезни);

- Применение эндоскопических методов в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений;

- Реинфузия крови в лечении острой кровопотери. Показания, противопоказания, методика проведения;

- Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (сладжсиндром).

**Тема 5**Обезболивание.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тестирование;

Устный опрос;

Проверка практических навыков;

Реферат

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестирование:**

1. КУДА СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ АНЕСТЕТИК ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ

1) между паутинной и твердой мозговыми оболочками

2) под паутинную оболочку

3) между мягкой мозговой оболочкой и спинным мозгом

4) между внутренним и наружным листками твердой мозговой оболочки

2. ТЕРМИНАЛЬНАЯ (КОНТАКТНАЯ) АНЕСТЕЗИЯ ПРИМЕНИМА

1) при эндоскопическом исследовании желудка

2) при подкожном панариции

3) при флегмоне предплечья

4) у больного с аппендицитом

3.СТЕПЕНЬ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ БУДЕТ ВЫШЕ, ЕСЛИ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ БОЛЬНОМУ ВВЕСТИ

1) кофеин

2) морфин

3) атропин

4) но-шпу

4.ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ГЛУБОКОЙ ФЛЕГМОНЫ КИСТИ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА:

1) проводниковая анестезия

2) ромбовидная анестезия (обкалыванием)

3) инфильтрационная анестезия методом тугого ползучего инфильтрата

4) каудальная анестезия

5.ПРИ ВНУТРИКОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ АНЕСТЕТИК ВВОДИТСЯ:

1) в компактную часть диафиза кости

2) в костномозговой канал

3) в спонгиозную часть метафиза кости

4) в эпифиз кости

6.БОЛЕЕ ДЛИТЕЛЬНО ПОДДЕРЖИВАТЬ АНАЛЬГЕЗИЮ ПРИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПОЗВОЛЯЕТ:

1) дробное введение анестетика по катетеру в эпидуральном пространстве

2) введение большого количества анестетика в высокой концентрации

3) смешивание анестетика со спинномозговой жидкостью

4) смешивание анестетика с адреналином

7.ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ ИЛИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ ПОКАЗАНА:

1) внутривенная регионарная анестезия

2) ромбовидная анестезия (обкалыванием)

3) инфильтрационная анестезия методом тугого ползучего инфильтрата

4) футлярная анестезия

8. ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ КОНТАКТ АНЕСТЕТИКА:

1) только с нервными окончаниями

2) только с нервными стволами

3) с нервными окончаниями и мелкими нервами

4) с ганглиями

9.КАКИЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ДОСТОИНСТВ ПРИСУЩИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО А.В.ВИШНЕВСКОМУ

1) сопровождается сужением сосудов, расслабляет мышцы оперируемой зоны

2) не травмирует ткани, хорошо управляема

3) быстрое развитие анестезии, позволяет осуществлять гидравлическую препаровку тканей

4) снижает АД, вызывает сонливость

10.КАЧЕСТВО МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) утратой тактильной чувствительности

2) утратой болевой чувствительности

3) утратой температурной чувствительности

4) утратой чувства глубокого давления (проприоцептивной)

11.ПРИ ПОПАДАНИИ ИГЛЫ В СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

1) отсутствие обратного истечения жидкости из иглы

2) истечение жидкости из иглы

3) истечение артериальной крови

4) медленное истечение венозной крови

12.ПРИ ВНУТРИКОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ

1) жгут не накладывается

2) накладывается артериальный жгут

3) накладывается венозный жгут

4) наложение жгута не имеет принципиального значения

13. МЕТОД МЕСТНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ТУГИМ ПОЛЗУЧИМ ИНФИЛЬТРАТОМ ДЕТАЛЬНО РАЗРАБОТАЛ:

1. Бакулев

2. Бурденко

3. Вишневский

4.Пирогов

14.ДЛЯ РАЗВЕДЕНИЯ РАСТВОРА НОВОКАИНА НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1) изотонический раствор NaCl

2) гипертонический раствор NaCl

3) гипотонический раствор NaCl

4) не имеет значения

15.ДОСТОИНСТВОМ МЕСТНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) полная анестезия

2) техническая простота

3) миорелаксация

4) управляемость

16.В НАБОР ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВХОДЯТ:

1) иглы, шприцы, маски для наркоза и эндотрахеальные трубки.

2) одноразовые системы, раствор анестетика и посуда для него.

3) иглы, шприцы, раствор анестетика и посуда для него.

4) специальный дозирующий инструментарий и емкость для анестетика.

17.ПО ЧИСЛУ И ВЫРАЖЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПО СРАВНЕНИЮ С СУБАРАХНОИДАЛЬНОЙ:

1) менее опасна

2) более опасна

3) практически одинакова

4) вопрос не изучен

18. «ЛИМОННУЮ КОРКУ» ДЕЛАЮТ:

1) тонкой иглой, внутрикожным введением анестетика

2) толстой иглой, подкожным введением анестетика

3) тонкой иглой, подкожным введением анестетика

4) толстой иглой, внутрикожным введением анестетика

19. ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ СОХРАНЯЕТСЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ.  
 1) Болевая.

2) Температурная.  
 3) Тактильная.  
 4) Температурная и тактильная.

20.ДЛЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1) 0,25% раствор лидокаина

2) 0,5% раствор лидокаина

3) 1% раствор лидокаина

4) 2-10% раствор лидокаина

21.УКАЖИТЕ САМЫЙ ТОКСИЧНЫЙ ИЗ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ:

1) лидокаин

2) новокаин

3) дикаин

4) тримекаин

22.ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСЧЕЗАЕТ:

1) Проприоцептивная чувствительность

2) Болевая чувствительность

3) Тактильная чувствительность

4) Все верно

23. ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ОПЕРАЦИИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ:

1) требует премедикации

2) в премедикации не нуждается

3) достаточно психологической подготовки

4) назначение премедикации желательно, но не обязательно

24.СКОРОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ БЫСТРЕЕ ПРИ:

1) Эпидуральной анестезии

2) Субарахноидальной анестезии

3) Одинакова в обоих случаях

4) Зависит от положения больного

25. ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПАЛЬЦАХ КИСТИ ПРИМЕНЯЮТ:

1) Анестезию по Оберсту-Лукашевичу

2) Внутривенную регионарную анестезию

3) Циркулярную блокаду поперечного сечения

4) Терминальную анестезию

26.ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ АСПИРАЦИОННУЮ ПРОБУ ПРОВОДЯТ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ:

1) Удостовериться в попадании иглы в спинномозговой канал

2) Удостовериться в отсутствии повреждения сосуда

3) Удостовериться в эндоневральном введении иглы

4) Удостовериться в попадании иглы в эпидуральное пространство

27. ИНФИЛЬТРАЦИОННУЮ МЕСТНУЮ АНЕСТЕЗИЮ ПРОВОДИТ:

1) медсестра

2) фельдшер

3) врач скорой помощи

4) врач-специалист

28.ДЛЯ ФУТЛЯРНЫХ НОВОКАИНОВЫХ БЛОКАД ПО А.В.ВИШНЕВСКОМУ ИСПОЛЬЗУЮТ НОВОКАИН:

1) 10%

2) 5%

3) 1 - 2%

4) 0,25 - 0,5%

29.ПРИ ВНУТРИВЕННОЙ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЖГУТ НАКЛАДЫВАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ:

1) Обескровливания и создания депо анестетика

2) Сдавления нерва

3) Профилактики артериального кровотечения

4) Создания венозного полнокровия

30.ШЕЙНАЯ ВАГОСИМПАТИЧЕСКАЯ БЛОКАДА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ:

1) Профилактики и лечения плевропульмонального шока при травмах грудной клетки

2) лечения острой кишечной непроходимости

3) лечения острого холецистита

4) лечения почечной колики

31.АНЕСТЕЗИЮ ХОЛОДОМ (ХЛОРЭТИЛ) ПРИМЕНЯЮТ:

1) для обезболивания при гнойных процессах

2) для обезболивания ушибов, растяжений связок

3) для обезболивания при панарициях

4) анестезии глотки при ЭГДС

32. ПРИГОДНОСТЬ ПРИМЕНЯЕМОГО РАСТВОРА НОВОКАИНА ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ДОЛЖЕН ОЦЕНИТЬ:

1) Анестезиолог.

2) Хирург.

3) Медсестра.

4) Санитарка.

33.ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО А.В.ВИШНЕВСКОМУ ИМЕЕТ МЕСТО:

1) тугая инфильтрация тканей раствором анестетика

2) используется анестетик в максимально низкой концентрации

3) гидравлическая препаровка тканей

4) все верно

34.АРТЕРИАЛЬНЫЙ ЖГУТ НА КОНЕЧНОСТЬ НАКЛАДЫВАЮТ ПРИ:

1) Внутрикостной анестезии

2) Инфильтрационной анестезии

3) Анестезии поперечного сечения

4) Терминальной анестезии

35.ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОЙ И ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СВЯЗАНО:

1) С действием анестетиков на сосудодвигательный центр

2) С блокадой преганглионарных симпатических волокон

3) С общерезорбтивным действием анестетиков

4) С расширением капиллярного русла

36.У БОЛЬНОГО НЕБОЛЬШАЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА:

1) Проводниковая анестезия

2) Инфильтрационная анестезия по А.В.Вишневскому

3) Субарахноидальная анестезия

4) Эпидуральная анестезия

37.УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ, НО НЕ ОТНОСЯЩИЙСЯ К МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКАМ:

1) Анестезин

2) Хлорэтил

3) Лидокаин

4) Новокаин

38. СРЕДСТВО, ПРИМЕНЯЕМОЕ ДЛЯ ВСЕХ ВИДОВ АНЕСТЕЗИИ (ТЕРМИНАЛЬНОЙ, ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ, ПРОВОДНИКОВОЙ, ЭПИДУРАЛЬНОЙ):

1) Хлорэтил

2) Анестезин

3) Дикаин

4) Лидокаин

39.СУБАРАХНОИДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ НЕ ДОЛЖНА ВЫПОЛНЯТЬСЯ У ПАЦИЕНТОВ:

1) С гипотонией

2) С наличием инфекции в месте инъекции

3) С грубой деформацией позвоночника

4) Все верно

40.ОБЕСКРОВЛИВАНИЕ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИВЕННОЙ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДОСТИГАЕТСЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫМ ВЫПОЛНЕНИЕМ:

1) Подъем конечности, эластическое бинтование, наложение артериального жгута

2) Эластическое бинтование, подъем конечности, наложение артериального жгута

3) Наложение артериального жгута, эластическое бинтование, подъем конечности

4) Последовательность не имеет значения

41.К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТОКСИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ, ОТНОСЯТ:

1) Головокружение, бледность, холодный пот.

2) Угнетение деятельности ССС, остановка дыхания, кома.

3) Тошнота, рвота, двигательное возбуждение.

4) Все верно в зависимости от тяжести отравления.

42.АРТЕРИАЛЬНЫЙ ЖГУТ НАКЛАДЫВАЕТСЯ:

1) При внутривенной регионарной анестезии

2) При внутрикостной регионарной анестезии

3) При анестезии по Оберсту-Лукашевичу

4) Все верно

43. УКАЖИТЕ АНЕСТЕЗИЮ, ПРИ КОТОРОЙ РАСТВОРОМ АНЕСТЕТИКА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ПРОПИТЫВАЮТСЯ КОЖА И БОЛЕЕ ГЛУБОКИЕ ТКАНИ, ЧЕРЕЗ КОТОРЫЕ ПРОЙДЕТ ОПЕРАЦИОННЫЙ РАЗРЕЗ:

1) Терминальная анестезия

2) Инфильтрационная анестезия

3) Проводниковая анестезия

4) Эпидуральная анестезия

44.ПРИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРОИСХОДИТ БЛОКАДА:

1) Задних (чувствительных) корешков спинного мозга

2) Передних (двигательных) корешков спинного мозга

3) Задних и передних корешков спинного мозга

4) Ствола спинного мозга

45. ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

1) трилен

2) хлорэтил

3) тиопентал натрия

4) фторотан

46. ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ ПРЕМЕДИКАЦИЮ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ.  
 1) Только детям.  
 2) Больным с лабильной нервной системой.  
 3) Всем без исключения.  
 4) Только больным пожилого возраста.

47.ДЛЯ ПРОЛОНГАЦИИ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕГО ЭФФЕКТА К МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКАМ ДОБАВЛЯЮТ РАСТВОР АДРЕНАЛИНА 1:200000 ИЛИ 1:250000 ТОЛЬКО:

1) При проведении инфильтрационной анестезии

2) При проведении анестезии по Оберсту-Лукашевичу

3) При выполнении вагосимпатической блокады

4) При эпидуральной анестезии

48.ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОХОЖДЕНИЯ ТКАНЕЙ ИГЛОЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ:

1) кожа, подкожная клетчатка, межостистая связка, надостистая связка, желтая связка, твердая мозговая оболочка, паутинная оболочка

2) кожа, подкожная клетчатка, желтая связка, надостистая связка, межостистая связка, твердая мозговая оболочка, паутинная оболочка

3) кожа, подкожная клетчатка, надостистая связка, межостистая связка, желтая связка, твердая мозговая оболочка, паутинная оболочка

4) кожа, подкожная клетчатка, надостистая связка, межостистая связка, желтая связка, паутинная оболочка, твердая мозговая оболочка

49.К ТЕРМИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1) Закапывание раствора дикаина (при повреждении глаз)

2) Орошение полости рта и глотки раствором лидокаина (при эзофагогастродуоденоскопии)

3) Подкожное введение новокаина (при операции)

4) Введение свечей с анестезином в прямую кишку

50.ВЫРАЖЕННУЮ МЫШЕЧНУЮ РЕЛАКСАЦИЮ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

1) Эпидуральная анестезия

2) Инфильтрационная анестезия по А.В.Вишневскому

3) Вагосимпатическая блокада

4) Терминальная анестезия

51. СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1) Инфильтрационной анестезии.

2) Эпидуральной анестезии.

3) Анестезии по Оберсту-Лукашевичу

4) Анестезии хлорэтилом.

52. КАКОЙ СПОСОБ АНЕСТЕЗИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ФИБРОГАСТРОСКОПИИ?

1) Анестезия глотки по методу Вишневского

2) Проводниковая анестезия глоточных нервов

3) Орошение и смазывание ротоглотки анестетиком

4) При фиброгастроскопии местная анестезия не применима

53. КАКОВА МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА 0,25% РАСТВОРА НОВОКАИНА В ПЕРЕСЧЕТЕ НА СУХОЕ ВЕЩЕСТВО, КОТОРУЮ МОЖНО ВВЕСТИ В ОРГАНИЗМ БОЛЬНОГО ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ЗА 1 ЧАС ОПЕРАЦИИ?

1) До 1 г

2) До 2 – 2,5 г

3) До 3 - 5 г

4) До 6 -10 г

54. ПРИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ КРОВОТОЧИВОСТИ ТКАНЕЙ В РАСТВОР АНЕСТЕТИКА ДОБАВЛЯЮТ:

1) викасол

2) папаверин

3) адреналин

4) атропин

55. ЭПИДУРАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО РАСПОЛОЖЕНО МЕЖДУ

1) твердой мозговой оболочкой и желтой связкой

2) твердой мозговой оболочкой и мягкой мозговой оболочкой

3) мягкой мозговой оболочкой и паутинной

4) твердой мозговой оболочкой и паутинной

56. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

1) прокалывается твердая мозговая оболочка

2) не прокалывается твердая мозговая оболочка

3) прокалывается спинной мозг

4) прокалывается твердая и сосудистая оболочки

57. АНЕСТЕЗИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА 0,5% РАСТВОРА НОВОКАИНА ПРИ ОДНОКРАТНОМ ВВЕДЕНИИ СОХРАНЯЮТСЯ.  
 1) до 30 мин.  
 2) до 1 часа  
 3) до 1,5 - 2 часа  
 4) до 2 - 3 часов

58. В ГЕМАТОМУ НА МЕСТЕ ПЕРЕЛОМА ВВОДЯТ НОВОКАИН:  
 1) 0,25%  
 2) 0,5%  
 3) 2%  
 4) 5%

59. ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕЖРЕБЕРНОЙ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ИГЛУ ВВОДЯТ:  
 1) У верхнего края ребра.  
 2) У нижнего края ребра.  
 3) У середины ребра.

4) над ребром

60. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ БЛОКАДЫ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ ПО КУЛЕНКАМПФУ ЛИДОКАИН (1% -30 МЛ) ВВОДЯТ:  
 1) Над ключицей, кнаружи от подключичной артерии**.**  
 2) Над ключицей, кнутри от подключичной артерии.  
 3) Под ключицей, кнаружи от подключичной артерии.  
 4) Под ключицей, кнутри от подключичной артерии.

61. ПРИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ НАСТУПАЕТ КАК ПРАВИЛО ЧЕРЕЗ...  
 1) 10 - 20 мин.  
 2) 30 - 40 мин.  
 3) 40 - 60 мин.  
 4) 60 - 90 мин.

62. ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА

1) Лицам пожилого и старческого возраста.

2) Больным с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

3) Лицам с эндокринными заболеваниями (диабет, тиреотоксикоз).

4) Лицам с гиповолемией и гипотонией.

63. СУЩЕСТВЕННОЕ ПРОДЛЕНИЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ, ДОБАВИВ К АНЕСТЕТИКУ РАСТВОР...  
 1) анальгина.  
 2) морфина.  
 3) дроперидола.

4) атропина.  
64.    КАКОЙ СИНОНИМ ИМЕЕТ САКРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ?  
 1) Экстрадуральная.  
 2) Каудальная.  
 3) Парадуральная.  
 4)Эпидуральная.  
  
65. ЭПИДУРАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО:  
 1) сообщается с субарахноидальным пространством.  
 2) сообщается с желудочками мозга.  
 3) не сообщается ни с субарахноидальным пространством, ни с желудочками мозга. 4) сообщается с субарахноидальным пространством и с желудочками мозга.

66. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПИНОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ БОЛЬНОМУ ПРИДАЮТ ПОЛОЖЕНИЕ:  
 1) строго горизонтальное.  
 2) положение Фовлера.  
 3) положение больного зависит от плотности анестетика.  
 4) Полусидячее по Федорову.

67. В ТЕЧЕНИИ СПИНОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ?  
 1) Снижение артериального давления.  
 2) Повышение артериального давления.  
 3) Снижение венозного давления.  
 4) Повышение артериального и повышение венозного давления.

68. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПИНОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ

ГИПЕРБАРНОГО РАСТВОРА АНЕСТЕТИКА, В СЛУЧАЕ СНИЖЕНИЯ

АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОЯВЛЕНИИ ТАХИКАРДИИ:  
 1) придать положение по Фовлеру.  
 2) придать положение Тренделленбурга.  
 3) уложить больного на правый бок.  
 4) уложить больного на левый бок.  
69. АНЕСТЕЗИЯ ПО ОБЕРСТУ-ЛУКАШЕВИЧУ ОТНОСИТСЯ К:

1) Терминальной

2) Проводниковой

3) Инфильтрационной

4) Эпидуральной

70. ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ УСИЛИВАЕТСЯ НА ФОНЕ

1) средств для наркоза

2) наркотических анальгетиков

3)снотворных

4) все верно

71. КАКОЙ СПОСОБ АНЕСТЕЗИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ФИБРОГАСТРОСКОПИИ?

1) Анестезия глотки по методу Вишневского.

2) Проводниковая анестезия глоточных нервов.

3) Орошение и смазывание ротоглотки анестетиком.

4) При фиброгастроскопии местная анестезия не применима.

72. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ:

1) Антисептическая обработка кожи не обязательна.

2) Желательно применение йодсодержащих антисептиков.

3) Независимо от используемого вещества необходима полная стерильность кожных покровов.

4) Выбор антисептика не имеет значения

73. НАБЛЮДЕНИЕ ЗА АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ВЕСЬМА ВАЖНО ПРИ:

1) Анестезии хлорэтилом.

2) Инфильтрационной анестезии.

3) Эпидуральной анестезии.

4) Анестезии по Оберсту-Лукашевичу

74. ВЫРАЖЕННУЮ МЫШЕЧНУЮ РЕЛАКСАЦИЮ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

1) Эпидуральная анестезия

2) Инфильтрационная анестезия по А.В.Вишневскому

3) Вагосимпатическая блокада

4) Терминальная анестезия

75. ВРАЧ ВЫПОЛНЯЕТ ПАРАНЕФРАЛЬНУЮ БЛОКАДУ. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АСПИРАЦИОННОЙ ПРОБЫ В ШПРИЦЕ ПОЯВИЛАСЬ КРОВЬ. ЭТО ГОВОРИТ О ПОВРЕЖДЕНИИ:

1) Почки

2) Кишки

3) Легкого

4) Печени

76. ЗАКИСЬ АЗОТА

1) слабый анестетик с выраженным анальгезирующим действием, применяемый только в смеси с кислородом

2) может применяться по открытой системе

3) сильный анестетик со слабым анальгезирующим действием, может применяться в чистом виде без кислорода

4) все перечисленное, в зависимости от состояния больного

77. КАКОЙ ИЗ ИНГАЛЯЦИОННЫХ АНЕСТЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ГАЗОМ?

1) эфир

2) фторотан

3) хлороформ

4) закись азота

78. КАКОЙ ИЗ ИНГАЛЯЦИОННЫХ АНЕСТЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ГАЗОМ?

1) эфир

2) фторотан

3) хлороформ

4) циклопропан

79. ФЕНТАНИЛ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) препаратом выраженного психотропного действия

2) мощным анальгетиком, действующим 20-25 минут

3) нейролептиком

4) анальгетиком короткого действия (2-3 минуты)

80.КАКОЕ ИЗ ВЕЩЕСТВ ДЛЯ НАРКОЗА ВВОДИТСЯ ВНУТРИВЕННО?:

1) эфир

2) гексенал

3) трихлорэтилен

4) закись азота

81. КАКОЕ ИЗ ВЕЩЕСТВ ДЛЯ НАРКОЗА ВВОДИТСЯ ВНУТРИВЕННО?:

1) закись азота

2) калипсол (кетамин)

3) фторотан

4) трихлорэтилен

82. ФЕНТАНИЛ ЯВЛЯЕТСЯ

1) нейролептиком

2) наркотическим анальгетиком

3) антигистаминным препаратом

4) ваголитиком

83. АТРОПИН ЯВЛЯЕТСЯ

1) нейролептиком

2) наркотическим анальгетиком

3) антигистаминным препаратом

4) ваголитиком

84. ДРОПЕРИДОЛ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) нейролептиком

2) наркотическим анальгетиком

3) антигистаминным препаратом

4) ваголитиком

85. ДИМЕДРОЛ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) нейролептиком

2) наркотическим анальгетиком

3) антигистаминным препаратом

4) ваголитиком

86. КАКОЙ СОСТАВ МЕДИКАМЕНТОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПРЕМЕДИКАЦИИ ПЕРЕД ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ:

1)этаминал натрия, фенобарбитал, седуксен

2)промедол, димедрол, атропин

3)седуксен, эуфиллин, но-шпа

4) кофеин, кордиамин, лобелин

87. В КАЧЕСТВЕ АНЕСТЕТИКА ДЛЯ ВВОДНОГО НАРКОЗА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1) анальгин

2) тиопентал натрия

3) закись азота

4) эфир

88. «ТРОЙНОЙ» ПРИЕМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СВОБОДНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ  
 1) положение на спине, голова повернута влево, нижняя челюсть выдвинута вперед  
 2) под лопатки подложен валик, голова отогнута кзади, нижняя челюсть выдвинута вперед  
 3) положение на спине, голова согнута кпереди, нижняя челюсть прижата к верхней  
 4) положение на спине, под лопатки подложен валик, нижняя челюсть прижата к верхней

89. КОМБИНАЦИЕЙ КАКИХ ПРЕПАРАТОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НЕЙРОЛЕПТАНАЛГЕЗИЯ:

1) барбитураты и наркотически анальгетики

2) седативные средства или транквилизаторы и наркотически анальгетики

3) нейролептики и наркотически анальгетики

4) наркотические анестетики и наркотически анальгетики

90. КАКИЕ АНЕСТЕТИКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО НАРКОЗА:

1) калипсол, тиопентал натрия, гексенал

2) анальгин, анестезин, новокаин

3) ортофен, кеторол, спазган

4) димедрол, супрастин, тавегил

91. ПРИЗНАК ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ   
 1) отсутствие экскурсий грудной клетки  
 2) зрачки широкие   
 3)появление пульсовой волны на сонной артерии, сужение зрачков

4) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии

92. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАПАДЕНИЯ КОРНЯ ЯЗЫКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ГОЛОВА ПОСТРАДАВШЕГО ДОЛЖНА БЫТЬ  
 1) повернута влево  
 2) запрокинута назад  
 3) согнута вперед  
 4) в исходном положении

93. К ОСЛОЖНЕНИЯМ НАРКОЗА ОТНОСЯТ

1) рвоту

2) ларингоспазм

3) регургитацию

4) все верно

94. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА (МЕНДЕЛЬСОНА) У УРГЕНТНЫХ БОЛЬНЫХ НЕОБХОДИМО:

1) опорожнить желудок через зонд

2) дать слабительные

3) назначить соду по 1 ч. ложке за 30 минут до еды

4) назначить спазмолитик

95. ЕСЛИ ВО ВРЕМЯ НАРКОЗА МАСКОЙ У БОЛЬНОГО НАСТУПИЛА РВОТА, ТО СЛЕДУЕТ:

1) приподнять головной конец операционного стола, убрать маску и дать дышать чистым кислородом

2) повернуть голову больного на левый бок, очистить ротовую полость от рвотных масс

3) опустить головной конец операционного стола, произвести трахеостомию

4) провести интубацию трахеи

96.ИНТУБАЦИЮ ТРАХЕИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:

1) воздуховодом

2) эндотрахеальной трубкой

3) трахеостомической трубкой

4) S-образным воздуховодом

97. ЕСЛИ ПОСЛЕ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ДЫХАНИЕ В ЛЕГКИХ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ПРОСЛУШИВАЕТСЯ ТОЛЬКО В ПРАВОМ ЛЕГКОМ, НЕОБХОДИМО:

1) прочистить интубационную трубку

2) начать реанимационные мероприятия

3) переинтубировать больного

4) подтянуть интубационную трубку

98. ЕСЛИ ПОСЛЕ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ДЫХАНИЕ В ЛЕГКИХ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ НЕ ПРОСЛУШИВАЕТСЯ НЕОБХОДИМО:

1) прочистить интубационную трубку

2) начать реанимационные мероприятия

3) переинтубировать больного

4) произвести трахеостомию

99. НЕЙРОВЕГЕТАТИВНАЯ БЛОКАДА ОТНОСИТСЯ К:

1) общим компонентам анестезии

2) специальным компонентам анестезии

3) дополнительным компонентам анестезии

4) самостоятельным компонентом анестезии

100. К СПЕЦИАЛЬНЫМ КОМПОНЕНТАМ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСИТСЯ:

1) нейролептаналгезия

2) гипотермия

3) интубация трахеи

4) миорелаксация

101. ГИПОКСЕМИЯ ЭТО:

1) недостаток кислорода во вдыхаемой смеси

2) избыток кислорода во вдыхаемой смеси

3) недостаток кислорода в крови

4) избыток углекислого газа в крови

102. ДЛЯ ПЕРВОЙ СТАДИИ ЭФИРНОГО НАРКОЗА ХАРАКТЕРНО:

1) ясное сознание

2) полное отсутствие сознания

3) оглушение

4) возбуждение

103. ДЛЯ ВТОРОЙ СТАДИИ ЭФИРНОГО НАРКОЗА ХАРАКТЕРНО:

1) гипотония

2) брадикардия

3) сужение зрачков

4) возбуждение

104. ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТАДИИ НАРКОЗА:

1) зрачки широкие, реакция на свет отсутствует

2) зрачки узкие, реакция на свет отсутствует

3) зрачки суженные, есть реакция на свет

4) зрачки широкие, есть реакция на свет

105. СТАДИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1) быстрым выходом из наркоза

2) все стадии наркоза проходят в обратном порядке

3) длительное угнетение сознания

4) повышение тонуса скелетной мускулатуры

106. НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ ПРЕМЕДИКАЦИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ:

1) за 1,5 часа

2) за 1 час

3) за 30 мин

4) за 15 мин

107. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ФТОРОТАНА:

1) старческий возраст

2) бронхиальная астма

3) заболевания почек, печени, сердца

4) детский возраст

108. НЕДОСТАТКИ НАРКОЗА БАРБИТУРАТАМИ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В:

1) появлении рвоты, судорог

2) выраженном возбуждении, длительном посленаркозном сне

3) возможности угнетения дыхания, отсутствии анальгетического эффекта,

4) ларингоспазм

109. НЕЙРОЛЕПТАНАЛГЕЗИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ:

1) дроперидол и фентанил

2) барбитураты и кетамин

3) закись азота и кислород

4) седуксен и фентанил

110. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НЕЙРОЛЕПТАНАЛГЕЗИИ:

1) старческий возраст

2) отсутствие аппарата для ИВЛ

3) тяжелое состояние больного

4) почечная недостаточность

111. ПРЕКАРДИАЛЬНЫЙ УДАР НАНОСИТСЯ:

1) пальцем

2) ладонью

3) кулаком

4) локтем

112. ДЛЯ КЕТАМИНА ХАРАКТЕРНО:

1) галлюцинации

2) повышение артериального и ликворного давления

3) сохранение мышечного тонуса

4) все

113. ГЛАВНОЕ ОТЛИЧИЕ КЕТАМИНА (КЕТАЛАРА, КАЛИПСОЛА) ОТ НЕИНГАЛЯЦИОННЫХ АНЕСТЕТИКОВ ВО ВРЕМЯ ВВОДНОГО НАРКОЗА:

1) вызывает релаксацию

2) вызывает артериальную гипертензию

3) вызывает артериальную гипотонию

4) вызывает рвоту

114. НАИБОЛЕЕ ОПАСНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ:

1) пробуждение больного

2) регургитация и аспирация

3) брадикардия

4) остановка дыхания

115. ПЕРВАЯ СТАДИЯ ЭФИРНОГО НАРКОЗА:

1) анальгезия

2) возбуждение

3) угнетение дыхания

4) арефлексия

116. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ НОРМОТЕРМИИ  
 1) 1-2 минуты  
 2) 5-7 минут  
 3) 25-30 минут  
 4) 8-10 минут

117. К СПЕЦИАЛЬНЫМ КОМПОНЕНТАМ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСИТСЯ:

1) торможение психического восприятия

2) гипорефлексия а) анальгезия; б) нейровегетативная блокада

3) миорелаксация

4) холодовая и фармакологическая кардиоплегия

118. К ОБЩИМ КОМПОНЕНТАМ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСИТСЯ:

1) поддержание адекватного газообмена

2) искусственное кровообращение (АИК)

3) поверхностная и глубокая гипотермия

4) гипербарическая оксигенация

119. КАРДИОВЕРСИЯ ЭТО:

1) определение позиции сердца

2) дефибрилляция

3) электростимуляция

4) мониторирование

120. ВЕРНЫЙ АЛГОРИТМ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ:

1) восстановление проходимости дыхательных путей, искусственное дыхание, закрытый массаж сердца, внутривенное введение, адреналина, бикарбоната натрия

2) искусственное дыхание, восстановление проходимости дыхательных путей, закрытый массаж сердца, внутривенное введение, адреналина, бикарбоната натрия.

3) закрытый массаж сердца, восстановление проходимости дыхательных путей, искусственное дыхание, внутривенное введение, адреналина, бикарбоната натрия

4) внутривенное введение, адреналина, бикарбоната натрия, закрытый массаж сердца, восстановление проходимости дыхательных путей, искусственное дыхание

121. ЧИСЛО ДЫХАНИЙ В 1 МИНУТУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИВЛ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ  
 1) 8-10 в 1 минуту  
 2) 30-32 в 1 минуту  
3) 12-20 в 1 минуту 4) 20-24 в 1 минуту

122. ПРИМЕНЕНИЕ МИОРЕЛАКСАНТОВ И ИСКУСТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ ПОЗВОЛЯЕТ:

1) снизить дозу ингаляционного анестетика

2) обеспечить адекватный газообмен

3) обеспечить расслабление скелетной мускулатуры

4) все верно

123. В КАКОЙ СТАДИИ НАРКОЗА НАБЛЮДАЕТСЯ РАСШИРЕНИЕ ЗРАЧКА С СОХРАНЕНИЕМ ЖИВОЙ РЕАКЦИИ НА СВЕТ?

1) первая стадия

2) вторая стадия

3) третья стадия - первый уровень

4) третья стадия - второй уровень

124. В КАКОЙ СТАДИИ НАРКОЗА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ БОЛЬШИНСТВА ОПЕРАЦИЙ?

1) первая стадия

2) вторая стадия

3) третья стадия – первый, второй уровень

4) третья стадия - третий, четвертый уровень

125.АДЕКВАТНАЯ ЗАЩИТА ОРГАНИЗМА ОТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АГРЕССИИ ВОЗМОЖНА ПРИ СОЧЕТАНИИ КОМПОНЕНТОВ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ:

1) наркотический сон и анальгезия

2) выключение сознания, анальгезия, нейровегетативная защита, миорелаксация

3) выключение сознания и миорелаксация

4) состояние нейролепсии и анальгезия

126. ВТОРАЯ СТАДИЯ ЭФИРНОГО НАРКОЗА:

1) анальгезия

2) возбуждение

3) угнетение дыхания

4) арефлексия

127. К ЗАДАЧАМ ПРЕМЕДИКАЦИИ ОТНОСЯТ:

1) седативный и потенцирующий эффект

2) торможение нежелательных рефлекторных реакций

3) подавление секреции слизистой дыхательных путей

4) все перечисленное

128. САМЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ БУДЕТ СПОСОБ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ:

1) рот в рот

2) методом Сильвестра

3) методом Шюллера

4) с помощью мешка Амбу

129. ЗАКРЫТЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРОИЗВОДИТСЯ С ЧАСТОТОЙ:

1) 40 в минуту

2) 60 в минуту

3) 80 в минуту

4) 100 в минуту

130.ПОЛУЗАКРЫТЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ КОНТУР ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ГАЗОНАРКОТИЧЕСКОЙ СМЕСИ И ЕЕ ЭЛИМИНАЦИИ:

1) вдох газонаркотической смеси с атмосферным воздухом и выдох в атмосферу

2) вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата и выдох в атмосферу

3) вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата, выдох в аппарат с возвратом в циркуляцию и частично в атмосферу

4) вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата, выдох в наркозный аппарат с полным возвратом в циркуляцию

131. ЗАКРЫТЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ КОНТУР ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ГАЗОНАРКОТИЧЕСКОЙ СМЕСИ И ЕЕ ЭЛИМИНАЦИИ:

1) вдох газонаркотической смеси с атмосферным воздухом и выдох в атмосферу

2) вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата и выдох в атмосферу

3) вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата, выдох в аппарат с возвратом в циркуляцию и частично в атмосферу

4) вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата, выдох в наркозный аппарат с полным возвратом в циркуляцию

132.ОТКРЫТЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ КОНТУР ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ГАЗОНАРКОТИЧЕСКОЙ СМЕСИ И ЕЕ ЭЛИМИНАЦИИ:

1) вдох газонаркотической смеси с атмосферным воздухом и выдох в атмосферу

2) вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата и выдох в атмосферу

3) вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата, выдох в аппарат с возвратом в циркуляцию и частично в атмосферу

4) вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата, выдох в наркозный аппарат с полным возвратом в циркуляцию

133.ПОЛУОТКРЫТЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ КОНТУР ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ГАЗОНАРКОТИЧЕСКОЙ СМЕСИ И ЕЕ ЭЛИМИНАЦИИ:

1) вдох газонаркотической смеси с атмосферным воздухом и выдох в атмосферу

2) вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата и выдох в атмосферу

3) вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата, выдох в аппарат с возвратом в циркуляцию и частично в атмосферу

4) вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата, выдох в наркозный аппарат с полным возвратом в циркуляцию

134. ПРИ РАБОТЕ ПО ПОЛУЗАКРЫТОМУ КОНТУРУ ДЛЯ ПОГЛОЩЕНИЯ ВЫДЫХАЕМОГО УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1) активированный уголь

2) поливинилпирролидон

3) натронная известь

4) перманганат калия

135. ГДЕ СЛЕДУЕТ РАСПОЛАГАТЬ ЛАДОНИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА

1) в области нижней трети грудины

2) в четвертом межреберье слева от грудины

3) в области мечевидного отростка

4) в области средней трети грудины

136. В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В СОСТАВЕ ПРЕМЕДИКАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ:

1) антигистаминные

2) антидеполяризующие

3) антибактериальные

4) антихолинэргические

137. КАКОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

1) адреналин

2) кордиамин

3) алупент

4) строфантин

138.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ВЗРОСЛОГО ОДНИМ РЕАНИМАТОЛОГОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ СООТНОШЕНИЕ ИВЛ И КОМПРЕССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

1) 1:5

2) 2:30

3) 3:15

4) 1:10

139.КАКОЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НАБЛЮДАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА:

1) повреждение печени

2) повреждение сердца

3) пневмоторакс

4) перелом ребер

140. РВОТА, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ, СКОРЕЕ ВСЕГО, МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ:

1) в стадии анальгезии

2) в стадии возбуждения

3) в стадии хирургического сна

4) в стадии пробуждения

141. ЛАРИНГОСПАЗМ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ, СКОРЕЕ ВСЕГО, МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ:

1) в стадии анальгезии

2) в стадии возбуждения

3) в стадии хирургического сна

4) в стадии пробуждения

142. СООТНОШЕНИЕ ДЫХАНИЙ И КОМПРЕССИЙ НА ГРУДИНУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ ДВУМЯ ЛИЦАМИ  
 1) на 1 вдох — 2 компрессии  
 2) на 1 вдох — 10 компрессий  
3) на 1 вдох — 5 компрессий 4) на 2 вдоха — 15 компрессий  
  
143. ИВЛ НОВОРОЖДЕННОМУ ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ   
 1) методом «изо рта в рот»  
 2) с помощью маски наркозного аппарата  
 3) методом «изо рта в нос»  
4) эндотрахеальным способом  
144. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ АППАРАТНОЙ ИВЛ ПРИ РЕАНИМАЦИИ, ЕСЛИ НЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ СПОНТАННОЕ ДЫХАНИЕ  
 1) 20 минут  
 2) 15 минут  
 3) 10 минут  
 4) до момента восстановления дыхания145. ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ  
 1) потеря сознания и отсутствие пульса на сонных артериях 2) спутанность сознания и возбуждение  
 3) нитевидный пульс на сонных артериях  
 4) дыхание не нарушено

146. ОСНОВНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА  
 1) перелом ключицы  
 2) перелом ребер  
 3) повреждение трахеи  
 4) перелом позвоночника

147. ЗАКРЫТЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННОМУ ПРОВОДЯТ  
 1) кистями обеих рук  
 2) четырьмя пальцами правой руки  
 3) проксимальной частью кисти правой руки  
 4) одним пальцем руки

148. ПОКАЗАНИЯ К ПРЕКРАЩЕНИЮ РЕАНИМАЦИИ  
 1) отсутствие признаков эффективного кровообращения  
 2) отсутствие самостоятельного дыхания  
3) появление признаков биологической смерти 4) широкие зрачки

149. ПРАВИЛЬНАЯ УКЛАДКА БОЛЬНОГО ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ  
 1) приподнять ножной конец  
 2) приподнять головной конец  
3) положить на твердую ровную поверхность 4) опустить головной конец

150. ЕСЛИ СЕРДЕЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НЕ ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ, РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ МОЖНО ПРЕКРАТИТЬ ЧЕРЕЗ  
 1) 30-40 мин  
 2) 3-6 мин  
 3) 2 часа  
 4) 15-20 мин  
**Устный опрос:**

1. Достоинства и недостатки метода местной анестезии. Способы устранения недостатков местной анестезии.
2. Формы (виды) местного обезболивания. Потенцированная местная анестезия.
3. Вещества для местной анестезии. Характеристика местных анестетиков по анестезирующей активности, длительности действия.
4. Новокаин, тримекаин, лидокаин, дикаин. Однократная максимальная доза; концентрации растворов; область применения, сроки хранения растворов.
5. Анатомия позвоночного канала: оболочки спинного мозга.
6. Анестезия по А.В. Вишневскому. Преимущества методики перед другими способами местного обезболивания; осложнения
7. Терминальная анестезия, разновидности, показания к применению.
8. Проводниковая анестезия, показания к применению, формы, достоинства.
9. Новокаиновые блокады.
10. Субарахноидальная и эпидуральная анестезия, точки приложения анестетиков. Преимущества и недостатки каждого из способов, достоинства.
11. Внутривенная и внутрикостная формы местной анестезии (регионарного обезболивания). Методика. Показания. Техника. Осложнения.
12. Виды общего обезболивания.
13. Средства для общего обезболивания (наркотические анальгетики, для ингаляционного наркоза, внутривенного наркоза).
14. Периоды и стадии, уровни эфирного наркоза.
15. Устройство наркозного аппарата (схема).
16. Подготовка пациента к общему обезболиванию (наркозу), задачи предварительной и непосредственной подготовки.
17. Мышечные релаксанты, механизм действия, цели применения в анестезиологии.
18. Признаки остановки сердца (отсутствие сердечной деятельности).
19. Признаки расстройства внешнего дыхания (острая дыхательная недостаточность).
20. Основные требования к наркотическим веществам.
21. Как и по каким признакам определяется глубина наркоза.
22. Маски для наркоза, наркозный аппарат. Техника наркоза маской, достоинства и недостатки.
23. Показания для эндотрахеального наркоза с искусственной вентиляцией лёгких.
24. Оборудование для проведения наркоза, инструментарий.
25. Достоинства многокомпонентного наркоза.
26. Вводный наркоз, цель, требования к препаратам для вводного наркоза.

**Проверка практических навыков:**

1. Определение пригодности раствора анестетика.
2. Подбор концентрации раствора анестетика в зависимости от вида анестезии.
3. Определение глубины наркоза.
4. Показать методы реанимации
5. Заполнить таблицу

|  |  |
| --- | --- |
| Назовите основные компоненты наркоза | Цели премедикации: |
|  |  |

6. Заполнить таблицу

|  |  |
| --- | --- |
| Основные препараты для премедикации | Название препаратов и механизм действия |
|  |  |

7. Заполнить таблицу

|  |  |
| --- | --- |
| Общие компоненты наркоза | Специальные компоненты наркоза |
|  |  |

8. Заполнить таблицу

|  |  |
| --- | --- |
| Опасности введения в наркоз | Опасности проведения наркоза |
|  |  |

**Реферат:**

1. Роль отечественных ученых, внесших заметный вклад в учение о местной анестезии.
2. Перечислить вещества для местной анестезии и применяемые концентрации растворов новокаина для инфильтрационной, проводниковой и терминальной анестезии.
3. Оценить фармакодинамические свойства препаратов для местного обезболивания.

4. Написать реферат на тему: «Достоинства наркотизирования аппаратами»; «Методы наркоза»; «План подготовки больного к наркозу»

**Тема 6:**Определение групп крови

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тестирование;

Устный опрос;

Проверка практических навыков;

Реферат

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестирование:**

1.РЕЗУС-АНТИГЕН, ОБЛАДАЮЩИЙ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМИ АНТИГЕННЫМИ СВОЙСТВАМИ:

1) С-антиген

2) Д-антиген

3) Е-антиген

4) с-антиген

2. ПЕРЕКРЕСТНЫЙ СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППЫ КРОВИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ОДНОВРЕМЕННО:

1) стандартными сыворотками и стандартными эритроцитами

2) стандартными сыворотками и цоликлонами

3) стандартными эритроцитами и цоликлонами

4) любым из указанных выше способов

3. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ ЦОЛИКЛОНАМИ ОПРЕДЕЛЯЛАСЬ АГГЛЮТИНАЦИЯ С ЦОЛИКЛОНАМИ АНТИ-А И АНТИ-АВ. УКАЖИТЕ ГРУППУ КРОВИ:

1) первая группа крови

2) вторая группа крови

3) третья группа крови

4) четвертая группа крови

4. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕАКЦИИ АГГЛЮТИНАЦИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ ЦОЛИКЛОНАМИ:

1) 3 минуты

2) 2 минуты 30 секунд

3) 4 минуты

4) 5 минут

5. НАЗОВИТЕ ГРУППУ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА, определяемую цоликлонами, если произошла агглютинация с цоликлоном анти-А, анти-В и анти-АВ:

1) первая группа крови

2) четвертая группа крови

3) вторая группа

4) требуется дополнительное исследование

6. НАЗОВИТЕ ГРУППУ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА, определяемую цоликлонами, если не произошла агглютинация с цоликлоном анти-А, анти-В и анти-АВ:

1) первая группа крови

2) вторая группа крови

3) четвертая группа крови

4) требуется дополнительное исследование

7. НАЗОВИТЕ КОЛИЧЕСТВО СЕРИЙ ЦОЛИКЛОНОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП КРОВИ:

1) одна

2) две

3) три

4) не имеет значения

8. БОЛЬНОЙ К., 36 ЛЕТ С РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ КРОВЬЮ, В АНАМНЕЗЕ КОТОРОЙ КРОВЬ НЕ ПЕРЕЛИВАЛАСЬ, НО БЫЛО РОЖДЕНИЕ РЕЗУС-ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО РЕБЕНКА, ОСУЩЕСТВЛЕНО ПЕРЕЛИВАНИЕ РЕЗУС-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЭРИТРОЦИТОВ. ОЦЕНИТЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ:

1) опасности возникновения гемолитического шока нет

2) вопрос не изучен

3) гемолитический шок может возникнуть

4) изменится резус-принадлежность больной

9. РЕЗУС-ФАКТОР СОДЕРЖИТСЯ В:

1) лейкоцитах

2) тромбоцитах

3) эритроцитах

4) во всех форменных элементах крови

10. ВОЗРАСТ ЧЕЛОВЕКА, ПРИ КОТОРОМ НАЧИНАЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ УСТОЙЧИВЫЙ ТИТР АГГЛЮТИНИНОВ:

1) до рождения

2) в возрасте старше 2-х лет

3) к концу первого года жизни

4) после 18 лет

11. ОПТИМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППЫ КРОВИ:

1) пластина находится неподвижно

2) пластину нужно слегка покачивать

3) пластину нужно слегка подогреть

4) все вышеперечисленное не имеет значения

12. ОПРЕДЕЛИТЕ РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ КРОВИ РЕЦИПИЕНТА, которая дала реакцию агглютинации с цоликлоном анти-D:

1) резус-положительная

2) резус-отрицательная

3) необходимо исследование с анти-С и анти-Е-цоликлонами

4) необходимо повторить исследование

13. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ ЦОЛИКЛОНАМИ ОПРЕДЕЛЯЛАСЬ АГГЛЮТИНАЦИЯ С ЦОЛИКЛОНАМИ АНТИ-В И АНТИ-АВ. ВАШЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1) третья группа крови

2) вторая группа крови

3) первая группа крови

4) четвертая группа крови

14. ПРОШЛО 2 МИНУТЫ С МОМЕНТА НАЧАЛА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППЫ КРОВИ ЦОЛИКЛОНАМИ ПО СИСТЕМЕ АВО. АГГЛЮТИНАЦИЯ ОПРЕДЕЛЯЛАСЬ С ЦОЛИКЛОНАМИ АНТИ-В И АНТИ-АВ. ВАШЕ ДЕЙСТВИЕ:

1) продолжить наблюдение

2) определить группу крови заново

3) добавить физ. раствор

4) сделать заключение о группе крови

15. ИМЕЮТСЯ ЛИ У «РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОГО» ЧЕЛОВЕКА АНТИГЕНЫ СИСТЕМ «РЕЗУС»:

1) нет

2) да

3) вопрос не изучен

4) в исключительных случаях имеются

16. ВОЗРАСТ ЧЕЛОВЕКА, ПРИ КОТОРОМ НАЧИНАЮТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ АГГЛЮТИНОГЕНЫ:

1) до рождения

2) в возрасте старше 2-х лет

3) в течение первого года жизни

4) в первые дни после рождения

17. Больному с резус-положительной кровью во время плановой операции врач решил перелить резус-отрицательную кровь. В анамнезе кровь не переливалась. ОБЪЯСНИТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ ВЫБРАННОЙ ТАКТИКИ:

1) тактика правильная

2) вопрос не изучен

3) тактика неправильная

4) можно перелить 500,0 крови

18. РАЗРУШАЕТСЯ ЛИ ПРИ ИСТИННОЙ АГГЛЮТИНАЦИИ ОБОЛОЧКА ЭРИТРОЦИТОВ:

1) разрушается частично

2) нет

3) да

4) вопрос не изучен

19. ОПТИМАЛЬНЫЙ ЦВЕТ ПЛАСТИНЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП КРОВИ:

1) цвет не имеет значения

2) белый

3) розовый

4) голубой

20. НАЗОВИТЕ ГРУППУ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА, если при определении цоликлонами анти-А, анти-В и анти-АВ через 3 минуты агглютинация определялась во всех каплях. В контрольном исследовании с физиологическим раствором хлористого натрия агглютинации не было:

1) первая группа крови

2) четвертая группа крови

3) добавить физ. раствор

4) требуются дополнительные исследования

21. Во время планового переливания больному с II группой крови перелито 200 мл консервированной первой группы крови. Осложнений после гемотрансфузии не было. ОБЪЯСНИТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ ВЫБРАННОЙ ТАКТИКИ:

1) тактика правильная

2) вопрос не изучен

3) тактика неправильная

4) можно перелить меньшее количество консервированной крови

22. МОЖЕТ ЛИ БЫТЬ ПРИ ЛОЖНОЙ АГГЛЮТИНАЦИИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ ШОК:

1) нет

2) да

3) вопрос не изучен

4) может возникнуть при определенных условиях

23. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА С ПОДГРУППОЙ КРОВИ A2(II)β ИМЕЕТСЯ ЭКСТРААГГЛЮТИНИН α1***,*** ТО ЕМУ ПЕРЕЛИВАЮТ:

1) только одногрупную кровь

2) четвертую группу крови

3) первую группу крови

4) отказываются от переливания крови

24. РЕЗУС-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕРЕЛИВАЮТ:

1) Rh+ эритроциты

2) Rh- эритроциты

3) можно и те, и другие

4) от переливания эритроцитов воздержаться

25. ДОНОРАМИ НЕ МОГУТ БЫТЬ ЛИЦА:

1) страдающие туберкулезом

2) страдающие вирусным гепатитом

3) наркоманы

4) все вышеуказанные лица

26. ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППЫ КРОВИ:

1) +26, +28° С

2) комнатная температура

3) +5, +10° С

4) + 46 - 48° С в условиях термостата

27. МОЖЕТ ЛИ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ИСТИННОЙ АГГЛЮТИНАЦИИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ ШОК:

1) да

2) нет

3) вопрос не изучен

4) может возникнуть только при определенных условиях

28. ДОНОРАМИ МОГУТ БЫТЬ ЛИЦА В ВОЗРАСТЕ:

1) 16-50 лет

2) 16-60 лет

3) 18-50 лет

4) 18-60 лет

29. УКАЖИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРАВИЛА ОТТЕНБЕРГА:

1) плановая операция

2) экстренная операция

3) радикальная операция

4) паллиативная операция

30. ТИТР АГГЛЮТИНИНОВ ОПАСНОГО УНИВЕРСАЛЬНОГО ДОНОРА:

1) 1:4

2) 1:8

3) 1:16

4) 1:32 и выше

31. ПРЯМОЕ ПРАВИЛО ОТТЕНБЕРГА ЗВУЧИТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ: ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ НЕБОЛЬШИХ ДОЗ КРОВИ УЧИТЫВАЮТСЯ:

1) агглютинины переливаемой крови

2) агглютиногены переливаемой крови

3) учитываются и агглютинины и агглютиногены

4) учитываются агглютиногены реципиента

32. ОБРАТНОЕ ПРАВИЛО ОТТЕНБЕРГА ЗВУЧИТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ: ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ БОЛЬШИХ ДОЗ КРОВИ УЧИТЫВАЮТСЯ:

1) агглютинины переливаемой крови

2) агглютиногены переливаемой крови

3) учитываются и агглютинины и агглютиногены

4) учитываются агглютиногены реципиента

33. ОПАСНЫЙ УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ДОНОР - ЭТО ЧЕЛОВЕК С ПЕРВОЙ ГРУППОЙ КРОВИ:

1) перенесший вирусный гепатит

2) имеющий высокий титр естественных агглютининов

3) которому ранее переливалась донорская кровь

4) только что перенесший острое респираторное заболевание

34. ОПАСНЫЙ УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ДОНОР – ЭТО ЧЕЛОВЕК С ПЕРВОЙ ГРУППОЙ КРОВИ:

1) страдающий инфекционным заболеванием

2) перенесший грипп

3) иммунизированный по эритроцитарному антигену

4) иммунизированный по Rh-фактору

35. ОПАСНЫЙ УНИВЕРСАЛЬНЫЙ РЕЦИПИЕНТ – ЭТО ЧЕЛОВЕК С АВ(IV) ГРУППОЙ КРОВИ:

1) иммунизированный по эритроцитарному антигену

2) иммунизированный по Rh-фактору

3) перенесший трансплантацию органа

4) перенесший вирусный гепатит

36. ПОЛНЫЕ АГГЛЮТИНИНЫ СПОСОБНЫ АГГЛЮТИНИРОВАТЬ ОДНОМОМЕНТНЫЕ АГГЛЮТИНОГЕНЫ В:

1) коллоидной среде

2) солевой среде

3) и в коллоидной и в солевой среде

4) термостате

37. АГГЛЮТИНОГЕНЫ ОБЛАДАЮТ:

а) иммуногенностью

б) агглютинабельностью

в) специфичностью

г) аллергенностью

Выбрать правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) а,г

3) а,в

4) б,г

38. АГГЛЮТИНИНЫ ОБЛАДАЮТ:

1) иммуногенностью

2) агглютинабельностью

3) специфичностью

4) резистентностью

39. НЕПОЛНЫЕ АГГЛЮТИНИНЫ СПОСОБНЫ АГГЛЮТИНИРОВАТЬ ОДНОИМЕННЫЕ АГГЛЮТИНОГЕНЫ В:

1) коллоиденой среде

2) солевой среде

3) и в коллоидной и в солевой среде

4) среде с добавлением глюкозы

40. НЕПОЛНЫЕ АГГЛЮТИНИРУЮЩИЕ АГГЛЮТИНИНЫ ВЫЯВЛЯЮТСЯ В СРЕДЕ С ДОБАВЛЕНИЕМ:

1) 33% раствора полиглюкина

2) 10% раствора желатина

3) протеолитических ферментов

4) все вышеуказанное верно

41. НЕПОЛНЫЕ СКРЫТЫЕ АГГЛЮТИНИНЫ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПУТЕМ:

1) проведения непрямой пробы Кумбса

2) проведения пробы с разведением

3) добавлении 33% раствора полиглюкина

4) добавлением 10% раствора глюкозы

42. НЕПОЛНЫЕ БЛОКИРУЮЩИЕ АГГЛЮТИНИНЫ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПУТЕМ:

1) проведения непрямой пробы Кумбса

2) проведения пробы с разведением

3) добавлении 33% раствора полиглюкина

4) добавлением 10% раствора глюкозы

43. ТИТР СЫВОРОТКИ - ЭТО:

1) максимальное ее разведение

2) максимальное ее разведение, при котором невозможна реакция агглютинации с одноименным агглютиногеном

3) максимальное ее разведение, при котором еще возможна реакция агглютинации с одноименным агглютиногеном

4) минимальное ее разведение

44. ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ХРАНЕНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППЫ КРОВИ:

1) +2- +8º С

2) +2- +4° С

3) 0- +2° С

4) при комнатной температуре

45. ХОЛОДОВЫЕ АГГЛЮТИНИНЫ СПОСОБНЫ АГГЛЮТИНИРОВАТЬ ОДНОИМЕННЫЕ АГГЛЮТИНОГЕНЫ ПРИ:

1) температуре + 46-48º С

2) комнатной температуре

3) любой температуре

4) температура не имеет решающего значения

46. ТЕПЛОВЫЕ АГГЛЮТИНИНЫ СПОСОБНЫ АГГЛЮТИНИРОВАТЬ ОДНОИМЕННЫЕ АГГЛЮТИНОГЕНЫ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ:

1) +4 - 6º С

2) +18 - 20º С

3) +46 - 48º С

4) +50 - 52º С

47. ОПРЕДЕЛИТЕ РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ КРОВИ РЕЦИПИЕНТА, которая не дала реакцию агглютинации с цоликлоном анти-D:

1) резус-положительная

2) резус-отрицательная

3) требуются дополнительные исследования

4) необходимо исследование с анти-С и анти-Е-цоликлонами

48. РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЯ ПРОИСХОДИТ, ЕСЛИ:

1) мать резус-положительная, а плод резус-отрицательный

2) мать резус-положительная и плод резус-положительный

3) мать резус-отрицательная, а плод резус-положительный

4) мать резус-отрицательная и плод резус-отрицательный

49. НА СТАНЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ГРУППУ КРОВИ ДОНОРА ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО:

1) стандартным сывороткам

2) стандартным эритроцитам

3) перекрестным способом

4) любым из вышеуказанных способов

50. ДОНОРАМИ НЕ МОГУТ БЫТЬ ЛИЦА:

1) имеющие подгруппу крови А (II)

2) имеющие подгруппу крови А2(II)

3) для определения возможности донорства групповая принадлежность крови не имеет значения

4) переболевшие гриппом

51. РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ РЕЦИПИЕНТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СТАНДАРТНЫМИ АНТИРЕЗУСНЫМИ СЫВОРОТКАМИ:

1) анти Д

2) анти Д и анти С

3) анти Д, анти С и анти Е

4) любым из указанных выше способов

52. РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ДОНОРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СТАНДАРТНЫМИ АНТИРЕЗУСНЫМИ СЫВОРОТКАМИ:

1) анти Д

2) анти Д и анти С

3) анти Д, анти С и анти Е

4) любым из указанных выше способов

53. РЕЦИПИЕНТ СЧИТАЕТСЯ РЕЗУС-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ, ЕСЛИ ОН ИМЕЕТ:

1) С-антиген

2) Д-антиген

3) Е-антиген

4) или Д, или С, или Е-антигены

54. ДОНОР СЧИТАЕТСЯ РЕЗУС-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ, ЕСЛИ ОН ИМЕЕТ:

1) С-антиген

2) Д-антиген

3) Е-антиген

4) или Д, или С, или Е-антигены

55. ПОДБОР ДОНОРСКОЙ КРОВИ К ПЕРЕЛИВАНИЮ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО СИСТЕМАМ:

1) АВО и Rh

2) АВО, Rh и Kell

3) АВО, Rh, Kell и Даффи

4) любым из вышеуказанных способов

56. ОПРЕДЕЛИТЕ РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ КРОВИ ДОНОРА, которая дала реакцию агглютинации с цоликлоном анти-Е и не дала агглютинации с цоликлонами анти-D и анти-С:

1) резус-положительная

2) резус-отрицательная

3) результат неопределенный

4) требуются дополнительные исследования

57. РЕЦИПИЕНТАМ, ИМЕЮЩИМ ПОДГРУППУ КРОВИ A2В(IV)α1 ПЕРЕЛИВАЮТ ЭРИТРОЦИТЫ

а) 0(I) αβ

б) А (II)β

в) В(III)α

г) АВ (IV)0

Выбрать правильную комбинацию ответов

1) а, б

2) а, в

3) а, г

4) б, г

58. ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОНОРСКАЯ КРОВЬ:

1) содержащая Кell фактор

2) не содержащая Кell фактор

3) независимо от Кell фактора

4) определение Кell фактора не обязательно

59. МОЖНО ЛИ ПЕРЕЛИВАТЬ КРОВЬ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ РЕЦИПИЕНТУ, ГРУППА КРОВИ КОТОРОГО И РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ НЕИЗВЕСТНЫ?

1) нет, нельзя

2) можно

3) можно только в условиях реанимационного отделения

4) вопрос не изучен

60. ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ, ЕСЛИ ГРУППА КРОВИ И РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ РЕЦИПИЕНТА НЕИЗВЕСТНЫ, ПЕРЕЛИВАЮТ КРОВЬ:

1) О(I) Rh положительную

2) О(I) Rh отрицательную

3) основываются на указание группы крови в паспорте

4) без определения группы и резус-принадлежности кровь не переливают

61. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ ПО ГЕЛЕВОЙ МЕТОДИКЕ АГГЛЮТИНАЦИЯ СЧИТАЕТСЯ СОСТОЯВШЕЙСЯ, ЕСЛИ ЭРИТРОЦИТЫ:

а) выпали в осадок

б) остались на поверхности геля

в) частично выпали в осадок, частично остались на поверхности

г) остались в толще геля

Выбрать правильную комбинацию ответов

1) а, б

2) а, в

3) а, г

4) б, г

62. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ ПО ГЕЛЕВОЙ МЕТОДИКЕ СЧИТАЕТСЯ, ЧТО РЕАКЦИЯ АГГЛЮТИНАЦИИ НЕ ПРОИЗОШЛА, ЕСЛИ ЭРИТРОЦИТЫ:

1) выпали в осадок

2) остались на поверхности геля

3) частично выпали в осадок, частично остались на поверхности

4) остались на поверхности или в толще геля

63. ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ АНТИТЕЛА ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

а) естественные

б) холодовые

в) тепловые

г) иммунные

Выбрать правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) б,в

3) в,г

4) а,г

64. ПО ТЕМПЕРАТУРНОМУ ОПТИМУМУ АКТИВНОСТИ АГГЛЮТИНИНЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА:

а) естественные

б) холодовые

в) тепловые

г) иммунные

Выбрать правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) б,в

3) в,г

4) а,г

65. ОПРЕДЕЛИТЕ РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ КРОВИ ДОНОРА, которая дала реакцию агглютинации с цоликлоном анти-С и не дала агглютинации с цоликлонами анти-Д и анти-Е:

1) Резус-положительная

2) Резус-отрицательная

3) Результат неопределенный

4) Требуются дополнительные исследования

66. ОПРЕДЕЛИТЕ РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ КРОВИ ДОНОРА, которая дала реакцию агглютинации с цоликлоном анти-Д и не дала агглютинации с цоликлонами анти-С и анти-Е:

1) Резус-отрицательная

2) Резус-положительная

3) Резус неопределенный

4) Требуются дополнительные исследования

67. ЭКСТРААГГЛЮТИНИН α1 АГГЛЮТИНИРУЕТ ЭРИТРОЦИТЫ:

1) А

2) Аи О

3) А и А2

4) А2 и О

68. ЭКСТРААГГЛЮТИНИН α2 АГГЛЮТИНИРУЕТ ЭРИТРОЦИТЫ:

1) А

2) А и О

3) А и А2

4) А2 и О

69. ЛОЖНЫЙ КРОВЯНОЙ ХИМЕРИЗМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

а) переливании одногруппной крови

б) переливании крови универсального донора

в) аллогенной трансплантации костного мозга

г) аутодермопластике

Выбрать правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) б,в

3) в,г

4) а,г

70. ПРИ ПЕРЕКРЕСТНОМ СПОСОБЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППЫ КРОВИ РЕЗУЛЬТАТ УЧИТЫВАЮТ НЕ РАНЕЕ:

1) 2,5 минут

2) 3 минут

3) 5 минут

4) 10 минут

71. РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАКЦИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТИ МОНОКЛОНАЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ УЧИТЫВАЮТСЯ ЧЕРЕЗ:

1) 2,5 минуты

2) 3 минуты

3) 5 минут

4) 10 минут

72. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТИ МОНОКЛОНАЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ tº:

1) +4-6º С

2) комнатной tº

3) 46-48º С

4) при любой температуре

73. ОПРЕДЕЛИТЕ ГРУППУ КРОВИ перекрестным способом, если цоликлоны анти-А, анти-В и анти-АВ и стандартные эритроциты О(I) не дали агглютинации, а в каплях со стандартными эритроцитами А(II) И В(III) произошла агглютинация:

1) О(I)

2) А(II)

3) В(III)

4) АВ(IV)

74. ОПРЕДЕЛИТЕ ГРУППУ КРОВИ перекрестным способом, если в каплях с цоликлонами анти-А, анти-В и анти-АВ произошла агглютинация, а в каплях со стандартными эритроцитами О(I), А(II) И В(III) не произошла:

1) О(I)

2) А(II)

3) В(III)

4) АВ(IV)

75. ОПРЕДЕЛИТЕ ГРУППУ КРОВИ перекрестным способом, если в каплях с цоликлонами анти-А, анти-АВ, стандартными эритроцитами В(III) произошла агглютинация, а в каплях с цоликлоном анти-В, стандартными эритроцитами О(I) и А(II) групп не произошла:

1) О(I)

2) А(II)

3) В(III)

4) АВ(IV)

76. ДОНОРА С НАБОРОМ РЕЗУС-АНТИ ГЕНОВ dcE СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

1) резус-отрицательным

2) резус-положительным

3) необходимо провести дополнительные исследования

4) необходимо провести повторное исследование

77. В ЭКСТРЕННОЙ СИТУАЦИИ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ОДНОГРУППНОЙ КРОВИ МОЖНО ПЕРЕЛИВАТЬ О(I)RH-ОТРИЦАТЕЛЬНУЮ КРОВЬ В ОБЪЕМЕ НЕ БОЛЕЕ:

1) 100 мл

2) 500 мл

3) 1000 мл

4) 1500 мл

78. КАКОЙ СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ КРОВИ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ:

1) перекрестный

2) по цоликлонам

3) гелевую технологию

4) можно использовать любой метод

79. ГРУППА КРОВИ, В КОТОРОЙ НЕ СОДЕРЖАТСЯ АГГЛЮТИНОГЕНЫ А И В:

1) первая

2) вторая

3) третья

4) четвертая

80. ГРУППА КРОВИ, В КОТОРОЙ СОДЕРЖАТСЯ АГГЛЮТИНОГЕНЫ А И В:

1) первая

2) вторая

3) третья

4) четвертая

81. РЕЦИПИЕНТА С НАБОРОМ РЕЗУС АНТИГЕНОВ Dce СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

1) резус-отрицательным

2) резус-положительным

3) необходимо провести дополнительные исследования

4) необходимо провести повторное исследование

82. РЕЦИПИЕНТА С НАБОРОМ РЕЗУС АНТИГЕНОВ dCE СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

1) резус-отрицательным

2) резус-положительным

3) необходимо провести дополнительные исследования

4) необходимо провести повторное исследование

83. ДОНОРА С НАБОРОМ РЕЗУС АНТИГЕНОВ dСe СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

1) резус-отрицательным

2) резус-положительным

3) необходимо провести дополнительные исследования

4) необходимо провести повторное исследование

84. ДОНОРА С НАБОРОМ РЕЗУС АНТИГЕНОВ dсe СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

1) резус-отрицательным

2) резус-положительным

3) необходимо провести дополнительные исследования

4) необходимо провести повторное исследование

85. РЕЦИПИЕНТА С НАБОРОМ РЕЗУС АНТИГЕНОВ dсE СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

1) резус-отрицательным

2) резус-положительным

3) необходимо провести дополнительные исследования

4) необходимо провести повторное исследование

**Устный опрос:**

1. Общее понятие об антителах и антигенах. Система гемагглютиногенов. Виды их и свойства.
2. Группы крови системы АВО. Их графическое изображение.
3. Подгруппы А-1 и А-2 и их практическое значение.
4. Определение групп крови: перекрестным способом и с помощью моноклональных антител.
5. Набор принадлежностей для определения групп крови с помощью стандартных сывороток.
6. Требования, предъявляемые к стандартным сывороткам, правила хранения, титр сывороток.
7. Методика определения групп крови по стандартным сывороткам.
8. Ошибки при определении групповой принадлежности крови I и II рода. Их источники, определение и предупреждение.
9. Правила установления АВ(IV) группы крови.

10. Совместимость групп крови, «прямое» и «обратное» правило Оттенберга. Пробы на совместимость.

11. Понятие «универсальный донор», «опасный универсальный донор», «универсальный реципиент», «опасный универсальный реципиент».

12. Резус-фактор. Номенклатура Винера и Фишера-Рейса.

13. Понятие «резус-иммунизация», «резус-сенсибилизация».

14. Определение резус-принадлежности донора и реципиента.

15. Разновидности резус-антител. Виды сывороток при определении резус-принадлежности.

16.Пробы на резус-совместимость.

17. Особенности при определении группы крови у детей.

**Проверка практических навыков:**

1. Определить группу крови по системе АВО.
2. Определение пригодности стандартных сывороток.
3. Определение резус-принадлежности крови.

**Реферат:**

1. Значение резус-фактора в акушерстве
2. Значение определения групп крови в хирургической практике
3. Схематически изобразить реакцию агглютинации с полными и неполными (агглютинирующими, скрытыми и блокирующими) агглютининами.

**Тема 7:**Переливание крови.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тестирование

Устный опрос

Проверка практических навыков

Реферат

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестирование:**

1. ОДНО ИЗ ПОЛОЖЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ ГЕМОТРАНСФУЗИОННОЙ ТАКТИКИ ЗВУЧИТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

1) Показаний к переливанию эритромассы нет.

2) Показаний к переливанию цельной крови нет.

3) Показаний к переливанию плазмы нет.

4) Вместо переливания крови - переливать кровезаменители.

2. ОДНО ИЗ ПОЛОЖЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ ГЕМОТРАНСФУЗИОННОЙ ТАКТИКИ ЗВУЧИТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

1) Переливать по показаниям компоненты крови.

2) Переливать по показаниям кровезаменители.

3) Переливать по показаниям цельную кровь.

4) Переливать по показаниям препараты крови.

3. ОДНО ИЗ ПОЛОЖЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ ГЕМОТРАНСФУЗИОННОЙ ТАКТИКИ ЗВУЧИТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

1) Один донор - один реципиент.

2) Один донор - два реципиента.

3) Два донора - один реципиент.

4) Количество доноров не имеет значения для реципиента.

4. ПОД ГЕМОТРАНСФУЗИЕЙ ПОНИМАЮТ:

1) Переливание только цельной крови.

2) Переливание цельной крови или компонентов крови.

3) Переливание цельной крови, ее компонентов и кровезаменителей.

4) Переливание цельной крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей.

5. ПЕРЕЛИВАНИЕ ЦЕЛЬНОЙ КРОВИ ПОКАЗАНО:

1) В экстремальной ситуации у взрослых при отсутствии необходимых компонентов крови.

2) В виде исключения при продолжительных плановых операциях.

3) В детской практике при отсутствии необходимых компонентов крови.

4) При профузных кровотечениях, массивной кровопотере у детей при отсутствии необходимых компонентов крови.

6. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ ЭРИТРОМАССЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Различные виды анемий

2) Ожоговый шок.

3) Травматический шок.

4) Все вышеизложенное.

7. ПРИ ОСТРОЙ АНЕМИИ ВСЛЕДСТВИЕ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ ЭРИТРОМАССЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Снижение уровня гемоглобина ниже 70-80 г/л

2) Потеря 25-30 % ОЦК.

3) Снижение гематокрита ниже 25%.

4) Все вышеизложенное.

8. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПЕРЕЛИВАНИЮ ЭРИТРОМАССЫ ПРИ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Наличие почечной недостаточности.

2) Наличие дыхательной недостаточности.

3) Любое выраженное нарушение функции паренхиматозных органов.

4) Противопоказаний нет.

9. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ ЭРИТРОМАССЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Выраженные клинические проявления анемии.

2) Снижение гемоглобина ниже 80 г/л.

3) Выраженные клинические проявления анемии, неподдающиеся коррекции при проведении патогенетической терапии.

4) Все вышеизложенное.

10. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ ЭРИТРОМАССЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Повышение внутричерепного давления.

2) Почечная недостаточность.

3) Любое выраженное нарушение функции паренхиматозных органов.

4) Все вышеизложенное.

11. ЭРИТРОМАССУ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ ПЕРЕЛИВАЮТ:

1) Лишь с учетом противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой системы.

2) Лишь с учетом противопоказаний в форме выраженной почечной недостаточности.

3) С учетом всех тяжелых нарушений функции различных органов и систем.

4) Без учета противопоказаний.

12. ПЕРЕЛИВАНИЕ ТРОМБОЦИТНОГО КОНЦЕНТРАТА ПОКАЗАНО ПРИ:

1) Гемофилии.

2) Острой анемии.

3) Тромбоцитопениях, сопровождающихся геморрагиями.

4) Профузном кровотечении.

13. СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННУЮ ПЛАЗМУ ПЕРЕЛИВАЮТ ПРИ:

а) ДВС - синдроме

б) диспротеинемии

в) дефиците плазменных факторов свертывания крови

г) гипопротеинемии

Выберите комбинацию ответов

1) а,б

2) б,г

3) в,г

4) а,в

14. ПЕРЕЛИВАНИЕ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:

1) Без учета групповой принадлежности.

2) С учетом совместимости по АВО-системе.

3) С учетом совместимости по АВО и Rh-системам.

4) В экстренной ситуации плазму переливают без учета её резус-принадлежности.

15.СЛЕДУЕТ ЛИ ПРОВОДИТЬ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ПРОБУ ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ?

1) Нет.

2) Нет, в экстренной ситуации.

3) Да.

4) Да, при плановом переливании.

16. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ:

1) Острый ДВС синдром.

2) Геморрагический шок.

3) Передозировка антикоагулянтов непрямого действия.

4) Все вышеизложенное.

17. Вы решили перелить эритромассу. Во время сбора гемотрансфузионного анамнеза выяснилось, что после предыдущего переливания было осложнение, сопровождающееся почечной недостаточностью. НЕОБХОДИМО:

1) Отказаться от переливания эритромассы.

2) Осуществить индивидуальный подбор эритромассы.

3) Перелить минимальную дозу эритромассы.

4) Заменить переливание эритромассы кровезаменителями.

18. Вы решили перелить эритромассу. Во время сбора акушерского анамнеза выяснилось, что был иммунологический конфликт между плодом и матерью. НЕОБХОДИМО:

1) Отказаться от переливания эритромассы.

2) Осуществить индивидуальный подбор эритромассы.

3) Перелить минимальную дозу эритромассы.

4)Заменить переливание крови кровезаменителями

19. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР ЭРИТРОМАССЫ ПРОИЗВОДИТСЯ ПРИ:

1) Неблагоприятном гемотрансфузионном анамнезе.

2) Неблагоприятном акушерском анамнезе.

3) Если эритромасса ранее уже дважды переливалась.

4) Во всех указанных выше ситуациях.

20. МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ХРАНЕНИЯ ЭРИТРОЦИТНОЙ МАССЫ, КОНСЕРВИРОВАННОЙ ГЛЮГИЦИРОМ:

1) 1 неделя.

2) 2 недели.

3) 3 недели.

4) 4 недели.

21. КОНТЕЙНЕР КРОВИ НЕПРИГОДЕН ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ, ЕСЛИ:

1) Видны следы подтекания крови из контейнера.

2) Во время транспортировки перемешались все слои.

3) После ее заготовки прошло более 2-х недель.

4) Все вышеизложенное.

22. НЕЛЬЗЯ ПЕРЕЛИВАТЬ КРОВЬ, ЕСЛИ НА КОНТЕЙНЕРЕ НЕТ СВЕДЕНИЙ ОБ:

1) Обследовании на бактериальную обсемененность.

2) Обследовании на ВИЧ.

3) Максимальных сроках хранения трансфузионной среды.

4) Все вышеизложенное.

23. НЕЛЬЗЯ ПЕРЕЛИВАТЬ КРОВЬ, ЕСЛИ НА КОНТЕЙНЕРЕ НЕТ СВЕДЕНИЙ ОБ ИССЛЕДОВАНИИ НА:

1) СПИД.

2) Сифилис.

3) Гепатит В.

4) Любое из указанных выше заболеваний.

24. ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ ПО АВО-СИСТЕМЕ:

1) +20-25 0 С

2) +36-37 0 С

3) +46-48 0 С

4) Можно определять при любой температуре.

25. НУЖНО ЛИ ОПРЕДЕЛЯТЬ ПРИГОДНОСТЬ КРОВИ В КОНТЕЙНЕРЕ К ПЕРЕЛИВАНИЮ, ЕСЛИ КРОВЬ ЗАГОТОВЛЕНА ТОЛЬКО ВЧЕРА?

1) Нет.

2) Да.

3) Да, при плановой операции.

4) Нет, при экстренной операции.

26. ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ ВРАЧ ДОЛЖЕН В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОПРЕДЕЛИТЬ:

1) Группу крови донора.

2) Группу крови реципиента.

3) Показания к переливанию крови.

4) Противопоказания к переливанию крови.

27. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ ПО АВО-СИСТЕМЕ СООТНОШЕНИЕ КАПЕЛЬ КРОВИ ДОНОРА И СЫВОРОТКИ РЕЦИПИЕНТА ДОЛЖНО БЫТЬ:

1) 1:1.

2) 1:5.

3) 1:10.

4) 1:20.

28. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ПРОБЫ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ ПО АВО СИСТЕМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1) Кровь больного и сыворотку донора.

2) Сыворотку реципиента и кровь донора.

3) Кровь донора и кровь реципиента.

4) Кровь донора, сыворотку реципиента и 33% раствор полиглюкина.

29. При проведении пробы на индивидуальную совместимость по АВО-системе агглютинации не произошло. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ:

1) Отказаться от переливания крови.

2) Провести пробу на индивидуальную совместимость по Rh-системе.

3) Приступить к переливанию крови.

4) Провести биологическую пробу.

30. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ ПО АВО-СИСТЕМЕ ПРОИЗОШЛА АГГЛЮТИНАЦИЯ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ:

1) Отказаться от переливания крови.

2) Провести пробу на индивидуальную совместимость по Rh-системе.

3) Провести непрямую пробу Кумбса.

4) Провести биологическую пробу.

31. СЛЕДУЕТ ЛИ ОПРЕДЕЛЯТЬ ГРУППУ КРОВИ БОЛЬНОГО ПЕРЕД ГЕМОТРАНСФУЗИЕЙ, ЕСЛИ СВЕДЕНИЯ О ЕГО ГРУППЕ КРОВИ ЕСТЬ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЕ ОТДЕЛЕНИЕМ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ И ВЫНЕСЕННЫЕ НА ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ:

1) Да.

2) Нет.

3) Определяют только при плановых операциях.

4) Не определяют только при экстренных операциях.

32. СЛЕДУЕТ ЛИ ОПРЕДЕЛЯТЬ РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ КРОВИ БОЛЬНОГО ПЕРЕД ГЕМОТРАНСФУЗИЕЙ, ЕСЛИ ЕСТЬ ДАННЫЕ О ЕГО РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТИ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЕ ОТДЕЛЕНИЕМ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ И ВЫНЕСЕННЫЕ НА ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ:

1) Да.

2) Нет

3) Определяют только при плановых операциях.

4) Определяют только при экстренных операциях.

33. ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ НУЖНО ЛИ ОПРЕДЕЛЯТЬ ГРУППУ КРОВИ ИЗ КОНТЕЙНЕРА С ИЗВЕСТНОЙ ДОНОРСКОЙ КРОВЬЮ?

1) Нет, если есть этикетка, указывающая группу крови в ампуле.

2) Нет, если группа крови в ампуле подтверждена подписью врача.

3) Да, во всех случаях.

4) Да, при плановом переливании крови.

34. ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ ЭРИТРОМАССЫ НУЖНО ЛИ ОПРЕДЕЛЯТЬ ЕЕ РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ИЗ КОНТЕЙНЕРА ПРИ НАЛИЧИИ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ЭТИКЕТКИ?:

1) Нет.

2) Нет, если переливание осуществляется в плановом порядке

3) Да, во всех случаях.

4) Да, при плановом переливании крови.

35. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ ПО RH-СИСТЕМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1) Кровь донора + сыворотку реципиента + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl.

2) Кровь донора + кровь реципиента + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl.

3) Сыворотка донора + кровь реципиента + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl.

4) Кровь донора + антирезусная стандартная сыворотка + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl .

36. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ ПО RH-СИСТЕМЕ СООТНОШЕНИЕ КАПЕЛЬ КРОВИ ДОНОРА И СЫВОРОТКИ РЕЦИПИЕНТА ДОЛЖНО БЫТЬ:

1) 1:1.

2) 1:2.

3) 1:5.

4) 1:10.

37. ПРОБУ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ ПО RH-СИСТЕМЕ ПРОВОДЯТ:

1) С 33% раствором полиглюкина.

2) С 10% раствором желатина.

3) Путем проведения непрямой пробы Кумбса.

4) Любым из указанных выше способов.

38. ПРИ ПОВЕДЕНИИ ПРОБЫ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ ПО АВО- И RH- СИСТЕМАМ АГЛЮТИНАЦИИ НЕ ПРОИЗОШЛО. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ:

1) Отказаться от переливания крови.

2) Провести пробу Кумбса.

3) Провести биологическую пробу.

4) Осуществить переливание крови.

39. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ ПО RH-СИСТЕМЕ ПРОИЗОШЛА АГГЛЮТИНАЦИЯ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ:

1) Отказаться от переливания крови.

2) Провести пробу Кумбса.

3) Провести биологическую пробу.

4) Осуществить переливание крови.

40. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДБОРА КРОВИ ПРОБУ НА СОВМЕСТИМОСТЬ ПО RH-СИСТЕМЕ МОЖНО ОСУЩЕСТВИТЬ С:

1) 33% раствором полиглюкина.

2) 10% раствором желатина.

3) На водяной бане.

4) Любым из вышеописанных способов.

41. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДБОРА КРОВИ ПРОБА НА СОВМЕСТИМОСТЬ ПО RH-СИСТЕМЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1) Путем проведения непрямой пробы Кумбса.

2) С 33% раствором полиглюкина.

3) Путем проведения пробы на водяной бане.

4) Любым из вышеописанных способов.

42. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ:

1) Переливание крови.

2) Биологическую пробу.

3) Оценить пригодность ампулы к переливанию.

4) Определить группу крови в ампуле.

43. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ:

1) Клиническая смерть, вызванная массивной невосполненной кровопотерей.

2) Невозможность пункции вены при низком артериальном давлении.

3) Травматический шок с низким артериальным давлением.

4) Показаний для внутриартериального переливания крови нет.

44. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ:

1) Невозможность пункции вены при низком артериальном давлении.

2) Длительная стойкая гипотензия в результате кровотечения при неэффективности

внутривенных вливаний.

3) Торпидная стадия тяжелого ожогового шока.

4) Показаний для внутриартериального переливания крови нет.

45. МОЖНО ЛИ В КОНТЕЙНЕР С КОМПОНЕНТОМ КРОВИ ВВОДИТЬ КАКИЕ-ЛИБО МЕДИКАМЕНТЫ ИЛИ РАСТВОРЫ:

1) Нет.

2) Нет, кроме 0,9% стерильного изотонического раствора NaCl.

3) Да.

4) Да, при экстренной ситуации.

46. ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ ПО RH-СИСТЕМЕ С ЖЕЛАТИНОМ:

1) +20-25 °С.

2) +36-37 °С.

3) +46-48 °С.

4) Температура решающего значения не имеет.

47. АУТОГЕМОТРАНСФУЗИЯ - ЭТО:

1) Переливание крови от ближайших родственников.

2) Переливание собственной крови, взятой у больного заблаговременно перед операцией.

3) Переливание собственной крови, излившейся в серозные полости.

4) Переливание одногруппной крови от человека к человеку.

48. КРИОЗАМОРОЖЕННЫЕ ЭРИТРОЦИТЫ МОЖНО ХРАНИТЬ В ТЕЧЕНИИ:

1) 1 месяца.

2) 1 года.

3) 10 лет.

4) 25 лет.

49. РЕИНФУЗИЯ - ЭТО:

1) Переливание крови от ближайших родственников.

2) Переливание собственной крови, взятой у больного заблаговременно перед операцией.

3) Переливание собственной крови, излившейся в серозные полости.

4) Переливание одногруппной крови от человека к человеку .

50. РЕИНФУЗИЮ НЕ ПРОВОДЯТ, ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ:

1) Печени.

2) Легкого.

3) Желудка.

4) Любого из указанных выше органов.

51. РЕИНФУЗИЮ ПРОВОДЯТ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ:

1) Паренхиматозных органов.

2) Кишечника.

3) Желудка.

4) Мочевого пузыря.

52. РЕИНФУЗИЮ ПРОВОДЯТ, ЕСЛИ С МОМЕНТА ТРАВМЫ ПРОШЛО НЕ БОЛЕЕ:

1) 6 часов.

2) 12 часов.

3) 18 часов.

4) 24 часов.

53. БИОЛОГИЧЕСКУЮ ПРОБУ ПРОВОДЯТ ПУТЕМ:

1) Однократного введения 50 мл донорской крови.

2) Капельного 3-х кратного введения донорской крови по 10 мл.

3) Струйного 3-х кратного введения донорской крови по 25 мл.

4) Струйного 3-х кратного введения донорской крови по 10-15 мл.

54. При проведении биологической пробы после капельного введения 10 мл донорской крови больной отмечает загрудинные боли, боли в пояснице. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ:

1) Через 3-5 минут ввести струйно еще 15 мл донорской крови.

2) Отказаться от переливания донорской крови.

3) Осуществить медленное капельное введение оставшейся крови.

4) Успокоить больного и перелить оставшуюся кровь небольшими порциями.

55. После проведения проб на индивидуальную совместимость по АВО - и RH-системам пациенту трижды струйно внутривенно введено по 10 мл крови. ОБЪЯСНИТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ ВЫБРАННОЙ ТАКТИКИ:

1) Тактика правильная, необходимо продолжить переливание.

2) Тактика неправильная, так как введение крови должно было быть капельным.

3) Тактика неправильная. так как нужно было сразу же переливать кровь.

4) Тактика неправильная, так как необходимо было вводить по 25 мл крови.

56. СРАЗУ ЖЕ ПОСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ КОНТЕЙНЕР С ОСТАТКАМИ КРОВИ ДОЛЖЕН:

1)Подвергнуться дезинфекции.

2)Храниться в холодильнике в течение 2-х дней.

3) Храниться в холодильнике в течение 7 дней.

4) Помещаться в специальный контейнер для медицинских отходов.

57. НУЖНО ЛИ ОСТАВИТЬ В КОНТЕЙНЕРЕ НЕБОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО КРОВИ ПОСЛЕ ЕЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ:

1) Да.

2) Да, если в процессе переливания крови развились какие-то реакции.

3) Да, если в процессе переливания крови развились какие-то осложнения.

4) Нет, если переливание прошло без осложнений

58. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ У РЕЦИПИЕНТА НЕОБХОДИМО:

1) Исследовать кровь на скрытый гемолиз.

2) Определить белковый состав крови.

3) Произвести общий анализ крови и общий анализ мочи.

4) Определить протромбиновый индекс.

59. ПОСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ БОЛЬНОЙ НУЖДАЕТСЯ В НАБЛЮДЕНИИ В ТЕЧЕНИЕ:

1)1 часа.

2) 3 часов.

3) Рабочего дня.

4) Суток

60. ПОСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ НЕОБХОДИМО ИЗМЕРИТЬ ТЕМПЕРАТУРУ ТЕЛА:

1) Один раз через час после переливания.

2) Один раз сразу же после переливания.

3) Трехкратно: через 1, 2 и 3 часа после переливания.

4) Трехкратно: утром, днем и вечером.

61. ПОСТТРАНСФУЗИОННЫЕ РЕАКЦИИ ЭТО:

1) Изменения в состоянии организма, ведущие к длительному расстройству здоровья и опасные для жизни.

2) Изменения в состоянии организма, не ведущие к длительному расстройству здоровья и не опасные для жизни.

3) Изменения в состоянии организма, развивающиеся сразу же после гемотрансфузии.

4) Изменения в состоянии организма, развивающиеся в отдаленном периоде после гемотрансфузии.

62. ПОСТТРАНСФУЗИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ - ЭТО:

1) Изменения в состоянии организма, ведущие к длительному расстройству здоровья и опасные для жизни.

2) Изменения в состоянии организма, не ведущие к длительному расстройству здоровья и не опасные для жизни.

3) Изменения в состоянии организма, развивающиеся сразу же после гемотрансфузии.

4) Изменения в состоянии организма, развивающиеся в отдаленном периоде после гемотрансфузии.

63. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО +37,5° С СРАЗУ ПОСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ СЛЕДУЕТ ОЦЕНИТЬ КАК:

1) Посттрансфузионное осложнение.

2) Посттрансфузионная реакция.

3) Связать с основным заболеванием.

4) Не обращать внимания.

64. К ПОСТТРАНСФУЗИОННЫМ РЕАКЦИЯМ ОТНОСЯТ:

1) Пирогенные реакции.

2) Аллергические реакции.

3) Анафилактические реакции.

4) Все вышеизложенное.

65. К ПОСТТРАНСФУЗИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОТНОСЯТ:

1) Гемотрансфузионный, бактериально-токсический, анафилактический и цитратный шок.

2) Воздушная эмболия, тромбоэмболия.

3) Острое расширение сердца.

4) Все вышеизложенное.

66. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ПОСТТРАНСФУЗИОННОГО ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ:

1) Боль в груди, животе или пояснице.

2) Снижение артериального давления.

3) Тахикардия.

4) Все вышеизложенные признаки.

67. ВЫБЕРИТЕ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЬ, ОБЛАДАЮЩИЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ:

1) Полидез

2) Волювен

3) Раствор аминокапроновой кислоты.

4) Альвезин.

68. ВЫБЕРИТЕ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЬ, ОБЛАДАЮЩИЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ:

1) Полидез.

2) Липокаин.

3) Стабизол

4) Аминон.

69. ВЫБЕРИТЕ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЬ, ОБЛАДАЮЩИЙ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫМ ДЕЙСТВИЕМ:

1) Рефортан

2) Полидез

3) Раствор аминокапроновой кислоты.

4) Лактосол.

70. ВЫБЕРИТЕ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЬ, ОБЛАДАЮЩИЙ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫМ ДЕЙСТВИЕМ:

1) Макродез.

2) Волювен

3) Аминон.

4) Дисоль.

71. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ, ОБЛАДАЮЩИЙ ГЕМОСТАТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ:

1) Рефортан

2) Полидез.

3) Раствор аминокапроновой кислоты.

4) Альвезин.

72. ВЫБЕРИТЕ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЬ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ:

1) Аминон.

2) Липокаин.

3) Глюкоза.

4) Все вышеизложенное.

73. ВЫБЕРИТЕ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЬ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ВОСПОЛНЕНИЯ ДЕФИЦИТА БЕЛКОВ:

1) Альвезин.

2) Липофундин

3) Стабизол

4) Все вышеизложенное.

74. ВЫБЕРИТЕ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЬ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ВОСПОЛНЕНИЯ ДЕФИЦИТА ЖИРОВ:

1) Рефортан

2) Альвезин.

3) Инфузолипол.

4) Раствор аминокапроновой кислоты.

75. ПРЕПАРАТЫ КРОВИ - ЭТО:

1) Препараты комплексного действия.

2) Корректоры свертывающей системы.

3) Препараты иммунологического действия.

4) Все вышеперечисленные.

76. К ПРЕПАРАТАМ КРОВИ КОМПЛЕКСНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТ:

1) Альбумин, протеин.

2) Волювен, стабизол

3) Полиамин, аминон.

4) Инфузолипол, липокаин.

77. К ПРЕПАРАТАМ КРОВИ-КОРРЕКТОРАМ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ:

1) Альбумин, протеин.

2) Криопреципитат, фибриноген, тромбин.

3) Раствор аминокапроновой кислоты.

4) Тромбоцитный концентрат

78. К ПРЕПАРАТАМ КРОВИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТ:

1) Альбумин, протеин.

2) Криопреципитат, фибриноген, тромбин.

3) Фибринолизин, гемостатическая губка.

4) Гамма-глобулины.

79. К КОМПОНЕНТАМ КРОВИ ОТНОСЯТ:

1) Эритромассу, тромбоцитный концентрат, плазму.

2) Корректоры свертывающей системы.

3) Кровезаменители гемодинамического и дезинтоксикационного действия.

4) Все вышеизложенное.

80. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ С ГЕМОФИЛИЕЙ ПЕРЕЛИВАЮТ:

1) Эритроцитную массу.

2) Криопреципитат.

3) Тромбоцитный концентрат.

4) Лейкоцитарную массу.

81. ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ХРАНЕНИЯ КОНСЕРВИРОВАННОЙ КРРОВИ:

1) -2º -6 º С

2) 0 -1º С

3) 0 +1ºС

4) +2+6ºС

82. ЗА СЧЕТ ЧЕГО ПРИ МАССИВНЫХ ПЕРЕЛИВАНИЯХ КРОВИ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ОСТАНОВКА СЕРДЦА И ДЫХАНИЯ?

1) попадание в кровоток неполноценных лейкоцитов и тромбоцитов

2) распада эритроцитов

3) избытка вводимого белка

4) избытка лимонно-кислого натрия

83. СРЕДСТВО, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ДЛЯ КОНСЕРВИРОВАНИЯ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СВЕРТЫВАНИЯ ДОНОРСКОЙ КРОВИ:

1) хлористый кальций

2) глюгицир

3) физиологический раствор NaCl

4) викасол

84. ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ ПАЦИЕНТУ ПОД НАРКОЗОМ ПРОВОДЯТ ПРОБЫ ТОЛЬКО:

1) на совместимость по АВ0-системе

2) на совместимость по Rh-Hr-системе

3) биологическую пробу

4) все указанные выше пробы

85. С ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИ ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ ВНУТРЕННЕМ КРОВОТЕЧЕНИИ СЛЕДУЕТ ПЕРЕЛИВАТЬ:

1) эритроцитную массу

2) тромбоцитный концентрат

3) свежезамороженную плазму

4) цельную кровь

**Устный опрос:**

1. Принципы современной гемотрансфузионной тактики.
2. Основные трансфузионные среды. Компоненты крови, препараты крови и кровезаменители.
3. Источники получения крови, обследование доноров. Противопоказания к донорству.
4. Правила хранения и транспортировки компонентов крови и кровезаменителей.
5. Методы переливания компонентов крови.
6. Механизм действия переливаемых компонентов крови.
7. Алгоритм действий и обязанностей врача, переливающего компоненты крови.
8. Определение показаний и противопоказаний к переливанию компонентов крови.
9. Монтаж систем для внутривенного переливания.
10. Оценка пригодности компонентов крови к переливанию. Проба на скрытый гемолиз.
11. Проведение проб на индивидуальную совместимость по АВО и Rh-системам.
12. Техника проведения биологической пробы на совместимость.
13. Наблюдение за больным в процессе и после переливания компонентов крови.
14. Ошибки при переливании компонентов крови.
15. Посттрансфузионные реакции и осложнения, их клинические проявления, предупреждение и лечение.
16. Документирование операции переливания компонентов крови. Гемотрансфузионный анамнез. Протокол переливания.
17. Дозировка и техника переливания компонентов крови у детей, особенности наблюдения за ребенком (для педиатрического факультета).

**Проверка практических навыков:**

1. Оценить макроскопически пригодность трансфузионной среды к переливанию
2. Определить группу крови
3. Провести пробу на индивидуальную совместимость по АВО системе
4. Провести пробу на индивидуальную совместимость по Rh- системе
5. Заполнить систему для внутривенных вливаний
6. Заполнить протокол переливания крови

**Реферат:**

а) Основные источники получения компонентов крови. Донорство.

б) Аутодонорство. Виды. Показания. Противопоказания.

в) Реинфузия крови. Показания. Противопоказания. Техника.

г) Посттрансфузионные гемолитические и негемолитические осложнения.

д) Распределить нижеуказанные кровезаменители по строкам таблицы:

Кровозаменители: реоглюман, гелофузин, лактасол, волекам, дисоль, интерлипид, трисоль, неорондекс, полиглюкин, альвезин, раствор аминокапроновой кислоты, желатиноль, маннитол, сорбитол, аминон, реополиглюкин, липофундин, физиологический раствор NaCl, полиамин, полидез, липокаин, аминотроф, раствор Рингера-Локка, инфузамин, гидрамин, раствор глюкозы (5,10,20,40%), раствор гидрокарбоната Na (5-7%), сорбитол, плазмотонин, парамин, гидрооксиэтилированный крахмал (ГЭК).

Табл. 1. Основные виды кровезаменителей

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| К Р О В Е З А М Е Н И Т Е Л И | | | | | | | |
| Гемодинамические | Дезинтоксикационные | Гемостатические | Для восполнения: | | | Регуляторы водно-солевого обмена и кислотно-основного состояния | Комплексного действия |
| Белков | Жиров | Углеводов |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Тема 8.** Опухоли.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тестирование

Устный опрос

Проверка практических навыков

Реферат

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестирование:**

1. ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ (ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ):

1. Аденокарцинома
2. Невринома
3. Ангиосаркома
4. Меланобластома

2. ОПУХОЛЬЮ, РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ИЗ ПИГМЕНТНЫХ КЛЕТОК, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Тератома
2. Плоскоклеточный рак
3. Меланома
4. Аденома

3. НАИБОЛЕЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Плоскоклеточный ороговевающий рак
2. Липома
3. Низкодифференцированная аденокарцинома
4. Недифференцированный рак

4. РАБДОМИОСАРКОМА – ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ИЗ:

1. Поперечнополосатой мускулатуры
2. Гладкой мускулатуры
3. Эпидермиса
4. Дермы

5. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННУЮ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ У МУЖЧИН:

1. Рак предстательной железы
2. Рак щитовидной железы
3. Рак толстой кишки
4. Рак лёгкого

6. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННУЮ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ У ЖЕНЩИН:

1. Рак щитовидной железы
2. Рак матки
3. Рак яичника
4. Рак молочной железы

7. НИЗКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК ОБОЗНАЧАЕТСЯ:

1) G1

2) G2

3) G3

4) C4

8. ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК ОБОЗНАЧАЕТСЯ:

1) G1

2) G2

3) G3

4) C4

9. НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК ОБОЗНАЧАЕТСЯ:

1) G1

2) G2

3) G3

4) C4

10. У БОЛЬНОЙ ВЫЯВЛЕН РАК ЛЕВОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОПУХОЛЬ ДО 1,5 СМ В ДИАМЕТРЕ – В ВЕРХНЕМ НАРУЖНОМ КВАДРАНТЕ, ПЛОТНЫЙ УВЕЛИЧЕННЫЙ БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ЛИМФАТИЧЕСКИЙ УЗЕЛ – В ЛЕВОЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ. ОТДАЛЁННЫХ МЕТАСТАЗОВ НЕ ВЫЯВЛЕНО. СТАДИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПО СИСТЕМЕ TNM:

1) T1N1M0

2) T4 N1M0

3) T1N0M0

4) T1N1M1

11. НУЖДАЕТСЯ ЛИ В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ БОЛЬНАЯ С ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ?

1) Нет

2) Да

3) В зависимости от формы заболевания

4) В зависимости от возраста

12. ВРАЧ, У КОТОРОГО НАХОДЯТСЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ БОЛЬНЫЕ С ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ:

1. Гинеколог
2. Хирург
3. Онколог
4. Терапевт

13. ЧАСТОТА ОСМОТРА ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ, В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНО ПРОВЕДЕННОЙ ОПЕРАЦИИ:

1. 1 раз в месяц
2. 1 раз в квартал
3. 1 раз в полгода
4. 1 раз в год

14. ЧАСТОТА ОСМОТРА ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ, НА ВТОРОЙ ГОД ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНО ПРОВЕДЕННОЙ ОПЕРАЦИИ:

1. 1 раз в месяц
2. 1 раз в квартал
3. 1 раз в полгода
4. 1 раз в год

15. У БОЛЬНОГО ДО ОПЕРАЦИИ ДИАГНОСТИРОВАН РАК ЖЕЛУДКА. ОПУХОЛЬ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ, ДО 1 СМ В ДИАМЕТРЕ. РЕГИОНАРНЫХ И ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ НЕ ВЫЯВЛЕНО. УСТАНОВИТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНУЮ СТАДИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПО СИСТЕМЕ TNM:

1) T1N1M0

2) T4 N1M0

3) T1N0M0

4) T1N1M1

16. У БОЛЬНОГО ПРИ ФИБРОГАСТРОСКОПИИ ВЫЯВЛЕН РАК ЖЕЛУДКА. ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ – РАК IN SITU. ОПРЕДЕЛИТЕ ГЛУБИНУ ПОРАЖЕНИЯ ОПУХОЛЬЮ:

1. Слизистая, подслизистая
2. Слизистая, подслизистая, мышечный слой
3. Слизистая до базальной мембраны
4. Слизистая, подслизистая, мышечный слой, серозная оболочка

17. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. Инфильтрирующим ростом
2. Отсутствием капсулы
3. Всем перечисленным
4. Метастазами

18. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ (ВЫБРАТЬ НЕПРАВИЛЬНОЕ):

1. Инвазивностью
2. Медленным ростом или его отсутсвием
3. Наличием капсулы
4. Пальпаторной чёткостью границ

19. ОПУХОЛЬ ОБОЗНАЧАЕТСЯ БУКВОЙ «Р», ЧТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ:

1. Величину опухоли
2. Наличие метастазов
3. Степень инвазии
4. Быстроту роста

20. ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РАКА СЛЕПОЙ КИШКИ ОТМЕЧЕНО ПРОРАСТАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ. ОПРЕДЕЛИТЕ СТАДИЮ РАЗВИТИЯ ОПУХОЛИ.

1. Р1
2. Р2
3. Р3
4. Р4

21. ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РАКА ЖЕЛУДКА ОТМЕЧЕНО ПРОРАСТАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ПОДСЛИЗИСТОГО И МЫШЕЧНОГО СЛОЯ. ОПРЕДЕЛИТЕ СТАДИЮ РАЗВИТИЯ ОПУХОЛИ.

1. Р1
2. Р2
3. Р3
4. Р4

22. ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ОТМЕЧЕНО ПРОРАСТАНИЕ ВСЕХ СЛОЕВ СТЕНКИ. ОПРЕДЕЛИТЕ СТАДИЮ РАЗВИТИЯ ОПУХОЛИ:

1. Р1
2. Р2
3. Р3
4. Р4

23. ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РАКА ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОТМЕЧЕНО ПРОРАСТАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ. ОПРЕДЕЛИТЕ СТАДИЮ РАЗВИТИЯ ОПУХОЛИ.

1. Р1
2. Р2
3. Р3
4. Р4

24. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА:

1. Болезненный, мягкий, чёткий
2. Плотный, увеличенный, утративший бобовидную форму
3. С флюктуацией и гиперемией кожи над ним
4. Увеличенный, мягкий, болезненный

25. ОПУХОЛЬ МЕТАСТАЗИРУЕТ:

1) По лимфатической системе

2) По кровеносной системе

3) Всё перечисленное – правильно

4) Контактно

26. КОЛЛЕКТОРЫ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ – ЭТО:

1. Предлежащая к опухоли клетчатка
2. Регионарные лимфатические узлы
3. Отдалённые органы
4. Все перечисленное

27. ТЕОРИЯ РАЗВИТИЯ ОПУХОЛЕЙ:

* 1. Зильбера
  2. Вирхова

3) Все перечисленное

4) Конгейма

28. РЕЦИДИВ ОПУХОЛИ – ЭТО:

1. Возникновение её повторно в том же месте
2. Возникновение отдалённых метастазов
3. Возникновение регионарных метастазов
4. Все перечисленное

29. К СИНДРОМУ МАЛЫХ ПРИЗНАКОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПО САВИЦКОМУ ОТНОСЯТСЯ:

1. Кровотечение
2. Утомляемость
3. Боль
4. Рвота

30. ВЫЯВЛЕНА ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, СКЛОННАЯ К РОСТУ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА:

1. Операция
2. Лучевая терапия
3. Наблюдение
4. Химиотерапия

31. ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПАЛЬПАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ (ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ):

1. Бугристость
2. Нечёткость контуров
3. Малая подвижность
4. Все перечисленное

32. ОРГАН, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖЕННЫЙ МЕТАСТАЗАМИ:

1. Почка
2. Селезенка
3. Печень
4. Желудок

33. У БОЛЬНОГО ПО КЛИНИЧЕСКИМ И ФИБРОГАСТРОСКОПИЧЕСКИМ ДАННЫМ ДИАГНОСТИРОВАН РАК ТЕЛА ЖЕЛУДКА. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА:

1) Гистологическая верификация диагноза, дооперационное обследова-

ние на предмет наличия или отсутствия метастазов и переносимости

операции, операция

2) Дооперационное обследование на предмет наличия или отсутствия ме-

тастазов и переносимости операции, операция

3) Операция, ревизия органов брюшной полости на предмет метастазов

4) Гистологическая верификация диагноза, операция, ревизия органов брюшной полости на предмет метастазов.

34. У БОЛЬНОГО ПО КЛИНИЧЕСКИМ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ДАННЫМ ДИАГНОСТИРОВАН РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ. ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ИЛИ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ДООПЕРАЦИОННАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА:

1. Не обязательна
2. Обязательна
3. Желательна
4. Не имеет решающего значения

35. У БОЛЬНОГО ДИАГНОСТИРОВАН РАК ЛЁГКОГО, ВРАСТАЮЩИЙ В СРЕДОСТЕНЬЕ. СТАДИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. I
2. II
3. III
4. IV

36. У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ РАК ТЕЛА ЖЕЛУДКА, ПРОРАСТАЮЩИЙ ВСЕ СЛОИ, МЕТАСТАЗЫ В БОЛЬШОЙ САЛЬНИК. ОПРЕДЕЛИТЕ СТАДИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

1. I
2. II
3. III
4. IV

37. К РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОТНОСЯТСЯ:

1) Хирургический

2) Лучевой

3) Всё перечисленное

4) Химиотерапия

38. У ПАЦИЕНТА ДИАГНОСТИРОВАН РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ, АСЦИТ. БОЛЬНОЙ НУЖДАЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ:

1. Радикальном
2. Паллиативном
3. Симптоматическом
4. Не нуждается

39. У БОЛЬНОЙ ДИАГНОСТИРОВАН РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, T4N1M1. КАКИЕ ДОКУМЕНТЫ НЕОБХОДИМО ЗАПОЛНИТЬ ВРАЧУ, УСТАНОВИВШЕМУ ДИАГНОЗ?

1. Извещение на случай выявления онкологического больного
2. Выписка из истории болезни онкологического больного
3. Протокол запущенности онкологического заболевания
4. Всё перечисленное

40. ФАКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРЕДРАК – ЭТО:

1. Предопухолевое заболевание, обязательно со временем переходящее

в злокачественное

1. Предопухолевое заболевание, необязательно со временем переходя-

щее в злокачественное

1. Злокачественное новообразование I стадии
2. Доброкачественное новообразование

41. БОЛЬНАЯ, 40 ЛЕТ. ДИАГНОСТИРОВАН РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, БЕЗ ОТДАЛЁННЫХ МЕТАСТАЗОВ. ПЛАНИРУЕТСЯ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. К КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПАЦИЕНТКА?

1. 1-я
2. 2-я
3. 3-я
4. 4-я

42. У БОЛЬНОГО ДИАГНОСТИРОВАН РАК ПИЩЕВОДА С МЕТАСТАЗАМИ В ОБА ЛЁГКИХ. К КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПАЦИЕНТ?

1. 1-я
2. 2-я
3. 3-я
4. 4-я

43. БОЛЬНОЙ РАДИКАЛЬНО ОПЕРИРОВАН ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА, ВЫПИСАН ИЗ СТАЦИОНАРА И НАПРАВЛЕН НА ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЁТ К ОНКОЛОГУ. К КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПАЦИЕНТ?

1. 1-я
2. 2-я
3. 3-я
4. 4-я

44. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОТНОСИТСЯ:

1. Кровотечение
2. Метастазирование
3. Рецидив
4. Быстрый рост

45. К ПРОФИЛАКТИКЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ОТНОСИТСЯ:

1. Лечение хронических воспалительных заболеваний
2. Лечение доброкачественных опухолей
3. Диспансерное наблюдение в группах риска
4. Все перечисленное

46. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ И БЕЗОПАСНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

1) Рентгеноскопия желудка

2) Компьютерная томография

3) Ультразвуковое исследование

4) Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

47. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ:

1. Радикальным
2. Паллиативным
3. Симптоматическим
4. Все перечисленное

48. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ – ЭТО:

1. Лучевая терапия + хирургическое лечение
2. Лучевая терапия + хирургическое лечение + химиотерапия
3. Хирургическое лечение + гормонотерапия
4. Всё перечисленное

49. АБЛАСТИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ (ВЫБРАТЬ НЕПРАВИЛЬНОЕ):

1. Применение электроножа или лазерного скальпеля
2. Смена инструментария и операционного белья во время операции
3. Удаление опухоли в пределах здоровых тканей
4. Местное применение противоопухолевых антибиотиков

50. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ПОНЯТИЮ «ПАЛЛИАТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ» СООТВЕТСТВУЕТ:

1. Удаление опухоли и её метастазов
2. Сверхрадикальные операции
3. Удаление опухоли с оставлением метастазов
4. Оперативное лечение после проведения лучевой терапии

51. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА «ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ» ДОСТАТОЧНО:

1. Данных опроса, осмотра, объективных исследований
2. Данных опроса, осмотра, объективных исследований, гистологичес-

ких результатов

1. Макроскопической картины опухолевого поражения
2. Рентгенологических, эндоскопических данных и результатов ультра-

звукового исследования

52. ПОД ДИАГНОЗОМ «РАК» ПОНИМАЮТ:

1. Любые злокачественные опухоли
2. Эпителиальные злокачественные опухоли
3. Соединительнотканные злокачественные опухоли
4. Наличие опухолевых метастазов

53. ТЕРМИН «МАЛИГНИЗАЦИЯ» ОЗНАЧАЕТ:

1. Перифокальное воспаление вокруг опухоли
2. Распад опухоли
3. Клеточное перерождение
4. Наличие опухолевых метастазов

54. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

1. Заболевания, сопровождающиеся ухудшением кровоснабжения тканей
2. Инфекционные заболевания
3. Хронические заболевания с воспалением и пролиферацией тканей
4. Заболевания, сопровождающиеся нарушением иннервации тканей

55. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ, ИСХОДЯЩИЕ ИЗ:

1) Соединительной ткани

2) Эпителиальной ткани

3) Мышечной ткани

4) Костной ткани

56. К МЕТОДИКАМ, УСТАНАВЛИВАЮЩИМ ДИАГНОЗ «ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ», ОТНОСЯТ (ВЫБРАТЬ НЕПРАВИЛЬНОЕ):

1. Эндоскопическое исследование
2. Гистологическое исследование
3. Общий анализ крови
4. Компьютерная томография

57. К РАДИКАЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ОТ НОСЯТ:

1. Удаление части органа без путей лимфооттока
2. Наложение обходных анастомозов при непроходимости просвета полого органа
3. Удаление органа или значительной его части и путей регионарного

лимфооттока

1. Удаление метастазов без удаления опухоли

58. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К РАДИКАЛЬНОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Наличие отдалённых метастазов
2. Наличие оперативных вмешательств ранее
3. Вирусный гепатит в анамнезе
4. Опухоль больших размеров или рецидив опухоли

59. КОЛИЧЕСТВО КЛИНИЧЕСКИХ ГРУПП ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ:

1. Три
2. Пять
3. Четыре
4. Шесть

60. КАКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ДАЁТ НАИБОЛЕЕ ЯСНУЮ КАРТИНУ СТАДИИ ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ?

1. Отечественная клиническая 4 стадийная
2. Международная классификация по TNMGP
3. Классификация клинических групп онкобольных
4. Гистологическая классификация вида опухоли

61. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ БУДЕТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЙ, В СЛУЧАЕ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЕГО РАЗВИТИЯ?

1. Удаление части органа в пределах здоровых тканей
2. Удаление всего органа или значительной его части и путей регионарного лимфооттока

3) Операция, направленная на предупреждение или устранение осложнений опухоли

4) Электрокоагуляция опухоли

62. МОЖЕТ ЛИ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ БЫТЬ РАДИКАЛЬНОЙ?

1. Да, но только в сочетании с хирургическим лечением
2. Да
3. Нет
4. Да, но только в сочетании с гормонотерапией

63. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ:

1. Слабостью, тошнотой, потерей аппетита
2. Выпадением волос и пигментацией на облученных участках
3. Лейкопенией, тромбоцитопенией
4. Всем перечисленным

64. В МАЛИГНИЗАЦИИ БОЛЬШУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ:

1. Канцерогенные раздражители
2. Хроническая активация процессов пролиферации клеток
3. Наследственная предрасположенность
4. Все перечисленное

65. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАННИМ СИМПТОМОМ РАКА?

1. Слабость
2. Быстрая утомляемость
3. Боль
4. Снижение аппетита

66. ЗАВЕРШАЮЩИМ ЭТАПОМ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Врачебный осмотр
2. Эндоскопическая диагностика
3. Морфологическая диагностика
4. Ультразвуковая диагностика

67. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ:

1. Пигментация на облучённых участках
2. Гиперемия, отёк в облучённой области
3. Ощущение зуда в месте облучения
4. Всё перечисленное – верно

68. ПРИ ФИБРОГАСТРОСКОПИИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ (ВЫБРАТЬ НЕПРАВИЛЬНОЕ):

1. Локализацию опухоли
2. Степень стенозирования
3. Верно 1 и 2
4. Стадию опухолевого процесса

69. КОГДА БОЛЬНОГО, КОТОРОМУ БЫЛА УДАЛЕНА ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, МОЖНО СЧИТАТЬ ИЗЛЕЧЕННЫМ?

1. Если опухоль была небольших размеров и удалена полностью
2. Если во время операции не было выявлено метастазов
3. Если в течение 5 лет после операции не было рецидива опухоли или

не возникли метастазы

1. Если операция была выполнена с учётом всех онкологических правил

70. КРИТЕРИЙ N ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM ОЗНАЧАЕТ:

1) Регионарные лимфатические узлы

2) Отдалённые лимфатические узлы

3) Верно 1 и 2

4) Степень злокачественности опухоли

71. ХИМИОТЕРАПИЯ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ:

1. Тошнотой и рвотой
2. Слабостью
3. Верно - 1 и 2
4. Повышенным аппетитом

72. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПРИОСТАНОВКИ КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Возникновение лейкопении
2. Возникновение анемии
3. Ускорение СОЭ
4. Повышение уровня сахара в крови

73. СОВРЕМЕННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ, КАК ПРАВИЛО, НАЗНАЧАЕТСЯ:

1. Одним препаратом – один курс
2. Двумя – тремя препаратами – один курс
3. Двумя – тремя препаратами – несколько курсов
4. Верно 1 и 2

74. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ К ХИМИОТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ:

1. Высокодиффиренцированная
2. Умеренно дифференцированная
3. Низкодифференцированная
4. 1,2,3 не имеют значения

75. У БОЛЬНОЙ – РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОТДАЛЁННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

1. Лучевая терапия
2. Хирургическое лечение
3. Химиотерапия
4. Верно – 1 и 2

76. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ, ЗАКОНЧИВШЕЙСЯ ДРЕНИРОВАНИЕМ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ТРУБКОЙ ЧЕРЕЗ ОТДЕЛЬНЫЙ РАЗРЕЗ, В ОБЛАСТИ РУБЦА ПОСЛЕ ДРЕНАЖА ЧЕРЕЗ ПОЛГОДА ДИАГНОСТИРОВАН МЕТАСТАЗ. ОПРЕДЕЛИТЕ ПУТЬ ЕГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ.

1. Лимфогенный
2. Гематогенный
3. Контактный
4. Рецидив опухоли

**Устный опрос:**

1. Понятие «Опухоль». Этиология, патогенез, теории развития.
2. Отличия доброкачественной опухоли от злокачественной. Предрак.
3. Доброкачественные и злокачественные опухоли из эпителия, соединительной, мышечной, нервной и сосудистой тканей.
4. Классификация опухолей. Международная система TNM, G, P.
5. Стадии развития злокачественных опухолей. Пути метастазирования.
6. Клиника опухолей. Симптомы «малых признаков» злокачественных опухолей по Савицкому.
7. Современные методы диагностики злокачественных опухолей. Цитологическая и патогистологическая верификация диагноза.
8. Осложнения злокачественных опухолей.
9. Лечение опухолей. Хирургический метод, лучевая, химио-, гормонотерапия. Понятие о радикальном, паллиативном и симптоматическом лечении. Лимфодиссекция.
10. Профилактика развития опухолей.
11. Диспансерное наблюдение за онкобольными. Клинические группы. Документация.
12. Особенности течения опухолей у детей.

**Проверка практических навыков:**

Работа с больными и историями болезни. Практическая часть занятия проходит в палатах, перевязочной и операционной. Студенты разбиваются на 2-3 человека, в зависимости от наличия онкологических больных, и направляются к ним.

В палате осматриваются больные. Собирается анамнез. Выявляются факторы риска. Обследуются доступные пальпации образования и лимфатические узлы. Изучается история болезни и сопоставляются клинические данные и результаты обследования. Намечается план лечения больного. Преподаватель поочерёдно обходит студентов, работающих в палате, и уточняет вид письменного задания для каждого студента.

**Реферат:**

Напишите реферат на тему: «Теории возникновения опухолей».

2. Составьте таблицу, в которой укажите отличительные черты доброкачественных и злокачественных опухолей.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Симптомы | Доброкачественная опухоль | Злокачественная опухоль |
|  |  |  |

3. Перечислите «малые признаки» злокачественных опухолей по Савицкому.

4. Укажите наиболее оптимальный вариант лечения больного раком лёгкого.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Результат обследования | Радикальное  лечение | Паллиативное  лечение | Симптомати-ческое  лечение |
| Опухоль небольших раз-меров, нет отдалённых метастазов |  |  |  |
| Опухоль небольших раз-меров, нет отдалённых метастазов, выраженная сердечная недостаточность |  |  |  |
| Опухоль небольших раз-меров, множественные метастазы в печень |  |  |  |
| Опухоль небольших раз-меров, множественные метастазы в печень, про-фузное лёгочное крово-течение |  |  |  |

**Тема 9.** Пред- и послеоперационный период.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тестирование

Устный опрос

Реферат

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестирование:**

1. КАКОВА СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ВОДЕ ВЗРОСЛОГО БОЛЬНОГО ВЕСОМ 70 КГ?

1) 1-1,5 литра

2) 1,5-2 литра

3) 2-2,5 литра

4) 2,5-3 литра

2. В КАКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ РАСТВОР ХЛОРИСТОГО НАТРИЯ ДЛЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ КЛИЗМЫ?

1) 1%

2) 2%

3) 5%

4) 10%

3. КАКОВА ЦЕЛЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ?

1) излечение больного

2) облегчение состояния больного

3) уточнение диагноза

4) завершение многомоментной операции

4. В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ВЫДЕЛЯЮТ:

1) поздний послеоперационный период

2) период лечения операционной раны

3) период интенсивного наблюдения в реанимации

4) период 3-х летней выживаемости больного

5. В ХОДЕ КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА ЖИРОВАЯ ЭМБОЛИЯ?

1) удаление липомы

2) интрамедуллярный остеосинтез

3) удаление эмбола из бедренной артерии

4) вскрытие костного панариция

6. КОГДА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ БРИТЬЕ КОЖИ ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИЕЙ?

1) за двое суток

2) утром в день операции

3) вечером накануне операции

4) непосредственно перед операцией на операционном столе

7. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) резекция щитовидной железы

2) плановое грыжесечение

3) операции, связанные с имплантацией сосудистого протеза

4) операции без вскрытия просвета полого органа

8. КАКИЕ ИЗ ФАЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ВЫДЕЛЯЮТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

1) фаза обратного развития

2) фаза травматизации

3) промежуточная фаза

4) ранняя фаза

9. КАТАБОЛИЧЕСКАЯ ФАЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1) восстановлением утраченной мышечной и жировой ткани

2) повышенным распадом белка

3) уменьшением синтеза и поступлением в кровь катехоламинов, глюкокортикоидов,

альдостерона

4) восстановлением азотистого баланса

10. КАКИЕ ОПЕРАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К КАТЕГОРИИ ЭКСТРЕННЫХ?

1) выполняемые немедленно или в ближайшие часы после поступления больного в стационар

2) операции, выполняемые в ближайшие дни после поступления

3) операции, выполняемые в ближайшие 3-4 недели

4) операции, выполняемые через 1 месяц с момента поступления

11. КАКИЕ ОПЕРАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К КАТЕГОРИИ СРОЧНЫХ?

1) выполняемые немедленно или в ближайшие часы после поступления больного в стационар

2) операции, выполняемые в ближайшие дни (1-7) после поступления

3) операции, выполняемые в ближайшие 3-4 недели

4) операции, выполняемые в неограниченные сроки

12. КАКИЕ ОПЕРАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К КАТЕГОРИИ ПЛАНОВЫХ?

1) выполняемые немедленно или в ближайшие часы после поступления больного в стационар

2) операции, выполняемые в ближайшие дни после поступления

3) операции, выполняемые в ближайшие 3-4 недели

4) операции, от времени выполнения которых исход лечения не зависит

13. ПО СРОЧНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ РАЗЛИЧАЮТ ОПЕРАЦИИ:

1) экстренные

2) специальные

3) лечебные

4) повторные

14. ПО СРОЧНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ РАЗЛИЧАЮТ ОПЕРАЦИИ:

1) немедленные

2) плановые

3) отсроченные

4) условно срочные

15. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ, ВЫПОЛНЯЕМАЯ ОДНОВРЕМЕННО НА ДВУХ ИЛИ БОЛЕЕ ОРГАНАХ ПО ПОВОДУ ДВУХ ИЛИ БОЛЕЕ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?

1) радикальной

2) одномоментной

3) атипичной

4) симультанной

16. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ, ПРЕДПРИНИМАЕМАЯ ДЛЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1) радикальной

2) одномоментной

3) атипичной

4) диагностической

17. ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП ДОЛЖЕН ОТВЕЧАТЬ СЛЕДУЮЩИМ ТРЕБОВАНИЯМ:

1) без учета анатомических взаимоотношений

2) абластичным

3) быстро исполняемым

4) быть анатомичным

18. ОПЕРАЦИЯ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

1) в экстренном порядке

2) в срочном порядке

3) в плановом порядке

4) выполняется в неограниченные сроки

19. ЖИЗНЕННЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ВОЗНИКАЮТ В СЛЕДУЮЩИХ СИТУАЦИЯХ:

1) неосложненная язва желудка

2) рак толстой кишки

3) фиброаденома молочной железы

4) кровотечение

20. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

1) строгое соблюдение асептики

2) надежный гемостаз

3) адекватное дренирование

4) все вышеперечисленное

21. ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

1) влажная гангрена конечности

2) острый аппендицит

3) варикозная болезнь нижних конечностей

4) декомпенсированный язвенный стеноз привратника

22. ПРИ ОЦЕНКЕ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА УЧИТЫВАЕТСЯ:

1) оценка объема и продолжительности оперативного вмешательства

2) субъективная оценка общего самочувствия больным

3) вес больного

4) уровень подготовки операционной бригады

23. РАЗВИТИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ СПОСОБСТВУЮТ:

1) наличие послеоперационной раны

2) вынужденное положение

3) влияние операционной травмы и наркоза

4) все вышеперечисленное верно

24. ПРОФИЛАКТИКА ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ СОСТОИТ:

1) в дренировании желудка

2) в ранней активизации больного

3) в введении средств, стимулирующих перистальтику

4) все вышеперечисленное верно

25. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ:

1) профилактическая

2) непосредственная

3) предварительная

4) специальная

26. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ОРГАНОВ И СИСТЕМ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

1) оценку состояния органов и систем

2) непосредственную подготовку к операции

3) постановку диагноза

4) коррекцию нарушений функции почек, легких

27. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЭТАПЫ:

1) этап диспансерного обследования больного

2) диагностический этап

3) этап предоперационной подготовки в операционной

4) догоспитальный этап предоперационной подготовки

28. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ДЕЛИТСЯ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ:

1) бессознательный период – от момента окончания операции до прихода больного в 2ознание

2) ранний послеоперационный период – время пребывания больного в стационаре

3) период 5-ти летней выживаемости после операции

4) катаболический

29. СКОЛЬКО ДЛИТСЯ КАТАБОЛИЧЕСКАЯ ФАЗА ПОСЛЕ ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИИ: (ЕСЛИ НЕ ВОЗНИКАЕТ П/О ОСЛОЖНЕНИЙ)

1) 1-2 дня

2) 2-4 дня

3) 3-7 дней

4) 21 день

30. ВЫРАЖЕННОСТЬ КАТАБОЛИЧЕСКОЙ ФАЗЫ В БОЛЬШЕЙ МЕРЕ ОБУСЛОВЛЕНА:

1) весом больного

2) комплексом мероприятий, связанных с общим обезболиванием

3) травматичностью перенесенной операции

4) интенсивной инфузионной терапией

31. ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) постановка очистительных клизм в первые сутки после операции

2) восстановление мышечной массы

3) стимуляция репаративных процессов

4) коррекция водно-электролитных нарушений, кислотно-основного состояния, белкового синтеза

32. ДЛЯ БЫСТРОГО УСВОЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ, ВВОДИМОЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ВНУТРИВЕННО КАПЕЛЬНО, И ОДНОВРЕМЕННО ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ НЕОБХОДИМО ДОБАВИТЬ В РАСТВОР ИНСУЛИН В СЛЕДУЮЩЕЙ ДОЗИРОВКЕ:

1) 10 ЕД независимо от количества глюкозы

2) 20 ЕД на 1 литр 5% раствора глюкозы

3) 10 ЕД на 800 мл 5% раствора глюкозы

4) 1 ЕД на 6 гр. глюкозы

33. ДЛЯ БЕЛКОВОГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ:

1) желатиноль

2) альвезин

3) гемодез

4) кристаллоиды

34. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ЖКТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИМЕНЯЮТ:

1) дыхательную гимнастику

2) максимальное длительное соблюдение постельного режима

3) применение седативных средств

4) медикаментозную стимуляцию кишечной перистальтики

35. К РАННИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ В ПЕРВЫЕ 2 СУТОК ОТНОСЯТ:

1) ранние вторичные кровотечения

2) поздние вторичные кровотечения

3) нагноение послеоперационной раны

4) пролежни

36. К ЧИСЛУ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ПЕРВЫЕ 4-6 СУТОК ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОТНОСЯТ:

1) нагноение послеоперационной раны

2) ранние вторичные кровотечения

3) ранние первичные кровотечения

4) келлоидный рубец

37. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НЕДОСТАТОЧНОГО ВОСПОЛНЕНИЯ ЖИДКОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) повышение артериального давления

2) увеличение гематокрита

3) увеличение диуреза

4) снижение ЦВД

38. МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) введение 2 гр. фибриногена

2) строгий постельный режим в течение 3-5 дней

3) ранняя активизация больного

4) переливание криопреципитата

39. КОГДА В ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ПРОВОДИТСЯ СНЯТИЕ ШВОВ?

1) на 3-4 сутки

2) на 5-6 сутки

3) на 7-8 сутки

4) на 14 сутки

40.ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

1) рак толстой кишки

2) острый аппендицит

3) механическая желтуха

4) варикозная болезнь нижних конечностей

41. КАКОВА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОЗДНЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА?

1) 1-1,5 недели

2) 2-3 недели

3) 3,5-4 недели

4) свыше 8 недель

42. УКАЖИТЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОТДАЛЕННОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА:

1) от 1 недели до 1 месяца

2) от двух недель до 1,5 месяцев

3) от 3-х недель до 2-3 месяцев

4) от 4-х недель до 4 месяцев

43. АНАБОЛИЧЕСКАЯ ФАЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1) повышенным распадом белка, жиров

2) усиленным синтезом белка, жиров

3) уменьшением ферментных белков

4) уменьшением синтеза гликогена

44. КАК НАЗЫВАЮТСЯ ОПЕРАЦИИ, ПРИ КОТОРЫХ С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ОДНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРОВОДИТСЯ НА НЕСКОЛЬКИХ ОРГАНАХ?

1) Симультанные

2) повторные

3) многомоментные

4) комбинированные

45. ДЛЯ БЕЛКОВОГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ:

1) кристаллоиды

2) гемодез

3) сбалансированные смеси аминокислот

4) желатиноль

46. ДЛЯ ФАЗЫ КАТАБОЛИЧЕСКОЙ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНО:

а) развитие тканевого ацидоза

б) преобладание анаэробного гликолиза

в) выделение общего азота с мочой не превышает 3 г. в сутки

г) процессы анаболизма преобладают над процессами катаболизма

д) преимущественный расход эндогенной энергии

Выберите комбинацию ответов:

1) а,б,в

2) б,в,г

3) а,б,д

4) б,г,д

47. УКАЖИТЕ МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ:

1) назначение препаратов железа;

2) дыхательная гимнастика;

3) вдыхание закиси азота

4) холод на живот

48. ПОДГОТОВКА КИШЕЧНИКА В ДООПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ:

1) бесшлаковой диеты;

2) зондового питания;

3) очистительных клизм

4) отхаркивающих препаратов

49. ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ:

1) снижение уровня гемоглобина;

2) лейкоцитоз;

3) увеличение гематокрита.

4) повышение СОЭ

50. КАКИЕ ИЗ ФАЗ В ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ВЫДЕЛЯЮТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

а) фаза катаболическая

б) фаза воспаления

в) фаза регенерации

г) обратного развития

д) анаболическая фаза

ж) фаза восстановления утраченной мышечной и жировой ткани.

Выберите комбинацию ответов:

1) а,б,в,г

2) а,г,д

3) в,г,д,ж

4) б,в,г,ж

51. АНАБОЛИЧЕСКАЯ ФАЗА ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

а) восстановлением мышечной массы

б) лизисом белков и накоплением продуктов их распада

в) активизацией гормональной системы

г) восстановлением азотистого баланса

д) поступление экзогенной энергии превосходит потребление организма

Выберите комбинацию ответов

1) а,г,д

2) а,б,в

3) б,г,д

4) в,г,д

52. В ХОДЕ КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА ОПАСНОСТЬ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ?

1) удаление липомы в области плеча

2) остеосинтез гвоздем бедренной кости

3) формирование кожного лоскута на животе по способу Филатова

4) удаление эмбола из бедренной артерии

53. ДЛЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНО:

а) катаболический тип обмена веществ

б) перераспределение воды и электролитов между «водными средами»

в) выделение общего азота с мочой не превышает 3 г в сутки

г) процессы анаболизма преобладают над процессами катаболизма

д) преимущественный расход эндогенной энергии

Выберите комбинацию ответов

1) а,б,в

2) а,б,д

3) б,в,г

4) а,г,д

54. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

1) биопсия лимфоузлов;

2) аппендэктомия;

3) грыжесечение.

4) вправление вывиха плеча

55. ОПЕРАЦИЯ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ ПРОИЗВОДИТСЯ ПРИ:

1) злокачественной опухоли;

2) доброкачественной опухоли;

3) продолжающемся кровотечении.

4) облитерирующем эндартериите

56. ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ:

1) перфоративной язве желудка;

2) варикозно расширенных венах нижних конечностей;

3) раке печени.

4) липоме

57. ИССЛЕДОВАНИЕ, ПОМОГАЮЩЕЕ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ:

1) биохимический анализ крови;

2) фибробронхоскопия;

3) электрокардиография.

4) реовазография

58. ПРОФИЛАКТИКА НАГНОЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ:

1) дренирование раны;

2) рассасывающие швы на рану;

3) герметичная повязка.

4) лечебная физкультура

59. В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ВЫДЕЛЯЮТ:

1) поздний послеоперационный период;

2) период лечения операционной раны

3) период интенсивного наблюдения в реанимации

4) период до появления осложнений

60. ПО СРОЧНОСТИ РАЗЛИЧАЮТ ОПЕРАЦИИ:

1) экстренные, срочные, паллиативные;

2) радикальные, плановые, паллиативные;

3) экстренные, срочные, плановые.

4) диагностические, несрочные, одноэтапные

61. АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

1) при которых невыполнение операции может привести к состоянию, угрожающему жизни больного

2) не представляющих угрозы для жизни больного

3) которые могут быть излечены только хирургическим методом

4) лечение которых осуществляется как хирургическим, так и консервативным методом

062. ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИИ БОЛЬНОМУ ПРОВОДЯТ:

1) полную санитарную обработку

2) частичную санитарную обработку

3) отсроченную санитарную обработку

4) проводят только бритье волосяного покрова в зоне операции

63. НА СТЕПЕНЬ РИСКА АНЕСТЕЗИИ И ОПЕРАЦИИ ВЛИЯЮТ ФАКТОРЫ:

1) травматичность и продолжительность операции

2) возраст пациента, характер основного и сопутствующих заболеваний

3) верно утверждение 1 и 2

4) объем проведенной инфузионной терапии

64. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КАТАБОЛИЧЕСКОЙ ФАЗЫ ПОСЛЕ ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИИ:

1) 3-7 дней

2) 2-4 дня

3) 21 день

4) 28 дней

65. В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ СО СТОРОНЫ РАНЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ОСЛОЖНЕНИЯ:

1) первичное кровотечение

2) раннее вторичное кровотечение

3) позднее вторичное кровотечение

4) послеоперационная грыжа

66. В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ:

1) первичное кровотечение

2) расхождение швов

3) послеоперационная грыжа

4) келлоидный рубец

67. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ, ВЫПОЛНЯЕМАЯ НА ДВУХ ИЛИ БОЛЕЕ ОРГАНАХ ПО ПОВОДУ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?

1) атипичной

2) симультанной

3) однмоментной

4) комбинированной

68. ТЕЧЕНИЕ КАТАБОЛИЧЕСКОЙ ФАЗЫ ЗНАЧИТЕЛЬНО УСУГУБЛЯЕТСЯ:

1) присоединением осложнений в раннем послеоперационном периоде

2) присоединением осложнений в позднем послеоперационном периоде

3) снижением активности симпатоадреналовой системы

4) восстановлением деятельности желудочно-кишечного тракта

69. К СПЕЦИАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ОТНОСЯТ:

1) комбинированные операции

2) сочетанные операции

3) микрохирургические операции

4) повторные операции

70. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ: ЖИЗНЕННЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

1) при которых малейшая отсрочка операции угрожает жизни больного

2) невыполнение или отсрочка операции приводит к состоянию, угрожающему жизни больного

3) при заболеваниях, не представляющих угрозы жизни больного

4) при заболеваниях, требующих длительной предоперационной подготовки

71. ЗАДАЧЕЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЭТАПА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) проведение специальной подготовки

2) проведение непосредственной подготовки

3) установление диагноза и определение показаний к операции

4) проведение общесоматической подготовки

72. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ:

1) непосредственная

2) специальная

3) предварительная

4) отсроченная

73. ОПЕРАЦИЯ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

1) в отсроченном порядке

2) в плановом порядке

3) в экстренном порядке

4) после тщательного обследования больного

74. КАКОВА ЦЕЛЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ?

1) излечение больного от заболевания

2) облегчение состояния больного

3) уточнение диагноза

4) устранение одного конкретного симптома

75. КАКИЕ ОПЕРАЦИИ ОТНОСЯТ КАТЕГОРИИ СРОЧНЫХ?

1) выполняемые немедленно или в ближайшие часы после поступления больного в стационар

2) операции, выполняемые в ближайшие 3-4 недели

3) операции, выполняемые в ближайшие (1-7) дни после поступления

4) симультанные операции

76. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ:

1) специальная

2) непосредственная

3) предварительная

4) заключительная

77. ВЫРАЖЕННОСТЬ КАТАБОЛИЧЕСКОЙ ФАЗЫ В БОЛЬШЕЙ МЕРЕ ОБУСЛОВЛЕНА:

1) интенсивной инфзионной терапией

2) тяжестью предоперационного состояния

3) ожирением больного

4) возрастом больного

78. ЦЕЛЬЮ ВЫПОЛНЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) улучшение состояния больного

2) излечение больного от заболевания

3) устранение одного конкретного симптома заболевания

4) излечение неустраненного основного заболевания

79. КОГДА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ БРИТЬЕ КОЖИ ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИЕЙ?

1) непосредственно перед операцией на операционном столе

2) вечером накануне операции

3) за 2-3 часа перед операцией

4) за 2 дня до операции

80. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОЗДНЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА?

1) 2-3 недели

2) 3,5-4 недели

3) свыше 8 недель

4) 3-4 месяца

**Устный опрос:**

1. Операция. Виды и цели оперативных вмешательств. Основные опасности операции

2. Основная цель и задачи предоперационного периода

3. Задачи периода диагностики. Значение окончательного, полного клинического диагноза

4. Содержание предоперационного заключения

5. Цели периода подготовки к операции. Виды подготовки

6. Условия, необходимые для успешной подготовки к операции, проведения вмешательства и послеоперационного выхаживания

7. Требования к оперативной технике. Оперативный доступ, оперативный прием

8. Основные патофизиологические реакции организма на операционную травму

9. Задачи и основные принципы послеоперационного периода

10. Наиболее частые осложнения оперативных вмешательств

11. Фазы послеоперационного периода. Изменение функции внутренних органов и систем в послеоперационном периоде, пути и способы их восстановления и поддержания

12. Методика ведения больных в послеоперационном периоде

**Реферат:**

Осложнения раннего послеоперационного периода (по органной системе)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.  2.  3. | 1.  2.  3. | 1.  2.  3. | 1.  2.  3. |
| Рана | Сердечно-сосудистая система | Дыхательная система | Пищевар. система |

|  |
| --- |
| Осложнения послеоперационного периода |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.  2.  3. | 1.  2.  3. | 1.  2.  3. |
| Нервная система | Печень | Мочевыделительная система |

**Модуль 2**. Основы хирургии повреждений.

**Тема 1.** Переломы длинных трубчатых костей.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тестирование

Устный опрос

Проверка практических навыков

Реферат

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестирование:**

1. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ СОЧЕТАНИЕ МЕХАНИЗМА ТРАВМЫ И ВИДА ПЕРЕЛОМА?

1. Прямой удар и винтообразный перелом
2. Падение с высоты и вколоченный перелом
3. Ротационный механизм и оскольчатый перелом
4. Резкое напряжение мышц и поперечный перелом диафиза

2. КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ АБСОЛЮТНО ДОСТОВЕРЕН ДЛЯ ПЕРЕЛОМА?

1. Болезненность при пальпации
2. Припухлость в области травмы
3. Крепитация отломков
4. Кровоподтек

3. КАКОЙ ВИД ПЕРЕЛОМА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ С ПЕРЕГИБОМ СЕГМЕНТА?

1. Поперечный перелом с угловым смещением
2. Косой перелом без смещения
3. Винтообразный перелом со смещением по длине с захождением отломков
4. Вколоченный перелом

4. КАКОЙ СИМПТОМ НЕДОСТОВЕРЕН ДЛЯ ДИАФИЗАРНОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧА?

1. Патологическая подвижность
2. Крепитация отломков
3. Усиление венозного рисунка на плече
4. Выраженная деформация на уровне диафиза, появившаяся при травме

5. КАКИЕ МИНИМАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ КИСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧА И В/3 ПРЕДПЛЕЧЬЯ?

1. Активные движения в суставах кисти, пальцев
2. Пассивные движения пальцами
3. Динамометрия кисти
4. Измерение объема движений кисти и пальцев

6. КАКОЙ ВИД ПЕРЕЛОМА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ?

1. Оскольчатый перелом
2. Отрывной перелом апофиза
3. Закрытый перелом диафиза
4. Косой перелом двухкостных сегментов

7. В КАКОМ ОТВЕТЕ ПРАВИЛЬНО НАЗВАНО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ СОЧЕТАНИЕ МЕХАНИЗМА ПОВРЕЖДЕНИЯ И ВИДА ПЕРЕЛОМА?

1. Ротационный механизм – винтообразный перелом
2. Прямой удар – косой перелом
3. Падение с осевой нагрузкой на сегмент – оскольчатый перелом
4. Огнестрельное ранение – перелом по типу «зеленой ветки»

8. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ОКАЗАЛОСЬ, ЧТО ИЗМЕНЕНЫ И АБСОЛЮТНАЯ, И ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ДЛИНА БЕДРА. КАКОЙ ДИАГНОЗ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ЭТИМ СИМПТОМОМ?

1. Вывих бедра
2. Ушиб бедра
3. Перелом бедра
4. Гемартроз

9. КАКОЙ ВИД ПЕРЕЛОМА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ПРИ ТРАВМЕ ВСЛЕДСТВИЕ НАПРЯЖЕННОГО РАСТЯЖЕНИЯ СЕГМЕНТОВ РУКИ ИЛИ НОГИ?

1. Отрывной перелом апофиза
2. Поперечный перелом диафиза
3. Винтообразный перелом
4. Вколоченный перелом

10. КАКОЙ ВИД ПЕРЕЛОМА НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТЕН ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ УДАРЕ ПО СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ГОЛЕНИ С ПЕРЕГИБОМ ЕЕ?

1. Оскольчатый
2. Поперечный перелом с угловым смещением
3. Винтообразный без смещения
4. Поперечный со смещением по ширине

11. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПАДЕНИЯ ПОЯВИЛОСЬ ОГРАНИЧЕНИЕ ДВИЖЕНИЙ В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ, СИНДРОМ «ПРИЛИПШЕЙ ПЯТКИ», РОТАЦИЯ СТОПЫ КНАРУЖИ. НЕОБХОДИМО ЗАПОДОЗРИТЬ:

1. Перелом голени
2. Перелом бедра
3. Вывих стопы
4. Травму большеберцового нерва

12. ОБЯЗАТЕЛЬНО ЛИ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ИННЕРВАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛЮБОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ?

1. Нет
2. Да
3. При подозрении на повреждение нерва
4. При сопутствующих заболеваниях нервной системы

13. В КАКОМ ОТВЕТЕ ПРАВИЛЬНО НАЗВАНЫ ВИДЫ ПЕРЕЛОМА, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА?

1. Мелкооскольчатые, поперечные диафизарные переломы, переломы губчатых костей
2. Переломы-вывихи с большим смещением отломков, множественные переломы
3. Эпифизиолизы, поднадкостничные
4. Открытые переломы, подвертельные переломы бедра

14. БОЛЬНАЯ, ПЕРЕНЕСШАЯ 3 ГОДА НАЗАД ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЖАЛУЕТСЯ НА УПОРНЫЕ БОЛИ В ПЛЕЧЕ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ДВИЖЕНИИ, БЕЗ ТЕМПЕРАТУРНОЙ РЕАКЦИИ. О КАКОМ ПРОЦЕССЕ СЛЕДУЕТ ПОДУМАТЬ У ТАКОЙ БОЛЬНОЙ?

1) Остеомиелит

2) Метастазы в кость с патологическим переломом

3) Ушиб плеча

4) Невралгия

15. ПРИ КАКОМ СОЧЕТАНИИ СИМПТОМОВ ПРИХОДИТСЯ ТОЛЬКО ЗАПОДОЗРИТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ ПЕРЕЛОМА?

1. Крепитация отломков + припухлость тканей
2. Патологическая подвижность + болезненность тканей при пальпации
3. Припухлость + болезненность тканей
4. Ограничение функции + штыкообразная деформация

16. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ В\3 ГОЛЕНИ У БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЕНО ОТСУТСТВИЕ АКТИВНОГО РАЗГИБАНИЯ СТОПЫ. ВАШ ДИАГНОЗ?

1. Перелом шейки м/берцовой кости + разрыв малоберцового нерва
2. Перелом б/берцовой кости с разрывом ахиллова сухожилия
3. Перелом обеих костей без повреждения нервов
4. Перелом в/3 голени + ушиб мягких тканей

17. КАКОЙ ВИД ПЕРЕЛОМА ГОЛЕНИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ПРИ РОТАЦИОННОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ?

1. Поперечный перелом одной б\берцовой кости
2. Вколоченный перелом обеих костей голени
3. Винтообразный перелом обеих костей голени с боковым смещением на разных уровнях
4. Оскольчатый перелом диафиза малоберцовой кости

18. КАКОЕ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ НЕ ПРИВОДИТ К АНАТОМИЧЕСКОМУ УКОРОЧЕНИЮ БЕДРА?

1. Угловое смещение
2. Смещение по длине с захождением
3. Смещение по длине с расхождением
4. Смещение по длине при многооскольчатом переломе

19. В КАКИХ СЛУЧАЯХ МОЖНО ПРОВОДИТЬ РЕНТГЕНОГРАФИЮ, СНЯВ ТРАНСПОРТНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ?

1. Если она влияет на качество рентгенограмм
2. Нельзя
3. При закрытых переломах
4. При отсутствии достоверных признаков перелома

20. ПРИ КАКОМ ИЗ НАЗВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРОЯТЕН ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕЛОМ?

1. Воспалительное поражение мягких тканей вокруг кости
2. Воспаление легких
3. Метастазы злокачественной опухоли
4. Тромбофлебит глубоких вен конечности

21. КАКИМ ИЗ НАЗВАННЫХ ПРЕДМЕТОВ МОЖНО НЕ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПОСТРАДАВШЕГО С ПЕРЕЛОМОМ, НЕ СУЗИВ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ИССЛЕДОВАНИЯ?

1. Инъекционная игла
2. Сантиметровая лента
3. Динамометр
4. Термометр

22. СРОК ПОЯВЛЕНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ МОЗОЛИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ И СОХРАНЕНИИ УСЛОВИЙ РЕГЕНЕРАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ:

* + 1. 20-30 суток
    2. 2-3 суток
    3. 10-14 суток
    4. 60-70 суток

23. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ:

1. Черепа
2. Конечностей
3. Таза
4. Позвоночника

24. АБСОЛЮТНУЮ ДЛИНУ БЕДРА ИЗМЕРЯЮТ МЕЖДУ:

* + 1. Верхушкой большого вертела и латеральным надмыщелком бедра
    2. Верхушкой большого вертела и латеральным краем б/берцовой кости
    3. Верхней передней остью гребня подвздошной кишки и латеральным надмыщелком бедра
    4. Паховой складкой и медиальным надмыщелком бедра

25. АБСОЛЮТНАЯ ДЛИНА ПЛЕЧА – ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ:

1) Акромиальным отростком и локтевым отростком

2) Большим бугорком плеча и латеральным надмыщелком

3) Большим бугорком плеча и локтевым сгибом

4) Акромиальным отростком и локтевым сгибом

26. АБСОЛЮТНАЯ ДЛИНА Б/БЕРЦОВОЙ КОСТИ – ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ:

1) Нижним краем надколенника и латеральной лодыжкой

2) Серединой надколенной ямки и пяточной костью

3) Медиальным краем медиального конца б/берцовой кости и медиальной лодыжкой

4) Медиальным надмыщелком бедра и медиальной лодыжкой

27. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ВИДА ПЕРЕЛОМА И СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ РЕНТГЕНОГРАФИЮ ПРОВОДЯТ:

1) В прямой проекции

2) В боковой проекции

3) В прямой и боковой проекции

4) Не имеет значения

28. ПЕРВИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ:

1) Действия травмирующей силы

2) Сокращения мышц, прикрепляющихся к кости

3) Попыткой больным активных движений

4) Всего перечисленного

29. ВТОРИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ ПРОИСХОДИТ В СЛЕДСТВИИ

1) Сокращения мышц, прикрепляющихся к этому сегменту

2) Неполного перелома

3) Действия травмирующей силы

4) Всего перечисленного

30. У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕЛОМОМ БЕДРА ПУЛЬС 120 УД В МИН., АД = 90/50 ММ РТ. СТ. ЗНАЧЕНИЕ ШОКОВОГО ИНДЕКСА АЛЬГОВЕРА СОСТАВЛЯЕТ:

1) = 1,3

2) = 0,7

3) = 2,4

4) = 1,8

31. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТНОШЕНИЕМ:

1) Систолического артериального давления к частоте пульса

2) Частоты пульса к систолическому артериальному давлению

3) Систолического артериального давления к диастолическому

4) Частоты пульса к центральному венозному давлению

32. СМЕЩЕНИЕ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ НЕ БЫВАЕТ:

1) Угловое

2) По ширине (диаметру)

3) Косое

4) По длине

33. РАЗЛИЧАЮТ ВИДЫ СМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ:

1) По длине, по оси

2) Угловое, по длине

3) По ширине (диаметру)

4) Всё верно

34. РАЗЛИЧАЮТ СМЕЩЕНИЕ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ:

1) По оси, угловое, по ширине

2) Косое, продольное

3) Дистальное, проксимальное, полное, неполное.

4) Все перечисленные.

35. ПЕРЕЛОМ СЧИТАЮТ ОТКРЫТЫМ, ЕСЛИ:

1) Имеется любая рана на том же сегменте в проекции перелома

2) Имеется любая рана на соседних областях тела

3) Только при выстоянии костных отломков в рану

4) Не наложена асептическая повязка

36. ПО ВИДУ ЛИНИИ ИЗЛОМА КОСТИ ПЕРЕЛОМЫ БЫВАЮТ:

1) Поперечные, косые

2) Продольные, Т-образные

3) Винтообразные.

4) Все перечисленные.

37. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ В ТРУБЧАТОЙ КОСТИ ПЕРЕЛОМЫ БЫВАЮТ:

1) Продольные, оскольчатые, комбинированные

2) Полные, неполные

3) Внутрисуставные, отрывные, оскольчатые

4) Эпифизарные, диафизарные, метафизарные

38. К МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТ:

1) Повреждения, сдавление кровеносных сосудов костными отломками

2) Травматический шок

3) Жировую эмболию

4) Деформацию сегмента

39. К МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТ:

1) Повреждения нервов костными отломками

2) Деформацию сегмента

3) Гематому мягких тканей

4) Травматический шок

40. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ТРАВМЫ ВЫРАЖЕННАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ПЛЕЧА НА УРОВНЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ДИАФИЗА, РЕЗКОЕ СНИЖЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖИ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ, КОЖА ХОЛОДНАЯ, БЛЕДНАЯ, ПУЛЬСАЦИЯ A. RADIALIS НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ. ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1) Диафизарный перелом плеча со смещением, травма нерва, сдавление a. radialis.

2) Ушиб плеча, сдавление a. radialis

3) Перелом плеча, разрыв двуглавой мыщцы плеча

4) Перелом плеча, повреждение нерва.

41. ПРИ КАКИХ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ?

1) Полный метафизарный перелом со смещением отломков

2) Неполный перелом

3) Отрывной перелом апофиза

4) Перелом пястных костей со смещением

42. У ПАЦИЕНТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ПЕРЕЛОМ ДИАФИЗА КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ. НЕОБХОДИМО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

1) Рентгенография в боковой проекции

2) Повторная рентгенография в прямой проекции через 10 дней

3) Рентгенография неповрежденного сегмента для сравнения

4) Все неверно

43. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ПРЫЖКА С БОЛЬШОЙ ВЫСОТЫ БОЛЬ В ГРУДНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ – СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ И КЛИНОВИДНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ТЕЛА TH X ПОЗВОНКА. ВАШ ДИАГНОЗ?

1) Патологический перелом Th X позвонка

2) Травматический компрессионный перелом тела Th X позвонка.

3) Остеохондроз позвоночника, корешковый болевой синдром

4) Ушиб грудного отдела позвоночника

44. ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ В РАННИЕ СРОКИ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В:

1) Нарушении целостности кости

2) Образовании гематомы в зоне перелома

3) Развитии асептического воспаления

4) Все верно.

45. ИСТОЧНИКОМ КОСТНОЙ МОЗОЛИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Эндост.

2) Периост.

3) Хрящевая ткань.

4) Прилегающие к кости мягкие ткани

46. ПРАВИЛО ГОРИНЕВСКОЙ ПРИМЕНИМО ДЛЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ:

1) Таза

2) Бедра

3) Стопы

4) Кисти

47. В СТРОЕНИИ КОСТНОЙ МОЗОЛИ РАЗЛИЧАЮТ СЛОИ (ВЫБРАТЬ НЕВЕРНОЕ)

1) Параоссальный

2) Периостальный

3) Интраоссальный

4) Интермедиарный

48. В СТРОЕНИИ КОСТНОЙ МОЗОЛИ РАЗЛИЧАЮТ СЛОИ:

1) Периостальный, параоссальный

2) Интермедиарный

3) Эндостальный

4) Все верно

49. В СТРОЕНИИ КОСТНОЙ МОЗОЛИ РАЗЛИЧАЮТ СЛОИ:

1) Интраоссальный, параостеоидный

2) Экстрамедиарный, параостеоидный

3) Все неверно

4) Верны 1 и 2

50. ПЕРВИЧНОЕ ЗАЖИВЛЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕРЕЗ ОССИФИКАЦИЮ ПРОИСХОДИТ ПРИ УСЛОВИИ:

1. Минимального повреждения костной ткани

2. Максимальных сближения и фиксации отломков

3. Отсутствии интерпозиции мягких тканей

4. Все перечисленное верно

51. ПЕРКУССИЮ КОСТИ - ПОКОЛАЧИВАНИЕ СЕГМЕНТА С ОСЕВОЙ НАГРУЗКОЙ ПРОВОДЯТ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМА ПРИ:

1) Любых переломах

2) Подозрении на перелом и отсутствии абсолютных признаков

3) Открытых переломах

4) Подозрении на переломо-вывих

52. АРХИТЕКТУРНАЯ ПЕРЕСТРОЙКА КОСТНОЙ МОЗОЛИ – ЭТО:

1) Восстановление в зоне вторичной костной мозоли анатомической структуры кости, близкой к нормальной

2) Минерализация костной мозоли

3) Образование вторичной костной мозоли

4) Замедление консолидации, осложнение заживления

53. КАКОЙ МЕХАНИЗМ ПОВРЕЖДЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ТОЛЬКО ДЛЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА:

1)Падение с высоты

2) Лёгкий удар о твердый предмет

3) Падение на вираже при беге на коньках

4) Наезд транспортного средства

54. КАКОГО СОЧЕТАНИЯ СИМПТОМОВ ДОСТАТОЧНО ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПЕРЕЛОМА КОСТИ?

1) Крепитация отломков и отек мягких тканей

2) Отек и болезненность мягких тканей

3) Местная гиперемия и отек мягких тканей

4) Болезненность и местная гиперемия

55. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ БЕДРА В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ОТЛОМКИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ. НУЖНА ЛИ РЕНТГЕНОГРАФИЯ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ?

1) Не нужна

2) Во всех случаях

3) Только при подозрении на переломо-вывих бедра

4) При подозрении на патологический перелом

56. МИНИМАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ФУНКЦИИ СТОПЫ, ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА И ГОЛЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Капилляроскопия ногтевого ложа

2) Активное разгибание и сгибание пальцев стопы

3) Пассивное разгибание и сгибание пальцев стопы

4) Динамометрия

57. ВСЕГДА ЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНА РЕНТГЕНОГРАФИЯ ПРИ ДОСТОВЕРНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМАХ ПЕРЕЛОМА?

1) Всегда обязательна

2) При определенных локализациях перелома

3) При подозрении на осложненный перелом

4) При переломах эпифизов

58. КАКОЙ СИМПТОМ АБСОЛЮТНО ДОСТОВЕРЕН ПРИ ДИАФИЗАРНОМ ПЕРЕЛОМЕ?

1) Местная гипертермия

2) Патологическая подвижность

3) Местный отек

4) Локальная болезненность

59. КАКОЙ ВИД ПЕРЕЛОМА РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ?

1) Оскольчатый перелом диафиза кости

2) Эпифизиолиз

3) Поднадкостничный перелом диафиза кости

4) Косой перелом диафиза кости

60. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПЛЕЧА ПРИПУХЛОСТЬ, РЕЗКИЕ БОЛИ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧА, ИРРАДИИРУЮЩИЕ В КИСТЬ; РЕЗКОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ФУНКЦИИ КОНЕЧНОСТИ, В Т.Ч. ТЫЛЬНОГО СГИБАНИЯ КИСТИ. КАКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ВЕРОЯТНО?

1) Ушиб плеча + ушиб кисти

2) Перелом плеча + перелом костей кисти

3) Перелом плеча + повреждение лучевого нерва

4) Перелом плеча + повреждение срединного нерва

61. У БОЛЬНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДВИЖНОСТЬ НА УРОВНЕ ДИАФИЗА БЕДРА, БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ТАХИКАРДИЯ 110 В ОДНУ МИНУТУ, АД 90/60 ММ РТ. СТ.; ЗАТОРМОЖЕН. ВАШ ДИАГНОЗ:

1) Закрытый перелом бедра, осложненный травматическим шоком в эректильной фазе

2) Закрытый перелом бедра, артериальная гипотония

3) Закрытый перелом бедра, осложненный травматическим шоком в торпидной фазе

4) Ушиб бедра, коллапс

62. У ПОСТРАДАВШЕГО ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПОЯВИЛИСЬ БОЛЕЗНЕННОСТЬ Н/3 ПРЕДПЛЕЧЬЯ И ЕГО ШТЫКООБРАЗНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1) Перелом лучевой кости в типичном месте

2) Подозрение на вывих костей предплечья

3) Ушиб предплечья

4) Воспалительный инфильтрат области предплечья

63. МОЖНО ЛИ СНИМАТЬ ШИНУ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕНТГЕНОГРАФИИ?

1) При выраженной деформации сегмента

2) Нет

3) Если она влияет на качество рентгенограммы

4) Если она мешает пострадавшему

64. К НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТ:

1) Травматический шок

2) Кровотечение

3) Жировую эмболию

4) Все перечисленное

65. КАКОЙ ИЗ МЕСТНЫХ ПРИЗНАКОВ ПЕРЕЛОМА УСТАНАВЛИВАЮТ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ?

1) Крепитацию отломков

2) Патологическую подвижность

3) Локальную болезненность

4) Все перечисленное

66. КАКОЙ ПЕРЕЛОМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕННЫМ?

1) Закрытый перелом диафиза б/ берцовой кости с образованием гематомы

2) Закрытый перелом б/ берцовой кости с повреждением большеберцовой артерии

3) Закрытый перелом ребра с повреждением легкого

4) Закрытый перелом диафиза плечевой кости с повреждением лучевого нерва

67. ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Патологическими

2) Неосложненными

3) Закрытыми

4) Открытыми

68. ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА СПОСОБСТВУЕТ:

1) Плохая иммобилизация

2) Преждевременное снятие транспортной иммобилизации

3) Грубые манипуляции с поврежденным сегментом, в т.ч. при перекладывании пострадавшего

4) Все перечисленное

69. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТ:

1) Повреждение отломками внутренних органов

2) Жировую эмболию, травматический шок

3) Повреждение отломками сосудов, нервов

4) Все перечисленное

70. ПО ЛИНИИ ИЗЛОМА РАЗЛИЧАЮТ ПЕРЕЛОМЫ (ВЫБРАТЬ ПУНКТ, ГДЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ ВЕРНО):

1) Продольные, поперечные, внутрисуставные, диафизарные

2) Винтообразные, косые, поперечные

3) Угловые, осевые, поперечные

4) Внутрисуставные, открытые, винтообразные

71. СИМПТОМ ЛОКАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЕННОСТИ ЭТО:

1) Достоверный признак перелома

2) Достоверный признак разрыва мышц и сухожилий

3) Вероятный признак перелома

4) Все верно

72. КОСТНАЯ МОЗОЛЬ ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ ИСТОЧНИКОВ:

1) Всех, перечисленных ниже

2) Периоста

3) Эндоста

4) Мезенхимальных элементов гаверсовых каналов

73. СРАЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ В КОРОТКИЕ СРОКИ ПО ТИПУ ПЕРВИЧНОГО НАТЯЖЕНИЯ ВОЗМОЖНО ПРИ УСЛОВИЯХ:

1) Точного сопоставление отломков по линии излома

2) Создания полной неподвижности отломков

3) Сохранения репарационной способности костной ткани поврежденного сегмента

4) Соблюдения всех названных условий

74. КАКУЮ ПОМОЩЬ НЕОБХОДИМО ОКАЗАТЬ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ПРИ ОТКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ АРТЕРИИ?

* 1. Иммобилизация конечности
  2. Наложение артериального жгута на конечность выше уровня перелома
  3. Наложение повязки на рану конечности
  4. Противошоковая терапия

75. ТРАНСПОРТНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:

1) Шиной Дитерихса

2) Гипсовой повязкой

3) Шиной Крамера

4)Шиной Беллера

76. РЕПОЗИЦИЯ ОТЛОМКОВ МОЖЕТ БЫТЬ:

1) Одномоментной закрытой ручной

2) Достигнута скелетным вытяжением

3) Постепенной

4)Всё перечисленное верно

77. К ПРАВИЛАМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ С ПОМОЩЬЮ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ОТНОСЯТ:

1) Все перечисленное ниже

2) Вытяжение производить по оси центрального отломка

3) Вытяжение конечности с обеспечением противотяги массой тела путем подъёма ножного конца кровати

4) Постепенное увеличение нагрузки

78. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ В РАННИЕ СРОКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Поперечные переломы без смещения

2)Многооскольчатые переломы

3)Отрывные переломы

4)Ложный сустав

79. ПРИ ОТКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ ОДНИМ ИЗ ВАЖНЕЙШИХ МЕРОПРИЯТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛОЖЕНИЕ:

1) Давящей повязки

2)Окклюзионной повязки

3)Гипсовой повязки

4) Асептической повязки

80. ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

1) Профилактику развития и углубления травматического шока

2)Репозицию отломков

3)Асептику раны при открытых переломах

4)Остановку кровотечения

81. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ГИПСОВЫЕ ПОВЯЗКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ И ОБЛАСТЕЙ ИХ НАЛОЖЕНИЯ ИМЕЮТ НАЗВАНИЯ (ВЫБРАТЬ СО ВСЕМИ ПРАВИЛЬНЫМИ):

1) Торакобрахиальная, шлем, корсет

2) Кокситная, тутор, кроватка

3) Корсет, тутор, портупея

4) Сапожок, перчатка, носок

82. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ИСПОЛЬЗУЮТ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ:

1) Ненаркотических анальгетиков

2) Глюкокортикоидов, кристаллоидов

3)Кровезаменителей гемодинамического действия, наркотических анальгетиков

4) Всех перечисленных веществ

83. СПИЦУ ДЛЯ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА БЕДРА ПРОВОДЯТ ЧЕРЕЗ:

1) Большой вертел

2) Надмыщелки малоберцовой кости

3) Бугристость большеберцовой кости

4)Надколенник

84. ПРИ БЛОКАДЕ ОБЛАСТИ ПЕРЕЛОМА АНЕСТЕТИК ВВОДЯТ:

* 1. В мышечный футляр
  2. В гематому в области перелома
  3. Периневрально
  4. В ближайшую вену

85. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ОСТЕОСИНТЕЗА?

1) Компрессионно-дистракционный

2) Одномоментный

3) Лейкопластырный

4) Постепенный

86. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ:

1) Формирование первичной костной мозоли

2) Наличие гематомы

3) Степень асептического воспаления в области перелома

4) Формирование вторичной костной мозоли

87. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТ:

1) Гипотрофию мышц

2) Ложный сустав

3) Гипотрихоз конечности

4) Отек конечности

88. ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ СКЕЛЕТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ ТРЕБУЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ:

1. В ранние сроки (1-3 сутки)
2. После наложения дополнительных боковых тяг
3. На 15-20 сутки
4. Все верно

89. ГИПСОВУЮ ПОВЯЗКУ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ФОРМИРУЮТ ИЗ БИНТА:

1) 14-15 слоев

2) 10-12 слоев

3) 7-8 слоев

4) 3-4 слоев

90. ДЛЯ ЛОЖНОГО СУСТАВА ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Отсутствие признаков консолидации на рентгенограмме + щель между отломками +остеопроз костных отломков

2) Остеопороз костных отломков

3) Избыточная костная мозоль

4) Патологическая подвижность отломков + четкая рентгенологическая щель между отломками + замыкательные пластинки костно-мозгового канала

91. КАК ЗВУЧИТ ПРАВИЛО ГОРИНЕВСКОЙ?

1) Чем ниже уровень перелома на бедре, тем медиальнее смещается дистальный отломок

2) Чем выше уровень перелома на бедре, тем латеральнее смещается центральный отломок

3) Чем выше уровень перелома на бедре, тем латеральнее смещается дистальный отломок

4) Смещение костных отломков на бедре не зависит от уровня перелома

92. ВЫБЕРИТЕ ПРИМЕР ОДНОМОМЕНТНОЙ АППАРАТНОЙ РЕПОЗИЦИИ:

1) Скелетное вытяжение

2) Аппарат Илизарова

1. Аппарат Соколовского
2. Аппарат Гудушаури

93. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ПЕРВЫХ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ:

1) Неотложности, безболезненности

2) Фиксации, функциональности

3) Репозиции, ранней активации

4) Фиксации, стимуляции консолидации

94. ДЛЯ ЧЕГО СЛУЖИТ ШИНА ДИТЕРИХСА:

1) Транспортная иммобилизация при переломах плеча

2) Постепенная репозиция отломков бедра

3) Транспортная иммобилизация при переломах бедра

4) Одномоментная репозиция

95. ГДЕ И КЕМ ПРОВОДИТСЯ НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА ОБЛАСТИ ПЕРЕЛОМА.

1) В машине скорой помощи, фельдшером

2) На месте происшествия, врачем

3) Мед сестрой в приемном покое

4) В перевязочной или операционной, хирургом

96. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ ГИПСОВУЮ ПОВЯЗКУ НАКЛАДЫВАЮТ:

1) От локтевого сустава до пястнофаланговых суставов

2) От нижней трети плеча до пальцев

3) От средней трети плеча до ногтевых фаланг

4) От локтевого сустава до основания пястных костей

97. КОНСТРУКЦИИ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА:

1) Удаляют после формирования первичной костной мозоли

2) Имплантируют пожизненно

3) Удаляют после сращения перелома

4) Удаляют по желанию пациента

98. В КАКОМ СЛУЧАЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ОКОНЧАТАЯ ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА:

1) При закрытых переломах

2) При переломах со смещением

1. При наложении скелетного вытяжения
2. При открытых переломах

99.ГДЕ ПРОВОДИТСЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ ПРИ ОТКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ:

1) На месте травмы

2) В машине скорой помощи

3) В приемном покое

4) В подготовленной операционной

100. У БОЛЬНОГО С КОНСОЛИДИРОВАННЫМ ПЕРЕЛОМОМ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ – ГИПОТРОФИЯ ИКРОНОЖНЫХ МЫШЦ, ОГРАНИЧЕНИЕ ОБЪЕМА ДВИЖЕНИЙ В ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВЕ, ПРЕХОДЯЩАЯ ПАСТОЗНОСТЬ СТОПЫ ПОСЛЕ ХОДЬБЫ. ВАША ТРАКТОВКА ЭТИХ ИЗМЕНЕНИЙ:

1) Осложнение перелома – требует специализированного лечения

2)Самостоятельная патология, требующая обследования у травматолога

3) Остаточные явления перелома – требует реабилитационного лечения

4) Проявление сопутствующих заболеваний, требует обследования и лечения у специалистов соответствующих профилей

101. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ, КОТОРЫЙ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ:

1) Интрамедуллярный остеосинтез

2) Накожное вытяжение по Шеде

3) Фиксация гипсовой лонгетой

4) Циркулярная гипсовая повязка

102. КАК ВЛИЯЕТ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ НА СРОК ЗАЖИВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМА?

1) Не изменяет

2) Замедляет

3) Ускоряет

4) В ранние сроки ускоряет, затем замедляет

103. СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЁННОМ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЮТ:

1) 1-2 недели

2) 3-4 недели

3) 7-8 недель

4) 12-14 недель

104. НА ЭТАПЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ОБЕЗБОЛИВАНИЕ:

1) Холодом

2) Парентеральным введением не наркотических анальгетиков.

3) Блокадой области перелома новокаином

4) Парентеральным введением наркотических анальгетиков.

105. С ЦЕЛЬЮ СТИМУЛЯЦИИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРИМЕНЯЮТ:

1) Рациональное питание с повышенным содержанием белков, кальция, фосфора

2) Рациональное питание с повышенной калорийностью продуктов

3) Иммунотерапию

4) Рациональное питание с повышенным содержанием вит В12

106. СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ЗА СПИЦУ, ПРОВЕДЕННУЮ ЧЕРЕЗ:

1) Нижнюю треть диафиза плеча

2) Надмыщелки плеча

3) Головку плеча

4) Среднюю треть диафиза плеча

107. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧА КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО СУСТАВОВ НЕОБХОДИМО ИММОБИЛИЗИРОВАТЬ?

1) Один

2) Два

3) Три

4) Четыре

108. ПРЕЧИСЛИТЕ ШИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ (ВЫБРАТЬ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ):

а) Шина Дитерихса

б) Шина Беллера

в) Шина Крамера

г) Шина ЦИТО

1) а, в

2) а, б

3) б, в

4) б, г

109. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ГИПСОВУЮ ПОВЯЗКУ НАКЛАДЫВАЮТ:

1) От верхней трети плеча до пальцев

2) От верхней трети плеча до пястнофаланговых суставов

3) От нижней трети плеча до пястных костей

4) От локтевого сустава до пальцев

110. КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА ТРЕБУЕТ:

1) Проведение опорного штифта в костномозговом канале

2) Проведение 2-х пар спиц с фиксацией гипсовой повязкой

3) Проведение 2-х пар спиц с фиксацией в 2-х кольцах, соединенных стержнями с нарезкой

4) Проведение 2-х спиц с фиксацией в скобе и укладкой на Шине Белера

111. ВЫБЕРИТЕ МАССУ ГРУЗА, ИСПОЛЬЗУЕМУЮ ДЛЯ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ГОЛЕНИ:

1) 3-4 кг

2) 6-8 кг

3) 10-12 кг

4) 13-15 кг

112. НА КАКОМ ЭТАПЕ ПОМОЩИ НАЧИНАЕТСЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА:

1) На этапе первой помощи

2) На этапе первой медицинской помощи

3) На этапе квалифицированной медицинской помощи

4) На этапе специализированной медицинской помощи

113. ПРОСТЕЙШИМ МЕТОДОМ ИММОБИЛИЗАЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Гипсовая повязка

2) Иммобилизация шиной Крамера

1. Аутоиммобилизация
2. Иммобилизация шиной Дитерихса

114. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛОДЫЖКИ ГИПСОВУЮ ПОВЯЗКУ НАКЛАДЫВАЮТ:

1) От нижней трети бедра до кончиков пальцев

2) От верхней трети бедра до пальцев

3) От паховой складки до кончиков пальцев

4) От коленного сустава до плюстнофаланговых суставов

115. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ С ПЕРЕЛОМОМ БЕДРА, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ЧАЩЕ:

1) Компрессионно-дистракционный остеосинтез

2) Скелетное вытяжение

1. Накожное вытяжение по Шеде
2. Экстрамедуллярный остеосинтез

116. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ШТИФТА:

1) Жировая эмболия и продольный перелом кости

2) Кровотечение

3) Повреждение магистральных сосудов и нервов

4) Повреждение связок

117. С ЦЕЛЬЮ СТИМУЛЯЦИИ ПРИ ЗАМЕДЛЕННОЙ КОНСОЛИДАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ:

1) Иммуностимуляторы

2) Витамины, в т.ч. D

3) Гормонотерапию

4) Анаболические стероиды

118. СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЁННОМ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧА У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЮТ:

3) После рентгенологического подтверждения 1) 6-10 недель

2) 2-3 недели

3) 3-4 недели

4) 14-16 недель

119. СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ШИНЫ:

1) Дитерихса

2) Крамера

3) Белера

4) ЦИТО

120. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ В РАННИЕ СРОКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1)Признаки повреждения отломками жизненно важных органов, интерпозиция мягких тканей

2) Невозможность выполнения репозиции консервативными методами

3) Отрывные переломы со смещением

4) Все перечисленное

121. КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПОЗВОЛЯЕТ:

1) Осуществлять постепенную репозицию и длительную фиксацию при функциональной нагрузке конечности

2) Выполнить операцию без обезболивания

1. Осуществить интрамедуллярный остеосинтез
2. Отказаться от стимуляции процессов консолидации

122. С ЦЕЛЬЮ СТИМУЛЯЦИИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРИМЕНЯЮТ:

1) Препараты кальция

2) Лечебную физкультуру и массаж конечности

3) Физиотерапию

4) Все перечисленное

123. ЛФК НАЗНАЧАЮТ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ:

1) Со 2-го дня после травмы

2) После снятия фиксирующих приспособлений

консолидации перелома

4) После отмены обезболивающих препаратов

124. СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЁННОМ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА БЕДРА У ВЗРОСЛЫХ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ:

1) 3-4 недели

2) 5-6 недель

3) 9-16 недель

4) 18-20 недель

125. ПРИ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ФИКСИРУЮЩУЮ КОНСТРУКЦИЮ РАСПОЛАГАЮТ:

1) В костномозговом канале

2) На кости

3) Вне зоны перелома

4) Все перечисленное верно

126. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ СЛЕДУЮЩИМ ЭТАПОМ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ КОСТНОЙ МОЗОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Иммобилизация гипсовой повязкой и ходьба без нагрузки на костылях

2) Ходьба с частичной нагрузкой на конечность

3) Иммобилизация гипсовой повязкой и ходьба с полной нагрузкой на конечность

4) Иммобилизация шиной Крамера и ходьба с частичной нагрузкой

127. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ПОДВИЖНОСТИ В СУСТАВЕ?

1) Анкилоз

2) Контрактура

3) Регидность

128.ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО СУСТАВОВ НЕОБХОДИМО ИММОБИЛИЗИРОВАТЬ?

1) Один

2) Два

3) Три

4) Четыре

129. ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В РАННИЕ СРОКИ ОТНОСЯТ К:

1) Плановым

2) Срочным

3) Экстренным

4) Все верно

130. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА ДОЛЖНА БЫТЬ НАЛОЖЕНА:

1) От верхней трети бедра до плюстнофаланговых суставов

2) От нижней трети бедра до кончиков пальцев

3) От средней трети бедра до середины стопы

4) Возможны все варианты

131. ВЫ ВРАЧ СКОРОЙ ПОМОЩИ. У ПАЦИЕНТА ПРИ ОСМОТРЕ НА МЕСТЕ ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ – ПЕРЕЛОМ ДИАФИЗА БЕДРА. ПУЛЬС 110 В 1 МИН. АД 90\60 ММ РТ. СТ. КУДА НЕОБХОДИМО ТРАНСПОРТИРОВАТЬ ТРАВМИРОВАННОГО?

1) В центральную райбольницу к травматологу (расстояние 25 км)

2) В участковую больницу (расстояние 6 км)

3) В областную больницу в травматологическое отделение (расстояние 70 км)

4) В медпункт ближайшего села (расстояние 1.5км)

132. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЧЕРЕЗ КОСТЬ СПИЦЫ КИРШНЕРА ПРИ НАЛОЖЕНИИ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1) Остеотом

2) Дрель

3) Хирургический молоток

4) Перфоратор

133. ПО КОНСТРУКЦИИ ГИПСОВЫЕ ПОВЯЗКИ БЫВАЮТ:

1) Циркулярные, лонгетные

2) Окончатые, мостовидные

3) Створчатые, лонгетно-циркулярные

4) Все перечисленные

134. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ГИПСОВОЙ ЛОНГЕТЫ УСИЛИЛИСЬ БОЛИ В КОНЕЧНОСТИ, НАРОС ОТЕК МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ПОЯВИЛСЯ ЦИАНОЗ ДИСТАЛЬНЕЕ ПОВЯЗКИ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ:

1) Назначить седативные

2) Ослабить или заменить повязку

3) Придать конечности возвышенное положение

4) Назначить дополнительные аналгетики

135. ПРИ СКЕЛЕТНОМ ВЫТЯЖЕНИИ СПИЦА МОЖЕТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНА ЧЕРЕЗ:

1) Локтевой отросток, пяточную кость

2) Большой вертел, надмыщелки бедра

3) Бугристость большеберцовой кости

4) Все перечисленное

136. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ В РАННИЕ СРОКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Признаки повреждения отломками сосудов, нервов

2) Ложный сустав

3) Простой перелом

4) Косой перелом диафиза трубчатой кости

137. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТ:

1) Тугоподвижность суставов

2) Гипотрофию мышц

3) Несращение перелома

4) Пиодермию

138. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ПОВЯЗКУ ФОРМИРУЮТ ИЗ:

1) 5-6 слоев гипсовых бинтов

2) 2-3 слоев

3) 7-8 слоев

4) Возможны все варианты

139. ЭФФЕКТИВНАЯ РЕПОЗИЦИЯ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ НЕВОЗМОЖНА:

1) Без эффективного обезболивания

2) При интерпозиции мягких тканей

3) Без вытяжения дистального отломка по оси центрального

4) Всего перечисленного

140. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОДНИМАЕТСЯ НОЖНОЙ КОНЕЦ КРОВАТИ ПРИ НАЛОЖЕНИИ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ?

1) Обеспечить противотягу

2) Уменьшить приток крови к поврежденной конечности

3) Уменьшить отек поврежденной конечности

4) Для удобства наложения конструкции

141. В КАКОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ?

1) Перелом луча в типичном месте

2) Отрывной перелом латерального надмыщелка бедренной кости

3) Поперечный перелом диафиза большеберцовой кости без смещения

4) Винтообразный перелом без смещения

142. ОСЛОЖНЕНИЯМИ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Тромбоэмболия легочной артерии

2) Пролежень на поврежденной конечности, спицевой остеомиелит

3) Травматический шок, нагноение раны при открытом переломе

4) Деформация поврежденной конечности

143. ДЛЯ БЛОКАДЫ ОБЛАСТИ ПЕРЕЛОМА ПРИМЕНЯЮТ РАСТВОР НОВОКАИНА:

1) 0,25%

2) 0,5%

3) 1-2%

4) 10%

144. К СИМПТОМАМ СДАВЛЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКОЙ ПРИ НАРАСТАНИИ ОТЕКА В ОБЛАСТИ ПЕРЕЛОМА ОТНОСЯТ:

1) Отек пальцев, цианоз кожи; расстройства чувствительности и активных движений; распирающие, пульсирующие боли

2) Кожный зуд, гиперемия кожи у края повязки, боль в области перелома

3) Снижение объема движений конечности, гиперестезия кожи проксимальнее повязки

4) Колющие боли в конечности, гиперстезия кожи проксимальнее повязки

145. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКРЫТЫМ?

1) Интрамедуллярный остеосинтез штифтом

2) Скелетное вытяжение

3) Экстрамедуллярный остеосинтез

4) Остеосинтез конструкцией из металла с памятью

146. В КАКИХ СЛУЧАЯХ НАКЛАДЫВАЕТСЯ КОКСИТНАЯ ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА?

1) При повреждении голени

2) При повреждении позвоночника

3) При переломах бедренной кости

4) При переломе плеча

147. УКАЖИТЕ ОРИЕНТИРОВОЧНУЮ ВЕЛИЧИНУ ГРУЗА ДЛЯ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА:

1) 10% от массы тела больного

2) 20 % от массы тела больного

3) 15% от массы тела больного

4) 25% от массы тела больного

**Устный опрос:**

1. Определение понятия и классификация переломов костей.
2. Механизм переломов костей конечностей. Особенности переломов двукостных сегментов скелета.
3. Патологическая анатомия переломов длинных трубчатых костей. Изменения в момент травмы. Примерный объем кровопотери при закрытых переломах.
4. Закономерности заживления переломов. Источники, составные части и стадии формирования костной мозоли.
5. Осложнения при переломах в момент травмы (травматический шок, жировая эмболия и др.) и в процессе заживления (замедленная консолидация, ложный сустав и др.).
6. План обследования травматического больного. Жалобы.
7. Анамнез при травматических повреждениях. Обстоятельства травмы и механизм повреждения (сила и направление удара, положение больного и состояние его в момент травмы).
8. Значение анамнестических данных о перенесенных заболеваниях и травмах, наличии системных заболеваний.
9. Местные симптомы переломов и их выявление (данные осмотра, методика пальпации, измерений, исследование функции).
10. Рентгеноанатомия здоровой кости и рентгеносимптоматика переломов. Признаки свежего и консолидирующего перелома.
11. Оформление диагноза при переломах.
12. Особенности механизма, клинических проявлений и заживления переломов у детей
13. Определение понятий: «задачи лечения переломов», «этапы лечения переломов», «принципы лечения переломов», «методы лечения переломов».
14. Первая помощь при закрытых и открытых переломах. Транспортное шинирование: общие правила, виды транспортных шин и техника их наложения. Обезболивание при транспортировке.
15. Лечение больного в стационаре. Принципы лечения. Способы обезболивания перелома.
16. Методы лечения переломов. Техника ручной и аппаратной репозиции отломков.
17. Постепенная репозиция. Инструментарий и техника накожного и скелетного вытяжения.
18. Правила и способы фиксации отломков. Виды гипсовых повязок. Опасности и осложнения, обусловленные гипсовыми повязками.
19. Показания и противопоказания к оперативному лечению переломов.
20. Виды остеосинтеза: внутренний (интрамедуллярный), наружный (экстрамедуллярный), внеочаговый.
21. Лечение остаточных явлений перелома («долечивание»).
22. Сроки восстановления функции после переломов. Деонтологические аспекты лечения больных с переломами.
23. Методы лечения замедленной консолидации и ложных суставов.
24. Особенности выбора методов лечения переломов у детей. Вытяжение по Шеде.

**Проверка практических навыков**

Студенты малыми группами с периодическим контролем преподавателя об­следуют одного из больных и:

А) Выявляют наличие типичных жалоб у больного и оценивают другие жалобы (УЭ=53).

Б) Собирают анамнез травмы (УЭ=54). Подробно выясняют у пострадавшего или очевидцев обстоятельства и механизм травмы, а именно сила воздействия выяс­няется для получения представления о возможном характере повреждения (ушиб, перелом, патологический перелом). Знание точки приложения и направления силы (прямое или непрямое воздействие) необходимы для представления об уровне пе­релома, смещении отломков, линии излома: сведения о положении тела и повре­жденной конечности в момент травмы способствуют выяснению возможности дополнительных повреждений, имеющих общий механизм с основным или вы­званных последним, а также возможность вторичного смещения отломков под воздействием тяжести тела. Выясняется возможность активной функции после травмы и, если она была возможна, то ее пределы.

В) Анамнез жизни помогает выявить возможность общих заболеваний (туберкулез, опухоль, диабет) и оценить факторы, ха­рактеризующие степень хрупкости кости, способность к регенерации костной ткани.

Г) Для оценки общего состояния больного студенты выясняют актив­ность его, осматривают кожные покровы, цвет слизистых. Измеряют АД, Р, час­тоту дыхания с целью выявления шока, кровопотери и жировой эмболии.

Д) Методика осмотра (УЭ=55-64). Со студентами разбираются условия, необходи­мые для осмотра: достаточное освещение, правильная укладка больного, сравне­ние больной и здоровой конечности.

**Реферат**

* 1. Клиника и лечение закрытых повреждений мягких тканей
  2. Жировая эмболия
  3. Наложение и снятие бинтовых, лангетных повязок, транспортных шин (Крамера, Дитерихса, пневматических).
  4. Наложение и снятие гипсовых повязок.
  5. Наложение скелетного вытяжения, подготовка шины Белера .
  6. Разбор рентгенограмм по теме.
  7. Особенности лечения переломов у детей.
  8. Черепномозговая травма, первая помощь.
  9. Травмы грудной клетки. Лечение пневмоторакса.

**Тема 2.** Раны.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тестирование

Устный опрос

Проверка практических навыков

Реферат

**Тестирование:**

1. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ТРЕБУЕТ НЕМЕДЛЕННОЙ РЕВИЗИИ РАНЫ?

1) Гиперемия кожного покрова

2) Артериальное кровотечение из раны

3) Повышение артериального давления

4) Аллергические высыпания на коже

2. БОЛЬНОЙ ПОСТУПИЛ В ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ С РВАНО-УШИБЛЕННОЙ РАНОЙ ЛОБНОЙ ОБЛАСТИ, КОТОРУЮ ПОЛУЧИЛ 5 ЧАСОВ НАЗАД. КАКОВА ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА?

1) Наложение стерильной повязки

2) Наложение повязки с антисептиками

3) Наложение первично-отсроченных швов

4) Первичная хирургическая обработка раны

3. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПЕРВИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Зияние раны

2) Наличие грануляций в просвете раны

3) Образование тонкого кожного рубца

4) Вворачивание краев раны

4. ПО СТЕПЕНИ ИНФИЦИРОВАННОСТИ РАНЫ БЫВАЮТ:

1) Колотые, рубленные, укушенные, ушибленные

2) Инфицированные, операционные, случайные

3) Асептические, свежеинфицированные, гнойные

4) Проникающие, непроникающие, рваные

5. ОСНОВНАЯ ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН:

1) Кровотечение

2) Зияние

3) Обширная зона некроза

4) Загрязнение раны инородными предметами

6. К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ:

1) Все нижеперечисленное

2) Значительное повреждение тканей (ушиб, размозжение)

3) Расстройство местного кровообращения

4) Факторы, снижающие жизнеспособность тканей (анемия, шок)

7. КОМПЛЕКСНАЯ ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ РАН ВКЛЮЧАЕТ:

1)ПЕРВИЧНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ РАН; 2)ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА, ПРОПУСКАЮЩЕГО ВОЗДУХ К ПОВЕРХНОСТИ РАНЫ; 3)ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ; 4)ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОСТОЛБНЯЧНОЙ СЫВОРОТКИ;

1) 1 и 4

2) 2 и 4

3) 3 и 4

4) все перечисленное

8. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РАНЕНИЙ ПРОТЕКАЮТ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНО:

1) Ушибленные раны

2) Пулевые ранения

3) Резаные раны

4) Рваные раны

9. КОГДА ПРОВОДЯТ ПХО БОЛЬНОМУ В СОСТОЯНИИ ШОКА?

1) Тотчас при поступлении

2) На следующий день

3) После выведения больного из шока

4) Не позже 2 часов после поступления

10. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПХО ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Загрязнение раны

2) Размозжение краев раны

3) Наличие признаков гнойного воспаления

4) Повреждение сухожилий

11. КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВХОДЯТ В ПХО РАНЫ:

1) Иссечение краев раны

2) Остановка кровотечения

3) Рассечение раны

4) Всё перечисленное верно

12. РАННЮЮ ПХО ПРОВОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ:

1) первых суток

2) вторых суток

3) третьих суток

4) До развития инфекции в ране

13. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ШВА:

1) Осаднение краев раны

2) Неуверенность в качестве ПХО

3) Зияние раны

4) Наличие капиллярного кровотечения

14. КАКОВО СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ ПЕРВОЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА?

1) Гидратация

2) Воспаления

3) Реорганизации рубца

4) Регенерация и пролиферация

15. КАКОВО СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ ВТОРОЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА?

1) Дегидратация

2) Воспаления

3) Реорганизации рубца

4) Регенерации

16. КАКОВО СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ ТРЕТЬЕЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА?

1) Гидратации

2) Воспаления

3) Реорганизации рубца

4) Регенерации

17. ДЛЯ ФАЗЫ РЕОРГАНИЗАЦИИ РУБЦА ХАРАКТЕРНО:

1) УМЕНЬШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ВОДЫ В РУБЦЕ, 2) ПЕРЕСТРОЙКА БОГАТОЙ КОЛЛАГЕНОМ РУБЦОВОЙ ТКАНИ, 3) ПРИОБРЕТЕНИЕ РУБЦОМ УСТОЙЧИВОСТИ НА РАЗРЫВ, 4) МИГРАЦИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ В ОБЛАСТЬ РУБЦА, 5) ЗАМЕЩЕНИЕ ФИБРИНА КАПИЛЛЯРАМИ И КОЛЛАГЕНОМ

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) 1,2,3

2) 2,3,4

3) 1,2,4

4) 1,2,5

18. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ЭВЕНТЕРАЦИЯ»:

1) Ущемление содержимого грыжевого мешка

2) Система мероприятий направленных на устранение пареза кишечника в послеоперационном периоде

3) Выпадение через рану органов брюшной полости

4) Рассечение стенки желудка

19. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ АСЕПТИЧЕСКИХ РАН ОТНОСЯТ:

1) Кровотечение

2) Послеоперационную грыжу

3) Трофическую язву

4) Келоидный рубец

20. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ТРЕБУЕТ НЕМЕДЛЕННОЙ РЕВИЗИИ РАНЫ?

1) Кровотечение из раны

2) Отек краев раны

3) Повышение артериального давления

4) Аллергические высыпания на коже

21. КАКИЕ РАНЫ ДОЛЖНЫ ПОДВЕРГАТЬСЯ ПХО:

1) Асептические

2) Свежеинфицированные

3) Гнойные

4) Все

22. ШОВ, НАКЛАДЫВАЕМЫЙ НА РАНУ СРАЗУ ПОСЛЕ ПХО СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

1) Первично-отсроченным

2) Первичным

3) Вторичным ранним

4) Вторичным поздним

23. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПЕРВИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Зияние раны

2) Наличие грануляций в просвете раны

3) Вворачивание краев раны

4) Образование тонкого кожного рубца

24. К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РАН ОТНОСЯТ:

1) Образование гематомы в ране

2) Боли в ране

3) Лигатурный свищ

4) Шок

25. АСЕПТИЧЕСКИЕ РАНЫ МОГУТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ:

1) Ранним вторичным кровотечением

2) Поздним вторичным кровотечением

3) Любым видом кровотечения

4) Осложнение кровотечением не характерно

26. ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННОЙ РАНЫ ДО ЕЕ ОБРАБОТКИ:

1) Возможно при значительном загрязнении раны

2) Выполняется всегда

3) Недопустимо

4) Возможно при обезболивании

27. КАКУЮ АНЕСТЕЗИЮ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПХО?

1) Местная анестезия

2) Внутримышечное введение наркотического анальгетика

3) Внутривенный наркоз

4) Вид обезболивания зависит от характера ранения и локализации раны

28. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ УСЛОВИЯМИ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Профилактическое назначение антибиотика

2) Хорошее соприкосновение краев раны

3) Отсутствие некроза в просвете раны

4) Наличие грануляций в ране

29. ДЛЯ СЛЕПОГО ОГНЕСТРЕЛЬНОГО РАНЕНИЯ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

1) Инородного тела на дне раны

2) Входного и выходного отверстий

3) Поверхностной обширной раны

4) Все перечисленное верно

30. АСЕПТИЧЕСКОЙ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ РАНУ, ПОЛУЧЕННУЮ:

1) В операционной

2) В перевязочной

3) С соблюдением правил асептики

4) В операционной или перевязочной и не связанную с гнойным заболеванием

31. ЗОНА МОЛЕКУЛЯРНОГО СОТРЯСЕНИЯ ХАРАКТЕРНА:

1) Для резанных ран

2) Для колотых ран

3) Для огнестрельных ран

4) Для рубленных ран

32. ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРОНИКАЮЩИЙ ХАРАКТЕР РАНЕНИЯ НЕОБХОДИМО:

1) Осуществить ревизию раны зажимом

2) Рассечь раневой канал

3) Ориентироваться на клинические признаки повреждения внутренних органов

4) Выполнить обзорную рентгенографию

33. ДРЕНИРОВАНИЕ АСЕПТИЧЕСКОЙ РАНЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ С ЦЕЛЬЮ

1) Уменьшения болевого синдрома

2) Профилактики кровотечения из раны

3) Для оттока раневого отделяемого

4) Всё перечисленное верно

34. ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ АСЕПТИЧЕСКИХ РАН МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ:

1) Перфорированные трубчатые дренажи

2) Дренажи из перчаточной резины

3) Трубчатые дренажи с устройством для создания разряжения и активного удаления раневого отделяемого

4) Все перечисленные

35.ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ПАССИВНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕРОПРОФИЛАКТИКИ СТОЛБНЯКА СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ПРИМЕНЯЮТ:

1) Антистафилококковую плазму

2) Столбнячный анатоксин

3) Противостолбнячную сыворотку

4) Свежезамороженную плазму

36. ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ АКТИВНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕРОПРОФИЛАКТИКИ СТОЛБНЯКА СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ПРИМЕНЯЮТ:

1) Столбнячный анатоксин

2) АКДС

3) Антистафилококковый Y-глобулин

4) Адсорбированный стафилококковый анатоксин

37. ТЕХНИКА ПХО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

1) Иссечение краев и стенок раны

2) Рассечение тканей по ходу раневого канала

3) Гемостаз

4) Все верно

38. ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НАГНОЕНИЯ АСЕПТИЧЕСКОЙ РАНЫ, ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ «ЧИСТЫХ» ОПЕРАЦИЙ:

1) Обязательно в послеоперационном периоде

2) Проводят по желанию пациента

3) Не проводят

4) Начинают в предоперационном периоде

39. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОНИКАЮЩЕЙ РАНЫ В ОБЛАСТИ ЖИВОТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Кровотечение из раны

2) Эвентрация сальника

3) Зияние раны

4) Наличие инородного тела в ране

40. ПХО РАНЫ ПРОВОДЯТ:

1) На месте получения раны

2) В перевязочной, операционной

3) В машине скорой помощи

4) В палате хирургического отделения

41. ПО ХАРАКТЕРУ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТКАНЕЙ РАНЫ БЫВАЮТ:

1) Колотые, резаные, рубленые

2) Операционные, случайные, преднамеренные

3) Проникающие, слепые, сквозные

4) Касательные, сквозные, простые

42. КОЛОТЫЕ РАНЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

1) Значительным зиянием

2) Обильным кровотечением

3) Высоким риском повреждения внутренних органов

4) Обширным повреждением мягких тканей

43. ДЛЯ УКУШЕННЫХ РАН ХАРАКТЕРНО:

1) Массивное инфицирование патогенной флорой

2) Минимальное повреждение тканей

3) Заживление первичным натяжением

4) Незначительный риск развития анаэробной инфекции

44. ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

1) Клинической картиной повреждения полого органа

2) Клинической картиной внутреннего кровотечения

3) Отсутствием клинических проявлений повреждения полого органа или кровотечения

4) Возможно развитие любого из указанных выше вариантов

45. К ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ОТНОСЯТ:

1) ПХО раны

2) Введение антибиотиков

3) Введение иммунных препаратов (ПСС, гамма-глобулины, анатоксины)

4) Всё перечисленное

46. У БОЛЬНОГО ПРОНИКАЮЩАЯ КОЛОТО-РЕЗАНАЯ РАНА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ≈2 X 0,5 СМ. КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ РАНЫ НЕТ. ПУЛЬС 115 В 1 МИН., АД 80/60 ММ РТ. СТ. ПОКАЗАНО:

1) ПХО раны под местной анестезией

2) Гемостатическая терапия

3) Лапаротомия под общей анестезией, гемостаз на фоне противошоковой терапии, ПХО раны

4) Противошоковая терапия + асептическая повязка на рану

47. ОСОБЕННОСТЯМИ ПХО В ОБЛАСТИ СУСТАВОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Широкое иссечение тканей

2) Сохранение суставной капсулы

3) Проведение гемостаза в ране

4) Удаление инородных тел

48. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПХО К НЕОБХОДИМЫМ ИНСТРУМЕНТАМ ОТНОСЯТ:

1) Шприцы с иглами, иглодержатель с иглами

2) Хирургические пинцеты - 2, анатомические – 2

3) Скальпели – 2, зажимы кровоостанавливающие

4) Все перечисленное

49. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПХО РАНЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НЕОБХОДИМЫ ИНСТРУМЕНТЫ:

1) Скальпели-2, ножницы-2, пинцеты-4

2) Ранорасширители винтовой, салазковый

3) Пилы: проволочная, листовая

4) Зонд пуговчатый

50. К ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РАН ОТНОСЯТ:

1) Травматический шок

2) Гематому

3) Повреждение нерва

4) Все перечисленное

51. ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ АСЕПТИЧЕСКОЙ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Грыжа послеоперационная

2) Шок

3) Острая анемия

4) Эвентрация

52. ЛЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОЙ РАНЫ ВКЛЮЧАЕТ:

1) Смену асептической повязки при пропитывании раневым отделяемым, туалет раны при перевязке

2) Асептические повязки с мазью Вишневского

3) Ежедневную замену дренажей в ране

4) Обкалывание раны раствором новокаина с антибиотиками

53. ЛЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОЙ РАНЫ ВКЛЮЧАЕТ:

1) Покой, обезболивание

2) Применение и смену асептических мазевых повязок

3) Ежедневные перевязки с ревизией и зондированием раны

4) Применение асептических повязок с гипертоническим раствором хлорида натрия

54. ШОВ НАКЛАДЫВАЕМЫЙ И ЗАВЯЗЫВАЕМЫЙ НА РАНУ СРАЗУ ПОСЛЕ ПХО СЧИТАЕТСЯ:

1) первично-отсроченным

2) первичным

3) вторичным ранним

4) вторичным поздним

55. ДЛЯ СНЯТИЯ КОЖНЫХ ШВОВ С АСЕПТИЧЕСКОЙ РАНЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1) Скальпель, пинцет, ножницы остроконечные

2) Ножницы Рихтера, корнцанг, крючки Фарабефа

3) Кусачки Листона, щипцы фиксационные, крючки 3-х зубые острые

4) Все перечисленное

56. ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ПАССИВНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕРОПРОФИЛАКТИКИ СТОЛБНЯКА СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ПРИМЕНЯЮТ:

1) Антистафилококковую плазму

2) Столбнячный анатоксин

3) Противостолбнячный человеческий иммуноглобулин

4) Свежезамороженную плазму

57. ТОЛЬКО ДЛЯ УКУШЕННЫХ РАН ХАРАКТЕРНО:

1) Инфицирование вирусом бешенства

2) Минимальное повреждение тканей

3) Заживление первичным натяжением

4) Незначительный риск развития анаэробной инфекции

58. К МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ОТНОСЯТ:

1) Травматический шок

2) Жировая эмболия

3) Повреждение нерва

4) Все перечисленное

59. ДЛЯ ФАЗЫ РЕОРГАНИЗАЦИИ РУБЦА ХАРАКТЕРНО (ВЫБРАТЬ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ):

а) уменьшение содержания воды в рубце, б) перестройка богатой коллагеном рубцовой ткани, в) приобретение рубцом устойчивости на разрыв, г) миграция лейкоцитов в область рубца, д) замещение фибрина капиллярами и коллагеном

1. а,б,в
2. б,в,д
3. а,в,д
4. а,б,д

60. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РАН ОТНОСЯТ:

1. вторичное позднее кровотечение
2. анаэробная инфекция, столбняк
3. шок
4. нагноение раны

61. ШОВ НАКЛАДЫВАЕМЫЙ НА РАНУ В СРОК ОТ 1 ДО5 ДНЕЙ С МОМЕНТА РАНЕНИЯ СЧИТАЕТСЯ:

1. первично-отсроченным
2. первичным
3. вторичным ранним
4. вторичным поздним

62. КАКИЕ РАНЫ ДОЛЖНЫ ПОДВЕРГАТЬСЯ ПХО:

1. асептические
2. свежеинфецированные
3. гнойные
4. все

63. К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РАН ОТНОСЯТ:

1) образование гематомы в ране

2) боли в ране

3) нагноение раны

4) шок

64. ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ШВА, КАКОВ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ОТ МОМЕНТА ТРАВМЫ ДО ПРОВЕДЕНИЯ ПХО (БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОВ):

1) 4 часа

2) 6 часов

3) 12 часов

4) 24 часа

65. ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ШВА, КАКОВ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ОТ МОМЕНТА ТРАВМЫ ДО ПРОВЕДЕНИЯ ПХО (ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОВ):

1) 4 часа

2) 6 часов

3) 12 часов

4) 24 часа

66. СЧИТАЕТСЯ ЛИ ВОЗМОЖНЫМ «ЗАПРАВЛЕНИЕ» ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ЭВЕНТРАЦИИ:

1) да, в любом случае

2) да, но только после введения наркотических анальгетиков

3) нет

4) да, после промывания стерильными антисептиками

67. К СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫМ РАНАМ ОТНОСЯТ:

1) рану, полученную при вскрытии гнойника

2) асептическую рану, осложненную нагноением

3) ожоговую рану

4) гнойную рану при присоединении вторичной инфекции

68. К СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫМ РАНАМ ОТНОСЯТ:

1) рану, полученную при вскрытии гнойника

2) асептическую рану, осложненную нагноением

3) отморожение стопы

4) гнойную рану при присоединении вторичной инфекции

69. НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ОКРУЖАЮЩИХ ТКАНЕЙ ХАРАКТЕРНО:

1) для ушибленной раны

2) для рваной раны

3) для резаной раны

4) для огнестрельной раны

70.ШИРОКАЯ ЗОНА ПОВРЕЖДЕНИЯ ТКАНЕЙ ХАРАКТЕРНА:

1) для ушибленной раны

2) для резаной раны

3) для колотой раны

4) для операционной раны

71. ЗОНА МОЛЕКУЛЯРНОГО СОТРЯСЕНИЯ ХАРАКТЕРНО

1) для ушибленной раны

2) для укушенной раны

3) для огнестрельной раны

4) для рваной раны

72. САМЫМ ЛЕГКИМ ИЗ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ СЧИТАЕТСЯ

1) сквозное ранение

2) слепое ранение

3) касательное ранение

4) осколочное ранение

73. ПРОНИКАЮЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ РАНА:

1) при проникновении ее в подкожную клетчатку

2) при проникновении ее в мышцы

3) при проникновении ее брюшную полость

4) при проникновении ее в кость

74. БИОЛОГИЧЕСКИЙ СМЫСЛ ПЕРВОЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

1) самоочищение раны

2) созревание грануляционной ткани

3) рост кровеносных сосудов

4) закрытие раневого дефекта

75. НАИБОЛЕЕ ФУНКЦИОНАЛЬНО ВЫГОДНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) заживление ран первичным натяжением

2) заживление ран вторичным натяжением

3) заживление ран третичным натяжением

4) заживление ран четвертичным натяжением

76. В СТРОЕНИИ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ ВЫДЕЛЯЮТ

1) три слоя

2) четыре слоя

3) пять слоев

4) шесть слоев

77. ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) замещение раневого дефекта

2) создание лейкоцитарно-некротического слоя

3) образование сосудистых петель

4) развитие коллагеновых и аргирофильных волокон

78.АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННОЙ РАНЕ

1) остановка кровотечения, наложение асептической повязки, транспортная иммобилизация, профилактика шока

2) профилактика шока, остановка кровотечения, наложение асептической повязки, транспортная иммобилизация

3) остановка кровотечения, профилактика шока, наложение асептической повязки, транспортная иммобилизация,

4) наложение асептической повязки, остановка кровотечения, транспортная иммобилизация, профилактика шока

79. ПРОФИЛАКТИКА НАГНОЕНИЯ РАНЫ ПРОВОДИТСЯ ВВЕДЕНИЕМ АНТИБИОТИКОВ

1) при операциях на толстом кишечнике

2) при операциях на сосудах

3) при операциях на нервах

4) при операциях на сухожилиях

80.СРОКИ СНЯТИЯ ШВОВ ЗАВИСЯТ ОТ:

1) локализации раны

2) возраста больного

3) сопутствующих заболеваний влияющих на регенерацию

4) всего вышеперечисленного

81. ВЫБЕРИТЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ОТВЕТОВ НАИБОЛЕЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ СУЩНОСТИ ФАЗЫ РЕГЕНЕРАЦИИ В ГНОЙНОЙ РАНЕ

1)восполнение раневого дефекта

2)восстановление утраченных тканей

3)самоочищение раны

4)развитие рубцовой ткани

82. ЗРЕЛАЯ ГРАНУЛЯЦИОННАЯ ТКАНЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

1)эпителиальных клеток

2)волокнистых структур

3)капилляров

4)фибробластов

83. В РАНЕ ИМЕЮТСЯ УЧАСТКИ НЕКРОТИЗИРОВАННОЙ КОЖИ, ПЛОТНО ФИКСИРОВАННЫЕ К ОКРУЖАЮЩИМ ТКАНЯМ, СТЕНКИ РАНЫ ПОКРЫТЫ СЛОЕМ ФИБРИНА, ОТДЕЛЯЕМОЕ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ГНОЙНОЕ, ВОКРУГ РАНЫ ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ, ОТЕК. СФОРМУЛИРУЙТЕ ДИАГНОЗ.

1)асептическая рана

2)свежеинфицированная рана

3)гнойная рана в фазе воспаления

4) гнойная рана в фазе регенерации

84. В ГНОЙНОЙ РАНЕ ИМЕЮТСЯ ОСТАТКИ НЕКРОТИЗИРОВАННОЙ ТКАНИ. ПОВЯЗКА С КАКИМ ИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА?

1)мазь Вишневского

2)протеолитические ферменты

3)антибиотики

4)сульфаниламиды

85. КАКИЕ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИНЯТО ВЫДЕЛЯТЬ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ:

а) воспаление

б) регенерация

в) гидратация

г) дегидратация

выберите правильную комбинацию ответов

1) а, б

2) б, в

3) в, г

4) а, г

86. ГНОЙНАЯ РАНА – ЭТО

1) всякая инфицированная рана

2) рана выполненная фибрином

3) рана с развитием в ней гнойно-воспалительного процесса

4) рана с некрозом тканей

87. К ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИМ ФЕРМЕНТАМ ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН ОТНОСЯТСЯ:

1) химотрипсин и химопсин

2) ампициллин и тетрациклин

3) липаза и амилаза

4) хлоргексидин и диоксидин

88. РАНА 1Х0,5СМ, ВОКРУГ НЕЕ ПАЛЬПИРУЕТСЯ ИНФИЛЬТРАТ 5Х10СМ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ РЕЗКАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ, ИЗ РАНЫ КАК ИЗ ТЮБИКА, ВЫДЕЛЯЕТСЯ ГУСТОЙ ГНОЙ. РЕШАЕТСЯ ВОПРОС ОБ ОПЕРАТИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ЭТОГО НАИБОЛЕЕ ЦЕНЕН В ДАННОЙ СИТУАЦИИ?

1)перкуссия

2)зондирование

3)исследование лейкоцитоза крови

4)фистулография

89**.** РАНЕВОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗДАЕТ ПРИТОРНО-СЛАДКОВАТЫЙ ЗАПАХ, НА ПОВЯЗКЕ СИНЕВАТЫЕ ПЯТНА. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНУЮ МИКРОФЛОРУ В РАНЕ.

1)стафилококк

2)кишечная палочка

3)синегнойная палочка

4)стрептококк

90. ПРИ НАГНОЕНИИ РАНЫ ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

1) первичного

2) вторичного раннего

3) вторичного позднего

4) третичного

91. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ШОВ НАКЛАДЫВАЕМЫЙ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ КРАЕВ ГРАНУЛИРУЮЩЕЙ РАНЫ?

1)провизорный шов

2)ранний вторичный шов

3)поздний вторичный шов

4)первично-отсроченный шов

92. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ШОВ НАКЛАДЫВАЕМЫЙ БЕЗ ИССЕЧЕНИЯ КРАЕВ ГРАНУЛИРУЮЩЕЙ РАНЫ?

1)провизорный шов

2)ранний вторичный шов

3)поздний вторичный шов

4)первично-отсроченный шов

93. АКТИВНУЮ ИММУНИЗАЦИЮ ПРИ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В РАНЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С ПОМОЩЬЮ

1) антистафилококкового бактериофага

2) антистафилококковой плазмы

3) нативного или адсорбированного стафилококкового анатоксина

4) антистафилококкового иммуноглобулина

94. ПЕРВИЧНО-ГНОЙНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ РАНА:

1) после получения случайного ранения

2) после вскрытия очага гнойного воспаления

3) в результате инфекционного осложнения асептической раны

4) в результате нагноения раны после ПХО

95. РАНА В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ИМЕЕТ РАЗМЕРЫ 20Х20СМ. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ ЛЕЧЕБНЫХ СРЕДСТВ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАННОЕ

1) антибиотикотерапия

2) пересадка кожи

3) мазевые повязки

4) стимулирующая терапия

96. АНТИСТАФИЛОКОККОВЫЙ БАКТЕРИОФАГ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ

1)внутривенно

2) внутриартериально

3)внутримышечно

4)местно в рану

97. В ТКАНЯХ ОКРУЖАЮЩИХ ГНОЙНУЮ РАНУ В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) ацидоз

2) алкалоз

3) нейтральная среда

4) все верно в зависимости от состояния больного

98. ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ РАНЫ, ИНФИЦИРОВАННОЙ ПАЛОЧКОЙ СИНЕ-ЗЕЛЕНОГО ГНОЯ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1) раствора фурацилина

2) борную кислоту

3) мазь Вишневского

4) метилурациловую мазь

99. ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ РАНЫ ИНСТРУМЕНТ БЕЗ УСИЛИЯ ПРОНИКАЕТ В ПОДКОЖНЫЙ «КАРМАН» ГЛУБИНОЙ 10СМ., ИЗ КОТОРОГО В ЗНАЧИТЕЛЬНОМ КОЛИЧЕСТВЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ГНОЙ. ВЫБЕРИТЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЛЕЧЕБНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАННОЕ

1) введение в «карман» антибиотиков

2) дополнительный разрез (контрапертура)

3) физиотерапия

4) введение в «карман» тампона с антисептиком

100. У БОЛЬНОГО С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА РАНЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛЕНИ ИМЕЮТСЯ СИНЮШНЫЕ, ОТЕЧНЫЕ ГРАНУЛЯЦИИ. ЧТО ПРЕДПРИНЯТЬ ДЛЯ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ГРАНУЛЯЦИЙ?

1) кардиальная терапия

2) переливание эритроцитной массы

3) витаминотерапия

4) антибиотикотерапия

101. В ПРОЦЕССЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ ГНОЙНОЙ РАНЫ ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИНАДЛЕЖИТ

1) лейкоцитам

2) эндотелию капилляров и фибробластам

3) макрофагам

4) гистиоцитам и тучным клеткам

102**.** ЗАЖИВЛЕНИЮ ГНОЙНЫХ РАН СПОСОБСТВУЕТ

1) наличие в ране размозженных тканей

2) массивное обсеменение тканей микроорганизмами

3) наличие в ране инородных тел

4)сохранения хорошего кровообращения в области раны

103. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОЙ РАНЫ У БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПОЛУЧАЮЩЕМУ ИНСУЛИН

1) применение ферментов противопоказано

2) не показано применение ферментов

3) применение фермента решается индивидуально

4) показано применение протеолитических ферментов (трипсина, химотрипсина)

104.НАГНОЕНИЕ РАНЫ, КАК ПРАВИЛО, ВЫЗЫВАЕТСЯ

1) стрептококком

2) стафилококком

3) гонококком

4) синегнойной палочкой

105. ВТОРИЧНОЙ ГНОЙНОЙ, СЧИТАЕТСЯ РАНА:

1) после вскрытия очага гнойного воспаления

2) в результате нагноения асептической раны

3) в результате нагноения раны после ПХО

4) верно 2 и 3 утверждения

106.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОЙ РАНЫ В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ПОКАЗАНО

1) применение мазевых повязок

2) антибиотиков внутримышечно

3) сульфаниламидных препаратов внутрь

4) гипертонического раствора

107.В ПЕРВУЮ ФАЗУ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ МАЗИ НА:

1) жировой основе

2) водорастворимой основе

3)любая мазь на усмотрение врача

4) мази в I фазе не используются

108. НОРМАЛИЗАЦИИ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ СПОСОБСТВУЕТ

1) применение антибиотиков

2) раннее вставание

3) рациональная инсулинотерапия

4) сосудорасширяющие препараты

109.ГНОЙНОЙ РАНОЙ НАЗЫВАЕТСЯ РАНА:

1) в которой имеется гнойное воспаление

2) в которую попали микроорганизмы

3) после операции, если по ходу ее выполнения вскрывался просвет полого органа

4) верно 1 и 2 утверждения

110. ТАКТИКА ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ ГНОЙНОЙ РАНЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЛИМФАНГОИТОМ И РЕГИОНАРНЫМ ЛИМФАДЕНИТОМ:

1) антибактериальная терапия

2) обкалывание очага воспаления антибиотиком

3) направление больного в стационар

4) срочный анализ крови

111. АКТИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ЕЁ:

1) рациональной хирургической обработке

2) применении трубчатых дренажей

3) хирургической обработке, дренировании, ушивании с вакуумаспирацией

4) хирургической обработке, дренировании, ушивании с дискретным проточно-аспирационным промыванием

112.ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН ТРАДИЦИОННЫМ ОТКРЫТЫМ СПОСОБОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1) благоприятным течением раневого процесса

2) быстрым сроком выздоровления

3) присоединением вторичной инфекции

4) верно 1 и 2 утверждения

113.ВИДЫ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН

1) вторичным натяжением

2) первичным натяжением

3) заживление под струпом

4) все перечисленное

114. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ОБЩЕЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНРЙНЫХ РАН ЯВЛЯЕТСЯ:

1) выделение ассоциаций микроорганизмов из раневого экссудата

2) осложнение раневого процесса лимфангоитом, лимфаденитом

3) определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам

4) все перечисленное верно

115.ЛЕЧЕНИЕ РАНЫ В ПЕРВОЙ ФАЗЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

1) противовоспалительную терапию

2) адаптация краев раны, стимулирование роста грануляций

3) стимулирование процессов очищения раны, создание покоя ране

4) правильно 1) и 3)

116.ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ РАНЫ ВТОРИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ВО ВТОРОЙ ФАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) противовоспалительное лечение

2) стимулирование роста грануляций

3) стимулирование процессов очищения раны

4) адекватное дренирование

117.АКТИВНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ - ЭТО

1) отток гноя по дренажной трубке по силе тяжести

2) отток гноя по капиллярному дренажу

3) дренирование ушитой раны с постоянной вакуумаспирацией

4) оставление в ране резинового выпускника

118.ФАКТОРАМИ РИСКА В ПЕРИОД НАРКОЗА И ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ, СПОСОБСТВУЮЩИМИ РАЗВИТИЮ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РАНЕ, ЯВЛЯЮТСЯ

1) кровопотеря

2) ухудшение микроциркуляции крови

3) травматичность операции

4) все перечисленное

119. АКТИВНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ - ЭТО

1) отток гноя по дренажной трубке по силе тяжести

2) отток гноя по капиллярному дренажу

3) длительное промывание раны через дренажную трубку

4) оставление в ране резинового выпускника

120. ФАЗОВОЕ ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В "ЧИСТЫХ" И "ГНОЙНЫХ" РАНАХ

1) имеет качественное различие

2) имеет количественное различие

3) и то, и другое

4) ни то, ни другое

121. ЗАЖИВЛЕНИЕ РАНЫ ВТОРИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ - ЭТО

1) заживление через нагноение

2) заживление через грануляции

3) заживление под струпом

4) все перечисленное

122. СМЕНА ДОМИНИРУЮЩЕГО ВОЗБУДИТЕЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА В РАНЕ КОНТРОЛИРУЕТСЯ ВРАЧОМ С ПОМОЩЬЮ:

1) периодического микроскопирования мазков отпечатков с поверхности раны

2) регулярной термометрии

3) регулярного бактериологического исследования раны

4) цитологического исследования гноя

123. ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В РАНЕ ПРИМЕНЯЮТ:

1) йодопиррон и хлоргексидин

2) актовегиновую и солкосериловую мазь

3) мази «Левомеколъ», «Левосин»

4) перекись водорода и фурацилин

124. ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ПРЕДПЛЕЧЬЕ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ. ТРИ ДНЯ НАЗАД ПОЛУЧИЛ РАНУ. НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ РАНА 2Х5СМ. С НЕРОВНЫМИ КРАЯМИ, ПОКРЫТЫМИ СЛОЕМ ФИБРИНА, С ОБИЛЬНЫМ ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ, ОТЁКОМ ГИПЕРТЕРМИЕЙ И ГИПЕРЕМИЕЙ КОЖИ ВОКРУГ. СФОРМУЛИРУЙТЕ ДИАГНОЗ.

1) свежеинфицированная рана

2) гнойная рана в фазе регенерации

3) гнойная рана в фазе воспаления

4) свежеинфицированная рана с нагноением

125. ДЕГИДРАТАЦИИ РАНЫ И ЕЁ САМООЧИЩЕНИЮ СПОСОБСТВУЮТ:

1) мази «Декспантенол» и «Актовегин»

2) мази «Левомеколъ», «Левосин»

3) фурацилиновая и метилурациловая мази

4) мазь Вишневского

126. ПРОМЫВАНИЕ РАНЫ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ НАЗЫВАЕТСЯ:

1) фракционным

2) проточным

3) проточно-аспирационным

4) прямым

127. РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗАШИТОЙ ГНОЙНОЙ РАНЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО

1. в первой фазе раневого процесса
2. во второй фазе раневого процесса
3. в третьей фазе раневого процесса

4) в четвертой фазе раневого процесса

128. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ТКАНЕЙ В ГНОЙНОЙ РАНЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИХ:

1) кровоточивость

2) упругость

3) цвет

4) консистенция

129. МЕТОД ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

1) обработка раны протеолитическими ферментами

2) обработка   раны лучами лазера

3) обработка раны раствором антисептиков

4) обработка раны химическими антисептиками

130. ОСЛОЖНЕНИЕМ ГНОЙНОЙ РАНЫ, ВЫЗВАННЫМ КОНТАКТНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ИНФЕКЦИИ БУДЕТ:

1) регионарный лимфаденит

2) остеомиелит

3) тромбофлебит

4) лифангоит

131. ОСЛОЖНЕНИЕМ ГНОЙНОЙ РАНЫ, ВЫЗВАННЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ИНФЕКЦИИ БУДЕТ:

1. тромбофлебит
2. остеомиелит
3. регионарный лимфаденит

4) лифангоит

132. ХАРАКТЕРНЫЕ МЕСТНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ:

1. обильное гнойное отделяемое
2. рана покрыта фибринозно-гнойным налётом
3. уменьшение гиперемии и инфильтрации ткани

4) отек и гиперемия краев раны

133. В ГНОЙНОЙ РАНЕ ИМЕЕТСЯ ОГРАНИЧЕННЫЙ КРАЕВОЙ НЕКРОЗ КОЖИ. ЧТО НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ?

1. назначить УВЧ на рану
2. иссечь омертвевший участок кожи
3. наложить повязку с мазью Вишневского

4) промыть рану перекисью водорода

134. ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ РАН:

1. попадание инфекции в момент ранения
2. инфицирование в процессе лечения
3. развитие воспалительной реакции после заживления раны

4) снижение общего иммунитета

135. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НАГНОЕНИЯ СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ПОЯВЛЯЮТСЯ

1) в первые шесть часов

2) через шесть – двенадцать часов

3) на вторые – третьи сутки

4) на пятые-шестые сутки

136. К ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ГНОЙНЫХ РАН ОТНОСЯТСЯ:

1. сепсис
2. остеомиелит
3. тромбофлебит

4) лимфаденит

137. ОСНОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ РАН ЯВЛЯЕТСЯ:

1. наличие антибиотиков широкого спектра действия
2. соблюдение асептики при оказании помощи и лечении ран
3. знание путей попадания инфекции в рану

4) наличие антисептиков

138. МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

1) обработка раны протеолитическими ферментами

2) обработка раны пульсирующей струёй

3) обработка раны раствором антисептиков

4) введение в рану бактериофага

139. К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ГНОЙНЫХ РАН ОТНОСЯТСЯ:

1) атрофический рубец

2) трофическая язва

3) гипертрофический рубец

4) нормотрофический рубец

140. ЗАЖИВЛЕНИЕ РАНЫ ВТОРИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ ПРОИСХОДИТ, ЕСЛИ:

1) края раны сведены, но отёчны

2) края раны соприкасаются

3) края раны не сведены

4) если края раны сведены вторичными швами

141. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ РАНЫ ВТОРИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ ВЕДЁТ К ОБРАЗОВАНИЮ РУБЦА:

1) келоидного

2) косметического

3) плоского

4) грубого

142. ДЛЯ ГНОЙНОЙ РАНЫ В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНО

1) наличие анемии

2) наличие лейкоцитоза со сдвигом формулы влево

3) наличие лейкопении

4) наличие лейкоцитоза со сдвигом формулы вправо

143. ОСЛОЖНЕНИЕМ ГНОЙНОЙ РАНЫ, ВЫЗВАННЫМ КОНТАКТНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ИНФЕКЦИИ БУДЕТ:

1) артрит

2) регионарный лимфаденит

3) тромбофлебит

4) всё перечисленное

144. МЕСТНЫЕ ПРИЗНАКИ ГНОЙНОЙ РАНЫ В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

1) отёк, боль, цианоз

2) боль, отёк, гипотермия

3) нарушение функции, цианоз, гипертермия

4) гипертермия, отёк, боль

145. ХАРАКТЕРНЫЕ МЕСТНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ:

1) уменьшение гиперемии и инфильтрации ткани

2) обильное  гнойное  отделяемое

3) рана покрыта фибринозно-гнойным налётом

4) резкая болезненность при пальпации

146. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ:

1) сближение краёв раны

2) некрэктомия

3) применение растворов антисептиков

4) дренирование раны

147. МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

1) обработка ран с помощью ультразвука

2) обработка раны протеолитическими ферментами

3) обработка раны раствором антисептиков

4) обработка раны раствором антибиотиков

148. МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

1) обработка раны протеолитическими ферментами

2) обработка   раны лучами лазера

3) обработка раны раствором антисептиков

4) обработка раны раствором антибиотиков

149. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ВТОРОЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ РАНЫ ВТОРИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ:

1) очищение раны

2) исчезновение местных симптомов воспаления

3) появление грануляций

4) уменьшение раневого отделяемого

150. ВТОРАЯ ФАЗА РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ ЗАЖИВЛЕНИИ:

1) заполнением раны грануляциями

2) эпителизацией раны

3) уменьшением раневого отделяемого

4) стиханием местных симптомов воспаления

151. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АТРОФИЧЕСКОГО РУБЦА:

1) не возвышается над поверхностью кожи, больного не беспокоит

2) цвет бледно-розовый, болезненный

3) плотный на ощупь, возвышается над уровнем здоровой кожи

4) больного не беспокоит, синюшно-лиловый

152. РОСТ КЕЛОИДНОГО РУБЦА ПОСЛЕ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ РАНЫ ОБЫЧНО НАЧИНАЕТСЯ ЧЕРЕЗ:

1) 2 недели

2) 1-3 месяца

3) 1 год

4) 3 года и позже

153. РАДИКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ГНОЙНОЙ   РАНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ:

1) опасности повреждения сосудов, нервов, сухожилий

2) сахарном диабете тяжелой степени

3) сепсисе

4) обширной гнойной   ране

154. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЁМА ОПЕРАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКАЯ

ОБРАБОТКА ГНОЙНОЙ   РАНЫ МОЖЕТ БЫТЬ:

1) неполной, полной (радикальной)

2) первичной

3) вторичной

4) поздней

155. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ

1) по характеру гнойного отделяемого из раны

2) по данным бактериологического посева

3) по данным бактериологического посева и антибиотикограммы

4) по микроскопическим данным

156. НАГНОЕНИЕ РАНЫ ОТНОСЯТ К:

1) к поздним осложнениям свежеинфицированных ран

2) к ранним осложнениям свежеинфицированных ран

3) к осложнениям свежеинфицированных ран не относят

4) к вторичным осложнениям свежеинфицированных ран

**Устный опрос:**

1. Определение понятия ран.
2. Классификация ран по степени инфицированности.
3. Асептические раны.
4. Морфология первичного заживления ран. Условия необходимые для заживления раны первичным натяжением.
5. Клиническое течение и уход за неосложненной послеоперационной раной. Сроки снятия кожных швов.
6. Осложнения со стороны послеоперационной асептической раны (ранние и поздние), их причины, симптоматика, принципы лечения и профилактика.
7. Осложнения со стороны раны в фазе формирования послеоперационного рубца.
8. Определение понятия «свежеинфицированные раны». Роль первичной и вторичной инфекции в развитии раневого процесса.
9. Первая помощь при ранениях. Определение понятия «туалет раны», первичная хирургическая обработка раны (ранняя, отсроченная, поздняя).
10. Техника первичной хирургической обработки раны (ПХО) и патофизиологическое значение ее компонентов (рассечение, иссечение и др.).
11. Виды швов, применяемые при лечении ран. Первичный и первично-отсроченный шов. Условия для их наложения.
12. Противопоказания к первичной хирургической обработке и первичному шву.
13. Особенности ПХО ран, проникающих в сустав, полости тела.
14. Серопрофилактика инфекции.
15. Определение понятия, классификация ран и характеристика отдельных их видов.
16. Происхождение гнойных ран
17. Понятие о первичном и вторичном заживлении.
18. Гнойные раны. Фазы раневого процесса и их биологическое значение.
19. Физико-химические изменения и биологические процессы в гнойной ране в фазе воспаления. Механизмы самоочищения. Местное и общее лечение. Вторичная хирургическая обработка (ВХО).
20. Биохимические изменения и морфологические процессы в гнойной ране в фазе репаративной регенерации. Строение и функции грануляций. Местное и общее лечение.
21. Гистологические и биохимические процессы в гнойной ране в фазе реорганизации рубца и эпителизации. Местное и общее лечение.
22. Опасности и осложнения гнойных ран.
23. Активное хирургическое лечение гнойных ран.
24. Местные клинические проявления «гнойной раны» в фазе воспаления и регенерации. «Здоровые» и «больные» грануляции. Алгоритм описания раны.
25. Виды швов используемых при лечении гнойных ран (ранний и поздний вторичные швы).

**Проверка практических навыков:**

Работа с больными.

Целью настоящего этапа является овладение студентами мето­дики обследования больного с асептической и свежеинфицированнгой раной, умением описать анамнез, локальный статус, наметить план обследования и лечения этих больных. Студенты этой подгруппы разбиваются на 2-3 (в зависимости от наличия больных), и направляются к боль­ным. Убедившись, что вторая подгруппа приступила к выполнению задания в учебной комнате, преподаватель поочередно обходит студентов, работающих в палате. Контролируя работу студентов, ассистент уточняет вид индивидуального письменного задания для каждого студента.

|  |  |
| --- | --- |
| *У первого студента* | *У второго студента* |
| 1. анамнез заболевания | 1. локальный статус |
| 2. план обследования больного | 2. план лечения |

В перевязочной ассистент на одном из больных демонстрирует методы исследования, обращая внимание студентов на технику перевязки. Последующих больных, под контролем ассистента, исследуют и перевязывают студенты, решая диагностические и лечебные задачи. Данные осмотра. Повязка сухая или смочена (кровь, сукровица, серозное отделяемое, гной). Локализация раны. Форма и размеры раны, глубина её. При расположении ран над полостью (суставов, брюшная полость и др.), указываются признаки проникновения раны в полость или подчёркивается отсутствие данных признаков. Характер раневого секрета: белый, коричневый, сине – зелёный, гнойный, жидкий, густой, серозный, крошковатый, пенистый. Количество секрета (обильное, умеренное, скудное). Запах: отсутствует, гнилостный, каловый, сладковато –приторный. Края: ровные, неровные, отвесные, пологие. Характеристика стенок и дна раны: различаются ли анатомические слои в ране (клетчатка, фасции, мышцы, сухожилия, сосуды, нервы, различимы или не различимы и почему?). Вид тканей стенок и дна. Некроз тканей (серого, зелёного, черного цвета, сухой или влажный). Наложения фибрина (в виде сеточки, островков, сплошной налёт, его цвет). Данные пальпации (пальпация ладонной поверхностью пальцев – наличие инфильтрата (размеры, чёткость границ, смещаемость, консистенция, болезненность, поступление в полость раны гноя при пальпации). Местное повышение температуры (пальпация тылом кисти). При наличии показаний ассистент демонстрирует зондирование раны: направление и глубина проведения инструмента, сообщение с полостями. Функция близлежащих суставов. Наличие или отсутствие признаков нарушения кровоснабжения и иннервации периферических частей конечности. Из истории болезни демонстрируется температурная кривая и лабораторные данные: результат бактериологического анализа, цитологического исследования, анализы крови и мочи в динамике. Студенты, производящие перевязку, предлагают и выполняют лечебные манипуляции. Всего перевязок 5-6, каждую из них выполняют совместно 2-3 студента.

**Реферат:**

1. Современные методы профилактики нагноения асептических ран.
2. Экстренная профилактика столбняка .
3. Лечение укушенных и отравленных ран .
4. Профилактика анаэробной инфекции ран.
5. Опишите, как при различных методах лечения гнойных ран реализуются общие принципы лечения.

Впишите в таблицу принципы лечения гнойных ран в зависимости от стадии раневого процесса

Заполните таблицу

|  |  |
| --- | --- |
| Осложнения гнойных ран | |
| Общие осложнения гнойных ран | Местные осложнения гнойных ран |
|  |  |

Заполните таблицу

|  |  |
| --- | --- |
| Факторы, влияющие на заживление гнойных ран | |
| Местные | Общие |

**Тема 3.** Термические повреждения.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тестирование

Устный опрос

Проверка практических навыков

Реферат

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестирование:**

1. ПРИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ОЖОГАХ НЕКРОЗУ ПОДВЕРГАЮТСЯ:

1) эпителий, верхушка сосочкового слоя дермы

2) весь эпителий и собственно кожа до подкожной клетчатки

3) кожа и подкожная клетчатка

4) не только мягкие ткани, но и кости

2. ПРИ ОЖОГЕ IIIА СТЕПЕНИ САМОСТОЯТЕЛЬНО ЗАЖИВЛЕНИЕ И ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ВОЗМОЖНЫ В СЛУЧАЯХ, КОГДА ДИАМЕТР ПЛОЩАДИ ПОРАЖЕНИЯ НЕ ПРЕВЫШАЕТ:

1) 5-6 см

2) возможны, вне зависимости от площади

3) 10-12 см

4) 2-3 см

3. НА МЕСТЕ КРАТКОВРЕМЕННОГО СОПРИКОСНОВЕНИЯ КОЖИ С ГОРЯЧИМ МЕТАЛЛИЧЕСКИМ ПРЕДМЕТОМ ВИДНА ТУСКЛАЯ ПОВЕРХНОСТЬ БЕЛЕСОВАТОГО, МЕСТАМИ БУРОВАТОГО ЦВЕТА. СТРУКТУРА КОЖИ ЗДЕСЬ СТУШЕВАНА: СКЛАДЧАТОСТЬ И КОНТУРЫ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НЕ РАЗЛИЧИМЫ. РЕЗУЛЬТАТЫ СПИРТОВОЙ ПРОБЫ И УКОЛОВ ИГЛОЙ - БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СОХРАНЕНА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1) ожог IV степени

2) ожог IIIб степени

3) ожог IIIа степени

4) ожог II степени

4. ЧЕРЕЗ ЧЕТВЕРО СУТОК ПОСЛЕ ОЖОГА II-III СТЕПЕНИ 40% ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ПУЛЬС У БОЛЬНОГО 100 УД./МИН., АД 100/70 ММ.РТ.СТ., ПО КАТЕТЕРУ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ПО 5-10 МЛ. МОЧИ В ЧАС. КАК ОЦЕНИТЬ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО:

1) продолжающийся ожоговый шок

2) острая почечная недостаточность

3) тяжелая общая инфекция

4) хроническая почечная недостаточность

5. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОВРЕЖДАЮЩИХ ФАКТОРОВ ОЖОГИ БЫВАЮТ: 1)ТЕРМИЧЕСКИЕ, 2)ХИМИЧЕСКИЕ, 3)ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ, 4)ЛУЧЕВЫЕ, 5) БИОЛОГИЧЕСКИЕ, 6)ТРАВМАТИЧЕСКИЕ, 7)КОАГУЛЯЦИОННЫЕ, 8)КОЛЛИКВАЦИОННЫЕ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1) 1,3,5 и 7

2) 5,6,7 и 8

3) 1,2,3 и 4

4) 2,4,6 и 8

6. ОЖОГОВАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ЗАНИМАЕТ БОЛЬШЕ ПОЛОВИНЫ ПРАВОЙ РУКИ И ПРАВУЮ ПОЛОВИНУ ТУЛОВИЩА. КАКИМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОЩАДИ ОЖОГА МОЖНО ПОЛУЧИТЬ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЕ ДАННЫЕ:

1) метод Постникова

2) метод Вилявина

3) правило "Девятки"

4) правило "ладони"

7. У БОЛЬНОГО КОЖА ПОСЛЕ ОЖОГА ПЛАМЕНЕМ ПРИОБРЕЛА ЧЕРНЫЙ ЦВЕТ С ПОТЕРЕЙ БОЛЕВОЙ И ТЕМПЕРАТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА ВСЕМ УЧАСТКЕ ПОРАЖЕНИЯ. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА:

1) IIIа степень

2) IIIб-IV степень

3) I + II степень

4) II + IIIа степень

8. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ШОКОГЕННЫМ ОЖОГ КОЖИ 5% II СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ:

1) да

2) нет

3) да, в зависимости от общего состояния ребенка до ожога

4) при условии ожога кожи и дыхательных путей

9. КАК ПРОГНОЗИРУЕТСЯ ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ОЖОГА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНДЕКА ФРАНКА:

1) суммируется общая площадь ожога и возраст больного

2) суммируется площадь глубокого и поверхностного ожога

3) суммируется общая площадь поверхностного ожога и утроенная площадь глубокого ожога

4) суммируется площадь глубокого, поверхностного ожога, возраст и вес больного

10. ПЕРИОДЫ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ:

1) шок

2) интоксикация

3) регенерация тканей

4) присоединение инфекции

11. ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПЛАМЕНЕМ С ЭКСПОЗИЦИЕЙ БОЛЕЕ 1 МИН. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ОЖОГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА:

1) вторая

2) четвертая

3) первая

4) третья

12. ОЖОГОВАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ОХВАТЫВАЕТ ВСЕ ТУЛОВИЩЕ. КАКИМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОЩАДИ ОЖОГА ЛУЧШЕ ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ:

1) правило "девятки"

2) правило "ладони"

3) метод Постникова

4) метод Вилявина

13. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЛАМЕНИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПУЗЫРИ С СЕРОЗНЫМ СОДЕРЖИМЫМ НА ТЫЛЕ КИСТИ И ГИПЕРЕМИЯ НА ЛИЦЕ, ГУБЫ ОТЕЧНЫ, ГОЛОС "СИПЛЫЙ". КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО:

1) ожог кисти и лица неясной степени + ожог полости рта

2) ожог кисти и лица I степени + ожог полости рта

3) ожог кисти II степени + ожог лица I степени + ожог верхних дыхательных путей

4) ожог IV степени + ожог слизистой губ

14. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОЖОГОВОГО ШОКА:

1) 3 суток

2) 2 суток

3) сутки

4) 4 суток

15. ОДИН ПРОЦЕНТ ПЛОЩАДИ ПОВЕРХНОСТНОГО ЛЖОГА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА ФРАНКА РАВНЯЕТСЯ:

1) единице

2) двум единицам

3) трем единицам

4) четырем единицам

16. ОЖОГОВАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ВСЯ ПОКРЫТА РАЗНОКАЛИБЕРНЫМИ ПУЗЫРЯМИ С СЕРОЗНЫМ СОДЕРЖИМЫМ. КАКОВА ГЛУБИНА ПОРАЖЕНИЯ И СВЕЖЕСТЬ ЕГО:

1) свежий ожог IIIа степени.

2) инфицированный ожог III степени

3) свежий ожог II степени

4) ожог IV степени.

17. КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ХАРАКТЕРИЗУЮТ ГЛУБИНУ ШОКА:

1) пульс. АД, дыхание

2) пульс, АД, диурез

3) пульс. дыхание, температура

4) пульс, дыхание, цвет кожных покровов

18. НА КАКОЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОЖОГА ВЕРОЯТНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛУБИНЫ ПОРАЖЕНИЯ:

1) на 4-5 день

2) на 5-6 день

3) на 7-14 день

4) на 1-3 день

19. ПРИ ОСМОТРЕ У БОЛЬНОГО НА ФОНЕ ОБШИРНОЙ ПЛОЩАДИ ГИПЕРЕМИИ ВИДНЫ УЧАСТКИ ОТСЛОИВШЕГОСЯ ЭПИДЕРМИСА. КАКАЯ ГЛУБИНА ОЖОГА:

1) сочетание I и II степени

2) I степень

3) IIIа степень

4) IIIб степень

20. ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕН II ПЕРИОД ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ:

1) болевым раздражением

2) всасыванием продуктов распада тканей

3) отторжением нежизнеспособных тканей

4) присоединением инфекции

21. В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ СУТОК У БОЛЬНОГО С ОЖОГОМ КОЖИ 20% I-II-III СТЕПЕНИ ПО ПОСТОЯННОМУ КАТЕТЕРУ В ТЕЧЕНИЕ 1 ЧАСА ПОЛУЧЕНО 10 МЛ. МОЧИ. ЭТОТ ФАКТ ПОДТВЕРЖДАЕТ ЛИ НАЛИЧИЕ ШОКА:

1) да, подтверждает

2) нет

3) ставит под сомнение

4) необходимо исследовать ОАК

22. КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ III СТЕПЕНИ ТОРПИДНОЙ ФАЗЫ ШОКА:

1) Больной возбужден, пульс 120/мин., АД 100/60 мм.рт.ст.

2) АД 100 мм.рт.ст., пульс 100/мин

3) АД менее 80 мм.рт.ст., пульс 140/мин., диурез около 5 мл. в час, поверхностное дыхание.

4) АД не определяется. Пульс прощупывается на сонных артериях, дыхание поверхностное.

23. УКАЖИТЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЧЕРТЫ ОЖОГОВОГО ШОКА В ОТЛИЧИЕ ОТ ТРАВМАТИЧЕСКОГО:

1) все верно

2) выраженная плазмопотеря

3) отсутствие кровотечения

4) гемолиз

24. ПО ИСТЕЧЕНИИ КАКОГО ПЕРИОДА ВРЕМЕНИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ГЛУБИНУ ОЖОГА:

1) На 7–14 день после травмы

2) В течение 1 ч.

3) На 1–4 день после травмы

4) Через 3–4 нед.

25. УКАЖИТЕ СТЕПЕНИ ОЖОГОВ ПО ГЛУБИНЕ ПОРАЖЕНИЯ:

1) I, II, III

2) I, IIа, IIб, III, IV

3) I, II, IIIa, IIIб, IV

4) I, II, III, IV, V

26. I СТЕПЕНЬ ОЖОГА ХАРАКТЕРЕЗУЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ:

1) эпидермального слоя кожи с его отслойкой

2) поверхностного слоя эпидермиса

3) эпидермиса с частичным некрозом верхушек сосочкового слоя

4) все слои кожи

27. ОЖОГОВАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ЗАНИМАЕТ НЕБОЛЬШИЕ УЧАСТКИ КОЖИ НА РАЗЛИЧНЫХ СЕГМЕНТАХ. КАКОЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОЩАДИ ОЖОГА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1) правило "девятки"

2) правило "ладони"

3) метод Вилявина

4) метод Постникова

28. ПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ТЕПЛОВОГО ФАКТОРА ОБУСЛОВЛЕНО, В ОСНОВНОМ:

1) рефлекторным воспалением

2) первичной коагуляцией белка

3) циркуляторным некрозом

4) асептическим воспалением

29. В СТАЦИОНАР ДОСТАВЛЕН БОЛЬНОЙ С ОЖОГОМ ЛИЦА И ТУЛОВИЩА (15%) ПРЕИМУЩЕСТВЕННО III СТЕПЕНИ. СЛЕДУЕТ ЛИ КАТЕТЕРИЗИРОВАТЬ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ:

1) если больной сам не мочится

2) нет

3) да

4) лишь после введения диуретиков

30. ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОЖОГЕ IIIБ СТЕПЕНИ:

1) наличие сухого струпа и пузырей с геморрагическим содержимым,

чувствительность отсутствует

2) наличие бело-воскового струпа и пузырей с желеобразным желтым содержимым, чувствительность сохранена

3) наличие бело-воскового струпа

4) обугливание мягких тканей

31. КАКИЕ СЛОИ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ ПОВРЕЖДАЮТСЯ ПРИ ОЖОГАХ II СТЕПЕНИ:

1) поверхностный слой эпидермиса

2) все слои кожи

3) весь эпидермальный слой кожи с его отслойкой

4) эпидермиса с частичным некрозом верхушек сосочкового слоя

32. УКАЖИТЕ, ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОДОМ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ:

1) ожоговая кахексия

2) ожоговая токсемия

3) ожоговый шок

4) ожоговая септикотоксемия

33. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРОГНОЗА И ИСХОДА ОЖОГА ИСПОЛЬЗУЮТ:

1) таблицы Постникова

2) индекс Франка, правило «сотни»

3) схему Вилявина

4) правило «девяток»

34. РАССЧЕТ ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ ПО ПРАВИЛУ «СОТНИ»:

1) суммируется площадь глубокого, поверхностного ожога, возраст и вес больного

2) суммируется общая площадь ожога в % к общей поверхности тела и возраст больного

3) суммируется общая площадь ожога и вес больного

4) суммируется площадь поверхностного ожога и утроенная площадь

глубокого ожога

35. ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕНА III ФАЗА ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ:

1) Присоединением инфекции

2) Болевым раздражением

3) Всасыванием продуктов распада тканей

4) Отторжением нежизнеспособных тканей

36. IIIА СТЕПЕНЬ ОЖОГА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ:

1) поверхностных слоев эпидермиса

2) некрозом эпителия и верхушек сосочкового слоя дермы

3) всего эпидермального слоя кожи

4) кожи и подлежащих тканей

37. В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ К ПОНЯТИЮ «ГЛУБОКИЕ ОЖОГИ» ОТНОСЯТ:

1) ожоги IIIб и IV степени

2) ожоги IIIа, IIIб и IV степени

3) ожоги только IV степени

4) ожог II - IIIа степеней

38. ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОЖОГЕ I СТЕПЕНИ:

1) гиперемия и отек кожи

2) гиперемия, наличие пузырей

3) обугливание мягких тканей

4) наличие мягкого струпа

39. ПЕРВЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОЖОГОВОЙ ТОКСЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) брадикардия

2) повышение утренней и вечерней температуры

3) двигательное возбуждение

4) снижение гематокрита

40. ИНДЕКС ФРАНКА У БОЛЬНОГО С ТЕРМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ СОСТАВЛЯЕТ 68 ЕД. ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

1) благоприятном прогнозе

2) относительно благоприятном

3) сомнительном

4) неблагоприятном

41. В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ К ПОНЯТИЮ "ПОВЕРХНОСТНЫЕ ОЖОГИ" ОТНОСЯТ:

1) ожоги I - II и IIIа степеней

2) ожоги I и II степеней

3) ожоги только I степени

4) ожоги I, II,IIIа и IIIб степеней

42. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СТАДИИ ТОКСЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ:

1) 11-15 дней

2) 5-10 дней

3) 2-3 месяца

4) 3-4 месяца

43. ГРУБЫЕ РУБЦЫ НА КОЖЕ МОГУТ ОБРАЗОВАТЬСЯ:

1) после ожогов III степени

2) чаще после ожогов IIIб и IV степеней

3) после ожогов II степени

4) после ожогов II - IIIа степеней

44. ПРИ КАКОМ ИНДЕКСЕ ФРАНКА ПРОГНОЗ ОЖОГА ОТНОСИТЕЛЬНО БЛАГОПРИЯТНЫЙ:

1) < 30 ед.

2) 61-90 ед.

3) 31-60 ед.

4) > 90 ед.

45. ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОЖОГЕ II СТЕПЕНИ:

1) гиперемия и отек кожи

2) гиперемия, отек и наличие пузырей

3) наличие струпа

4) обугливание мягких тканей

46. КАКОВ ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ ОЖОГОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ (ИНДЕКС ФРАНКА), ЕСЛИ ОБЩАЯ ПЛОЩАДЬ ОЖОГА СОСТАВЛЯЕТ 30%, ИЗ НИХ 10% - ГЛУБОКИЙ ОЖОГ:

1) 50

2) 60

3) 70

4) 80

47. ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОЖОГЕ IIIA СТЕПЕНИ:

1) обугливание мягких тканей

2) наличие бело-воскового струпа и пузырей с желеобразным желтым

содержимым, чувствительность сохранена

3) наличие сухого струпа и пузырей с геморрагическим содержимым,

чувствительность отсутствует

4) наличие сухого струпа

48. ПО «ПРАВИЛУ ДЕВЯТОК» ПЛОЩАДЬ ОЖОГА ОБЕИХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ ДО:

1) 9%

2) 36 %.

3) 27 %

4) 18 %

49. ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СТАДИИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ? ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

а) ожоговая токсемия

б) ожоговый шок

в) острая почечная недостаточность

г) реконвалесценция

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б,г

2) б,в,г

3) а,б,в

4) а,в,г.

50. ОЖОГОВАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ИМЕЕТ ВИД СУХОГО СТРУПА ТЕМНО-КОРИЧНЕГО ЦВЕТА. КАКАЯ ГЛУБИНА ОЖОГА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА:

1) вторая

2) первая

3) третья

4) четвертая

51. IIIБ СТЕПЕНЬ ОЖОГА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ:

1) поверхностных слоев эпидермиса

2) некрозом всех слоев дермы с переходом на подкожную клетчатку

3) эпидермального слоя кожи с его отслойкой

4) эпидермиса с частичным некрозом верхушек сосочкового слоя

52. ПО «ПРАВИЛУ ДЕВЯТОК» ПЛОЩАДЬ ОЖОГА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ СОСТАВЛЯЕТ ДО:

1) 9%

2) 1%

3) 18%

4) 27%

53. ПЕРИОДЫ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ РАЗВИВАЮТСЯ В СЛЕДУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ:

1) Шок, септикотоксемия, реконвалесценция, ожоговая токсемия

2) Шок, ожоговая токсемия, реконвалесценция, септикотоксемия

3) Шок, ожоговая токсемия, септикотоксемия, реконвалесценция

4) Ожоговая токсемия, шок, септикотоксемия, реконвалесценция

54. ПРИ ОЖОГЕ ЩЁЛОЧЬЮ НАБЛЮДАЕТСЯ:

1) гиперемия кожи

2) коликвационный некроз

3) коагуляционный некроз

4) образование пузырей

55. ПРАВИЛО «ДЕВЯТОК» - ЭТО ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОЩАДИ ОЖОГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПО МЕТОДУ:

1) Уоллеса

2) Глумова

3) Постинкова

4) Вилявина

56. ПРИ ОЖОГЕ КИСЛОТОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ:

1) гиперемия кожи

2) коагуляционный некроз

3) образование пузырей

4) коликвационный некроз.

57. МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОЩАДИ ОЖОГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) правило "пятерки"

2) правило "шестерки"

3) правило "девятки"

4) правило "восьмерки"

58. КАКОВ ПРОГНОЗ ТЯЖЕСТИ ОЖОГОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЕСЛИ РАСЧЕТ ПО ПРАВИЛУ «СОТНИ» СОСТАВЛЯЕТ 90%:

1) благоприятный

2) относительно благоприятный

3) сомнительный

4) неблагоприятный

59. ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОЖОГОВОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) выраженная плазмопотеря

2) нарушение микроциркуляции

3) спазм периферических сосудов

4) нарушение проницаемости сосудистых к клеточных мембран

60. ТРЕТЬИМ ПЕРИОДОМ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) ожоговая токсемия

2) септикотоксемия

3) ожоговый шок III степени

4) ожоговый шок II степени

61. ПРАВИЛО «ЛАДОНИ» - ЭТО ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОЩАДИ ОЖОГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПО МЕТОДУ:

1) Глумова

2) Уоллеса

3) Постнинкова

4) Вилявина

62. КАКОВ ПРОГНОЗ ТЯЖЕСТИ ОЖОГОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЕСЛИ РАСЧЕТ ПО ПРАВИЛУ «СОТНИ» СОСТАВЛЯЕТ 80%:

1) благоприятный

2) сомнительный

3) относительно благоприятный

4) неблагоприятный

63. ПРИ ОЖОГАХ IIIБ СТЕПЕНИ НЕКРОЗ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ:

1) при повреждении всего эпителия

2) на эпителий и все слои собственно кожи

3) на кожу и подкожную клетчатку

4) на эпителий и поверхностные слои дермы

64. ОЖОГОВАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ВСЯ ПОКРЫТА РАЗНОКАЛИБЕРНЫМИ ПУЗЫРЯМИ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СОДЕРЖИМЫМ. КАКОВА ГЛУБИНА ПОРАЖЕНИЯ И СВЕЖЕСТЬ ЕГО:

1) свежий ожог III степени

2) инфицированый ожог II степени

3) свежий ожог IIIа степени

4) ожог IV степени

65. МЕТОД ТЕТРАЦИКЛИНОВОЙ ФЛУОРЕСЦЕНЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ:

1) определения глубины ожога

2) определения степени ожога

3) определения состояния кровообращения в зоне ожога

4) определения площади ожога

66. ПЛОЩАДЬ ОЖОГА ОБЕИХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО «ПРАВИЛУ ДЕВЯТОК» СОСТАВЛЯЕТ:

1) 18%

2) 27%

3) 36%

4) 9%

67. ИСКЛЮЧИТЕ НЕВЕРНО УКАЗАННУЮ СТАДИЮ ТЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ:

1) ожоговый шок

2) острая токсемия

3) острая почечная недостаточность

4) септикотоксемия или сепсис

68. ПРИ КАКОМ ПОКАЗАТЕЛЕ ПРИВИЛА «СОТНИ» ПРОГНОЗ ОЖОГА БЛАГОПРИЯТНЫЙ:

1) < 60 ед.

2) 61-80 ед.

3) 81-100 ед.

4) > 100 ед.

69. НА МЕСТЕ СОПРИКОСНОВЕНИЯ КОЖИ С РАСКАЛЕННЫМ МЕТАЛЛОМ ВОЗНИКЛО НЕГЛУБОКОЕ ВТЯЖЕНИЕ 4-6 СМ. БЕЛЕСОВАТОГО ЦВЕТА, ПЛОТНОЕ, НЕЧУВСТВИТЕЛЬНОЕ ПРИ УКОЛЕ ИГЛОЙ И СПИРТОВОЙ ПРОБЕ. РИСУНОК КОЖИ (СКЛАДЧАТОСТЬ, КОНТУРЫ ПОДКОЖНЫХ ВЕН) СОХРАНЕН. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1) ожог IIIб степени

2) ожог IIIб- IV степени

3) ожог II-IIIа степени

4) ожог I-II степени

70. IIIА СТЕПЕНЬ ОЖОГА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ:

1) в пределах эпидермиса

2) поверхностных слоев дермы

3) всей дермы

4) подкожной клетчатки

71. МЕТОД ВИЛЯВИНА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОЩАДИ ОЖОГА ПОДРАЗУМЕВАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ:

1) стерильного целофана для нанесения контура ожога

2) правила "ладоней"

3) скицц

4) правила "девяток"

72. ПРИ ОЖОГЕ КИСЛОТОЙ НЕКРОЗ ИМЕЕТ СВОЙСТВА:

1) коликвационного

2) коагуляционного

3) казеозного

4) фибринозного

73. ОЖОГИ IIIА СТЕПЕНИ ОТНОСЯТСЯ К:

1) поверхностным

2) глубоким

3) неглубоким

74. IIIБ СТЕПЕНЬ ОЖОГА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ:

1) всей дермы

2) поверхностных слоев дермы

3) в пределах эпидермиса

4) обугливанием кожи

75. ПРИ КАКОМ ПОКАЗАТЕЛЕ ПРИВИЛА «СОТНИ» ПРОГНОЗ ОЖОГА ОТНОСИТЕЛЬНО БЛАГОПРИЯТНЫЙ:

1) < 60 ед.

2) 61-80 ед.

3) 81-100 ед.

4) > 100 ед.

76. ПРИ КАКОМ ПОКАЗАТЕЛЕ ПРИВИЛА «СОТНИ» ПРОГНОЗ ОЖОГА СОМНИТЕЛЬНЫЙ:

1) 81-100 ед.

2) 61-80 ед.

3) < 60 ед.

4) > 100 ед.

77. С УЧЕТОМ ПАТОГЕНЕЗА ОЖОГОВЫЙ ШОК ЯВЛЯЕТСЯ:

1) септическим

2) гиповолемическим

3) анафилактическим

4) кардиогенным

78. В РЕЗУЛЬТАТЕ ОЖОГА В ЗОНЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ИМЕЕТСЯ ПЛОТНЫЙ ТЕМНЫЙ СТРУП, ЗАХВАТЫВАЮЩИЙ НЕ ТОЛЬКО КОЖУ, НО И ГЛУБЖЕРАСПОЛОЖЕННЫЕ ТКАНИ. КАКОВА СТЕПЕНЬ ГЛУБИНЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ:

1) I степень

2) II степень

3) IV степень

4) IIIа степень

79. КАКОЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОЩАДИ ОЖОГОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ПРИМЕНЯТЬ У ДЕТЕЙ:

1) метод Постникова

2) метод Вилявина

3) правило ладони

4) правило "девяток"

80. КАКУЮ ГЛУБИНУ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖИ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ ПРИ ОЖОГЕ КОЖИ РАСКАЛЕННЫМ МЕТАЛЛИЧЕСКИМ ПРЕДМЕТОМ:

1) глубокий ожог, но дифференцировать возможно только в процессе наблюдения

2) вторую

3) третью Б

4) II - III степень

81. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВЫВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО ИЗ СОСТОЯНИЯ ОЖОГОВОГО ШОКА:

1) восстановление у больного сознания

2) купирование болевого синдрома

3) восстановление диуреза (почасового)

4) тахикардия

82. ЧЕРЕЗ 10 ЧАСОВ ПОСЛЕ ОЖОГА I-II СТЕПЕНИ 30% ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА У БОЛЬНОГО ПО КАТЕТЕРУ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ПО 10 МЛ МОЧИ В ЧАС. СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ЛИ ЭТО О ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ ШОКЕ?

1) Да.

2) Нет.

3) Только при сохранении гипотонии.

4) Только при сохранении тахикардии.

83. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОЖОГОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ОЖОГА СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ РАЗВИТИЯ:

1) бронхоспазма

2) пневмонии

3) кровотечения из верхних дыхательных путей

4) тромбоза легочных артерий

84. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ ПЛОЩАДЬЮ 20X20 СМ2 ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ:

1) лечение под повязками с антибактериальными эмульсиями до полного заживления ожоговой раны

2) лечение с закрытием ожоговой раны ежедневно меняющимися влажно-высыхающими повязками до эпителизации ожоговой раны

3)закрытый способ лечения с последующей аутодермопластикой

4) традиционное лечение, как обычной инфицированной раны

85. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ЛИЗИСА И ОТТОРЖЕНИЯ НЕКРОТИЗИРОВАННЫХ ТКАНЕЙ В ОЖОГОВОЙ РАНЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СРЕДСТВА:

1) протеолитические ферменты животного и бактериального происхождения

2) муколитические средства

3) фибринолитические средства

4) повязки с мазями на водорастворимой основе

86. КАКОВЫ ПРЕИМУЩЕСТВА ТАКТИКИ РАННЕГО ИССЕЧЕНИЯ НЕКРОЗА ПРИ ОЖОГАХ:

1) удаляется некротическая ткань, уменьшается интоксикация

2) открываются возможности проведения лечения без аутодермопластики

3) сокращается время наступления спонтанного отторжения некроза

4) снимается риск возникновения шока, особенно при полном иссечении некроза

87. АУТОДЕРМОПЛАСТИКА ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ОЖОГОВЫХ РАН ПРОВОДИТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СПОСОБАМИ:

1) расщепленным кожным лоскутом

2) оболочками эмбриона

3) закрытием раны с помощью фибринных пленок

4) высокопористым полимером коллагена

88. ПРЕИМУЩЕСТВА ЗАКРЫТОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ:

1) профилактика вторичного инфицирования

2) применение средств, подавляющих рост бактерий и способствующий эпителизации раны

3) амбулаторное лечение

4) все вышеперечисленное верно

89. НЕДОСТАТКИ ОТКРЫТОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ ДУБЯЩИХ ВЕЩЕСТВ:

1) облегчается транспортировка больного

2) необходимость специального оснащения палат

3) экономия перевязочного материала

4) быстрое образование сухого струпа

90. ПЕРЕЧИСЛИТЕ НЕДОСТАТКИ ЗАКРЫТОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ:

1) нарастание интоксикации при лизисе и отторжении некротических тканей

2) болезненность перевязок

3) трудоемкость и большой расход перевязочного материала

4) все вышеперечисленное

91. ПРЕИМУЩЕСТВА ОТКРЫТОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ:

1) трудоемкость и большой расход перевязочного материала

2) позволяет быстрее сформировать сухой струп

3) уменьшается плазмопотеря

4) усложняется уход

92. УКАЖИТЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОЖОГОВОГО ШОКА:

1) 1 сутки

2) до 2-х суток

3) до 3-х суток

4) до 4-х суток

93. УКАЖИТЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ОСТРОЙ ОЖОГОВОЙ ТОКСЕМИИ С МОМЕНТА ПОЛУЧЕНИЯ ОЖОГА?

1) 7-10 суток

2) 10-14 суток

3) 15-20 суток

4) более 20 суток

94. КАКОВА ПРИМЕРНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ III ПЕРИОДА ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ?

1) от 3-х недель до 2-3 месяцев

2) 4-5 месяцев

3) 6-7 месяцев

4) 8-10 месяцев

95. ПРИ КАКОЙ ПЛОЩАДИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ОЖОГОВ РАЗВИВАЕТСЯ ОЖОГОВАЯ БОЛЕЗНЬ?

1) 5-9%

2) 10-15%

3) 30-35%

4) 25-30%

96. ПРИЗНАКИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ ПЛОЩАДЬЮ:

1) 5-8%

2) 10-12%

3) 12-15%

4) 15-20%

97. В ТЕЧЕНИЕ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПЕРИОДЫ:

1) ожогового шока

2) анурии

3) заживления

4) микроциркуляторных нарушений

98. УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН

1) некротомия

2) некрэктомия

3) аутодермопластика

4) все вышеперечисленное

99. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЗАКРЫТИЯ ОЖОГОВЫХ РАН ЯВЛЯЕТСЯ СВОБОДНАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА. УКАЖИТЕ ВИДЫ СВОБОДНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ:

1) пластика лоскутом на питательной ножке

2) применение культивированных аллофибробластов

3) временное биологическое закрытие дефекта

4) пересадка расщепленного кожного лоскута

100. УКАЖИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ЗАКРЫТИЯ РАНЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ:

1) уменьшение потери жидкости с обожженной поверхности

2) снижение инфицированности раны

3) ускорение очищения раны от некротических тканей

4) все вышеперечисленное

101. АЛЛОПЛАСТИКА ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ОЖОГОВЫХ РАН ПРОВОДИТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ МЕТОДАМИ:

1) кожным трансплантатом от трупа

2) расщепленным лоскутом собственной кожи, полученной с помощью дерматома

3) перфорированным трансплантатом собственной кожи

4) марочным методом

102. ЧЕРЕЗ ЧЕТВЕРО СУТОК ПОСЛЕ ОЖОГА II-III СТЕПЕНИ 40% ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ПУЛЬС У БОЛЬНОГО 100 В МИН., АД 100/70 ММ РТ. СТ., ПО КАТЕТЕРУ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ПО 5-10 МЛ МОЧИ В ЧАС. КАК ОЦЕНИТЬ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО?

1) продолжающийся ожоговый шок

2) тяжелая общая инфекция

3) острая почечная недостаточность

4) острая сердечная недостаточность

103. ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА КОЖИ ПОСЛЕ ОЖОГА ПРИМЕНЯЮТ:

1) синтетические материалы (поликапролоктон, гидрон)

2) пластику кожи лоскутом на ножке

3) пластику мигрирующим стеблем

4) метод Тирша

104. НАЗОВИТЕ КОМПОНЕНТЫ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ:

1) лечение ожогового шока

2) лечение острой токсемии

3) лечение септикотоксемии

4) все верно

105. НАЗОВИТЕ ПЕРИОДЫ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ:

1) острой ожоговой токсемии

2) олигурии

3) микроциркуляторных нарушений

4) все верно

106. КАКОВЫ ПОКАЗАНИЯ К РАННЕЙ НЕКРЭКТОМИИ?

1) массивная раневая инфекция

2) ожоги всей толщины кожи с площадью до 10%

3) выраженная интоксикация

4) состояние ожогового шока

107. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ КОНТРОЛИРУЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ДАННЫМ:

1) по клиническим данным

2) величины ЦВД, показателям гематокрита

3) по часовому и суточному диурезу

4) все вышеперечисленное

108. КАКОВА СТЕПЕНЬ ОТМОРОЖЕНИЯ, ЕСЛИ ПОСЛЕ ОТОГРЕВАНИЯ ОТСУТСТВУЕТ НЕКРОЗ, А КОЖА ПРИОБРЕТАЕТ ЦИАНОТИЧНЫЙ ОТТЕНОК, ВЫРАЖЕН ЕЕ ОТЕК?

1) I степень

2) II степень

3) III степень

4) IV степень

109. КАКОВА СТЕПЕНЬ ОТМОРОЖЕНИЯ, ЕСЛИ ПО ИСТЕЧЕНИИ ДОРЕАКТИВНОГО ПЕРИОДА ИМЕЕТСЯ ГИПЕРЕМИЯ, ОТЕК, А НА КОЖЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПУЗЫРИ С ПРОЗРАЧНЫМ ЭКССУДАТОМ?

1) I степень

2) II степень

3) III степень

4) IV степень

110. КАКОВА СТЕПЕНЬ ОТМОРОЖЕНИЯ, ЕСЛИ НА ФОНЕ ГИПЕРЕМИИ И ОТЕКА КОЖИ ПОЯВЛЯЮТСЯ ОЧАГИ НЕКРОЗА И ПУЗЫРИ С ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТЬЮ, А ПРОБЫ (МЕХАНИЧЕСКАЯ ИЛИ СПИРТОМ) НЕ ВЫЗЫВАЮТ БОЛЕВОЙ РЕАКЦИИ?

1) I степень

2) II степень

3) III степень

4) IV степень

111. КАКОВА СТЕПЕНЬ ОТМОРОЖЕНИЯ, ЕСЛИ ИМЕЕТ МЕСТО НЕКРОЗ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И КОСТЕЙ?

1) I степень

2) II степень

3) III степень

4) IV степень

112. В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ОТМОРОЖЕНИЙ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПЕРИОДЫ:

1) ранний дореактивный

2) поздний дореактивный

3) дореактивный

4) постреактивный

113. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДОРЕАКТИВНОГО ПЕРИОДА ОТМОРОЖЕНИЙ:

1) парестезии

2) чувство онемения в области отморожения

3) бледность кожных покровов

4) все верно

114. КАКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОВОДЯТСЯ В ДОРЕАКТИВНОМ ПЕРИОДЕ?

1) обезболивание наркотическим анальгетиками

2) улучшение микроциркуляции

3) антикоагулянтная терапия

4) все верно

115. КАКОВЫ СИМПТОМЫ ПОЗДНЕГО РЕАКТИВНОГО ПЕРИОДА?

1) появление гнойных осложнений

2) снижение температуры

3) появление кровотечения из участков на границе некроза и жизнеспособных тканей

4) клиника шока

116. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕКРОЗА ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ?

1) нарушение кровообращения

2) снижение общей резистентности организма

3) нарушение механизмов терморегуляции организма

4) все верно

117. КАКОВА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РАННЕГО РЕАКТИВНОГО ПЕРИОДА ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ?

1) до 2-х суток

2) до 3-х суток

3) до 4-х суток

4) до 5-ти суток

118. НАЗОВИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ РЕАКТИВНОГО ПЕРИОДА ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ:

1) боли в поврежденных участках тела

2) отек пораженных тканей

3) нарушение чувствительности (гиперстезии, парестезии)

4) все верно

119. НЕКРОЛИТИЧЕСКОЕ МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ – ЭТО ПРИМЕНЕНИЕ:

1) индифферентных мазей

2) протеолитических ферментов

3) антисептиков

4) гормонов

120. КСЕНОПЛАСТИКА ОЖОГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ – ЭТО ВЗЯТИЕ КОЖИ ОТ:

1) животных

2) донора

3) реципиента

4) все вышепречисленное верно

121. ОБЪЕМ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД В ПЕРВЫЕ 2 ДНЯ ПОСЛЕ ОЖОГА НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ % ОТ МАСЫ ТЕЛА БОЛЬНОГО:

1) 20%

2) 10%

3) 40%

4) 30%

122. ПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕСАДКЕ КОЖИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ И ВЕЛИЧИНЫ ДИАМЕТРА ПЛОЩАДИ ТЕРМИЧЕСКОГО ОЖОГА:

1) I степень – 20 см

2) IIIа степень – 30 см

3) II степень – 25 см

4) IIIб степень – 20 см

123. ПРОТИВОСТОЛБНЯЧНАЯ СЫВОРОТКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГА ВВОДИТСЯ:

1) на месте происшествия

2) в машине скорой помощи

3) в стационаре

4) все вышепречисленное верно

124. НОРМА ПОЧАСОВОГО ДИУРЕЗА В МИЛЛИЛИТРАХ:

1) 40-60

2) 20-30

3) 90-100

4) 100-120

125. ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГА ВКЛЮЧАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ:

1) противостафилококковой плазмы

2) протеолитических ферментов

3) антибиотиков

4) гормонов

126. УФО КРОВИ БОЛЬНОГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГА ПОКАЗАНО:

1) в первые часы после ожога

2) в фазе токсемии

3) в фазе септикотоксемии

4) в период реконвалесценции

127. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ПО ПЛОЩАДИ (ДО 10% ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА) ОЖОГАХ I–II СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) смазывание обожженной поверхности вазелиновым маслом

2) наложение сухой асептической повязки

3) наложение повязки с раствором антисептика

4) охлаждение обожженного участка в течение 8–10 минут проточной холодной водой

128. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ ВКЛЮЧАЕТ:

1) наложение асептической повязки

2) инфузионную терапию

3) удаление горящих и горячих предметов

4) хирургическую обработку ожога

129. ДЛЯ ОТКРЫТОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ II СТЕПЕНИ ЛИЦА И КИСТЕЙ ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ:

1) Аэрозолям

2) Биологическим покрытиям

3) Раствору фурацилина

4) Лазеротерапии

130. ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ОЖОГОВОЙ ТОКСЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Анемия

2) Нормализация диуреза

3) Повышение температуры тела

4) Диспротеинемия

131. ПОСЛЕ ОТТОРЖЕНИЯ НЕКРОЗОВ НА ОЖОГОВУЮ РАНУ СЛЕДУЕТ НАКЛАДЫВАТЬ:

а) биологическое покрытие;

б) мазь на жировой основе;

в) мазь на водорастворимой основе;

г) повязку с гипертоническим раствором.

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) Верно а, б

2) Верно б, в

3) Верно в, г

4) Верно а, в

132. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АЦИДОЗА БОЛЬНОМУ В ОЖОГОВОМ ШОКЕ СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ:

а) Лактасол;

б) Трис-буфер;

в) Полиглюкин;

г) 5% раствор соды.

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) Верно а, б

2) Верно а, в

3) Верно в, г

4) Верно б, г

133. ДЛЯ ОСТРОЙ ОЖОГОВОЙ ТОКСЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ:

а) гемоконцентрация;

б) анемия;

в) выраженная интоксикация;

г) гипо - и диспротеинемия.

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) Верно а, б, в

2) Верно б, в, г

3) Верно а, в, г

4) Верно а, б, в, г

134. ДЛЯ ОЖОГОВОГО ШОКА ХАРАКТЕРНЫ:

а) Нормальная температура тела;

б) Гипертермия;

в) Гиповолемия;

г) Анемия.

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) Верно а, б

2) Верно б, в

3) Верно в, г

4) Верно а, в

135. АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ У ОБОЖЖЕННЫХ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

1) При поверхностных ожогах;

2) При ограниченных глубоких ожогах с профилактической целью;

3) При развитии осложнений;

4) Не применяется.

136. ПОКАЗАНИЯМИ К РАННЕЙ НЕКРЭКТОМИИ ЯВЛЯЮТСЯ?

1) поверхностные ожоги

2) ожоговый шок

3) инфицированный ожог

4) ожог кисти

137. ОДНОМОМЕНТНАЯ НЕКРЭКТОМИЯ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ?

1) 5-10% от поверхности тела

2) 10-15% от поверхности тела

3) 15-25% от поверхности тела

4) 25-30% от поверхности тела

138. ПРИ КАКИХ ОЖОГАХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНА:

а) химические ожоги любой степени

б) ожоги ладони, подошвы стопы со II степени

в) ожоги тыла кисти и стопы со II степени

г) ожоги головы и шеи со II степени

Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а,б
2. б,в
3. б,г
4. а,г

139. ПРИ ОЖОГАХ II-IV СТЕПЕНЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ:

1) антирабические прививки

2) профилактику столбняка

3) профилактику столбняка и антирабические прививки

4) при воздействии высоких температур прививки не проводят

140. ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ В ПОДКОЖНЫХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДАХ ПРОИСХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

1) стойкое длительное расширение сосудов

2) нестойкий кратковременный спазм

3) кратковременное расширение сосудов, сменяющееся спазмом

4) длительный стойкий спазм

141. ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ В ПОДКОЖНЫХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДАХ ПРОИСХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

1) спазм, сменяющийся стойким расширением сосудов

2) кратковременный спазм, нестойкое расширение сосудов, вторичный спазм

3) кратковременное расширение сосудов, сменяющееся спазмом

4) длительный стойкий спазм

142. ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ ТРЕТЬЕЙ И ЧЕТВЕРТОЙ СТЕПЕНЕЙ В КРОВЕНОСНЫХ СОСУДАХ ПРОИСХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

1) ускорение кровотока на периферии, тромбоз магистральных сосудов

2) спазм, замедление кровотока, стаз, тромбоз магистральных сосудов

3) расширение сосудов, особенно на периферии

4) стойкий спазм, тромбоз отдельных подкожных ветвей, замедление кровотока в подкожных сосудах при ускорении кровотока в магистральных сосудах

143. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И НЕКРОЗА ТКАНЕЙ ПРИ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) паралич нервных окончаний

2) нарушение кровотока

3) плазмопотеря

4) прекращение потоотделения

144. ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО:

а) удалить пострадавшего из опасной зоны

б) наложить асептическую повязку

в) прекратить действие поражающего фактора

г) наложить мазевую повязку

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) б,в

3) б,г

4) а,в

145. ПО СРОКАМ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕКРЭКТОМИЯ БЫВАЕТ:

а) первичная

б) одномоментная

в) отсроченная

г) тангенциальная

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) б,в

3) б,г

4) а,в

146. ПО ТЕХНИКЕ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕКРЭКТОМИЯ БЫВАЕТ:

а) первичная

б) одномоментная

в) отсроченная

г) тангенциальная

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) б,в

3) б,г

4) а,в

147. ПО ГЛУБИНЕ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕКРЭКТОМИЯ БЫВАЕТ:

а) дермальная

б) тангенциальная

в) поверхностная

г) фасциально-мышечная

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) б,в

3) б,г

4) а,г

148. ОГРАНИЧЕННАЯ НЕКРЭКТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ НА ПЛОЩАДИ:

1) до 5% площади поверхности тела

2) от 5% до 10% площади поверхности тела

3) от 10%до 20% площади поверхности тела

4) более 20% площади поверхности тела

149. ОБШИРНАЯ НЕКРЭКТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ НА ПЛОЩАДИ:

1) до 5% площади поверхности тела

2) от 5% до 10% площади поверхности тела

3) от 10%до 20% площади поверхности тела

4) более 20% площади поверхности тела

150. РАНЕВЫЕ ПОКРЫТИЯ, ПРИМЕНЯЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ СТРУПА ДОЛЖНЫ ОБЛАДАТЬ СЛЕДУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ:

а) быть высокоадгезивными и быстро прикрепляться к поверхности раны

б) быть проницаемыми для воды

в) увеличивать потери тепла через раневую поверхность

г) снижать потери белков и электролитов

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) б,в

3) б,г

4) а,г

151. СВОБОДНАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

а) расщепленным кожным трансплантатом

б) полнослойным кожным трансплантатом

в) лоскутом на постоянной питающей ножке

г) лоскутом на временной питающей ножке

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) б,в

3) б,г

4) а,г

152. К НЕСВОБОДНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКЕ ОТНОСИТСЯ:

а) «итальянская» пластика

б) пластика расщепленным кожным лоскутом

в) пластика полнослойным кожным лоскутом

г) пластика лоскутом на сосудистой ножке

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) б,в

3) б,г

4) а,г

153. КРИТЕРИЯМИ ГОТОВНОСТИ РАН К АУТОДЕРМОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) отсутствие признаков воспаления

б) наличие выраженной экссудации

в) наличие краевой эпителизации

г) низкая адгезивность ран

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) а,в

3) б,г

4) а,г

154. НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ ДОНОРСКИМ РЕСУРСОМ ЯВЛЯЕТСЯ КОЖА:

а) лица

б) передней поверхности бедер

в) промежности

г) ягодиц

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) б,в

3) б,г

4) а,г

155. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН ПРИ:

а) I степени ожога

б) II степени ожога

в) IIIа степени ожога

г) IIIб и IV степенях ожога

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) б,в

3) б,г

4) а,г

**Устный опрос:**

1. Термические факторы, вызывающие ожоги и их характерис­тика.
2. Гистологическое строение и функции кожи. Виды регенера­ции кожи.
3. Классификация ожогов по глубине и площади поражения.
4. Значение размеров ожоговой поверхности.
5. Методы измерения площади. Формулировка диагноза.
6. Местные морфологические изменения и клинические проявле­ния при ожогах различных степеней.
7. Ожоговая болезнь, её периоды, продолжительность.
8. Патогенез и клиника ожогового шока. Плазмопотеря.
9. Патогенез и клиника токсемического периода.
10. Патогенез и клиника периода токсикосептических осложне­ний и раневого истощения.
11. Картина крови и биохимические изменения в различные пе­риоды ожоговой болезни.
12. Особенности течения ожогов у детей и стариков.
13. Местные осложнения при ожогах. Осложнения со стороны внутренних органов.
14. Общий план лечения больного с термическим ожогом.
15. Первая помощь при ожогах.
16. Задачи и принципы лечения ожогового шока (обезболивание трансфузионная терапия, критерии её достаточности; применение гормонов).
17. Задачи и принципы лечения острой токсемии.
18. Профилактика и лечение ожоговой инфекции.
19. Профилактика ожогового истощения и борьба с ним.
20. Влияние различных методов местного лечения на течение интоксикации и септикотоксемии.
21. Техника первичной обработки ожогов различных степеней.
22. Показания и противопоказания к первичному иссечению некротизированной кожи.
23. Сущность и техника открытого лечения ожога.
24. Сущность и техника закрытого лечения ожога.
25. Достоинства и недостатки, показания и противопоказания к применению открытого и закрытого методов.
26. Показания и противопоказания к кожной ауто- и аллопластике при ожогах.
27. Методы пересадки кожи.
28. Определение понятий «отморожение», «ознобление», «общее замерзание»
29. Патогенез и патологическая анатомия отморожений.
30. Классификация отморожений (периоды, фазы).
31. Местные изменения при отморожениях I-II-III-IV степени.
32. Лечение в дореактивном периоде.
33. Лечение в реактивном периоде.
34. Показание к некротомии и некрэктомии, техника.
35. Остаточные явления и осложнения при отморожениях

**Проверка практических навыков**

1. Определение площади ожога по правилам «девятки», «ладони» и Вилявина.
2. Провести клиническую оценку местных изменений при ожогах.
3. Прогнозирование тяжести ожога (правило «сотни») (индекс Франка).

**Реферат**

1. Заполните таблицу глубины поражения кожи с учетом принятой классификации:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Характеристика | I степень | II степень | III-а степень | III-б степень | IV степень |
| Клиническая |  |  |  |  |  |
| Морфологическая |  |  |  |  |  |

2. Современные методы определения глубины поражения кожи при ожогах

3. Патогенез ожогового шока.

4. Принципы лечения больных с химическими ожогами.

**Тема 4.** Травмы мочеполовых органов.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тестирование

Устный опрос

Проверка практических навыков

Реферат

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестирование:**

1. Признак полного разрыва уретры:

а) отсутствие мочи

б) гематурия

в) моча цвета пива

г) моча цвета мясных помоев

2. Признак ушиба почек:

а) ложные позывы на мочеиспускание

б) боль при мочеиспускании

в) положительный симптом Щеткина-Блюмберга

г) микро- или макрогематурия

3. Первая помощь при травме мочевого пузыря:

а) катетеризация

б) пузырь со льдом

в) мочегонные средства

г) нитрофурановые препараты

4. Первая помощь при травме почек:

а) наркотические препараты

б) пузырь со льдом, срочная госпитализация

в) тепло

г) мочегонные препараты

5. Урогематома — достоверный симптом:

а) ушиба почки

б) повреждения почечной паренхимы и лоханки

в) повреждения селезенки

г) травмы надпочечника

6. К методам исследования мочевыделительной системы относится:

а) холедохоскопия

б) цистоскопия

в) ирригография

г) ректороманоскопия

7. Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить:

а) альбуминурию;

б) микрогематурию;

в) макрогематурию;

г) оксалурию.

8. Наиболее информативный метод исследования в диагностике острой травмы почки:

а) УЗИ с оценкой почечного кровотока;

б) цистоуретрография;

в) КТ с введением контрастного вещества;

г) экскреторная урография.

9. Для внебрюшинного разрыва мочевого пузыря наиболее характерна следующая группа симптомов:

а) гематурия, дизурия, паравезикальная гематома;

б) пиурия, гематурия, повышение температуры тела;

в) тошнота, рвота, острая задержка мочи;

г) гематурия, олигурия, почечная колика.

10. Нарастающая припухлость в поясничной области характерна для:

а) удвоения почки;

б) гидронефроза;

в) нефроптоза;

г) разрыва почки.

11. Основные симптомы внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря у детей:

а) острая задержка мочи, паравезикальная гематома;

б) пиурия, гематурия;

в) перитонеальные проявления, притупление звука в отлогих местах, олигурия;

г) перелом костей таза, острая задержка мочи.

12. Основной метод диагностики травмы мочевого пузыря у детей:

а) экскреторная урография;

б) цистоскопия;

в) цистография;

г) хромоцистоскопия.

13. Патогномоничным симптомом полного разрыва уретры у детей служит:

а) гематурия;

б) пиурия;

в) острая задержка мочи;

г) дизурия.

14. Эхографическим признаком разрыва почки у детей служит:

а) расширение чашечно-лоханочной системы одной из почек;

б) нечёткость контура повреждённой почки;

в) увеличение паранефральной гематомы и нарушение кровотока, заметное при УЗИ;

г) эхо-признаки выпота в брюшной полости.

15. Для разрыва уретры характерна:  
а) гематурия  
б) уретроррагия  
в) анурия  
г) пузырно-мочеточниковый рефлюкс

16. При острой травме уретры уретрография и катетеризация мочевого пузыря показана:   
а) не позднее 2-3 часов после травмы  
б) спустя 6 часов после травмы  
в) не позднее 12 часов после травмы  
г) не показаны совсем

17. Методом неотложной помощи при острой травме уретры является:  
а) цистостомия  
б) первичный шов уретры  
в) бужирование уретры  
г) пластика уретры

18. При диагностике травмы почек применяется:  
а) динамическая нефросцинтиграфия  
б) радиоизотопная ренография  
в) хромоцистоскопия  
г) экскреторная урография

19. Для травмы почек характерна:  
а) секреторная анурия  
б) острая задержка мочеиспускания  
в) тотальная макрогематурия  
г) клиническая картина перитонита

20. При ушибе почки показана:  
а) резекция почки  
б) нефрэктомия  
в) дренирование почки и паранефральной клетчатки  
г) постельный режим с антибактериальной и гемостатической терапией

21. Поздним осложнением травмы почки может быть:  
а) острый пиелонефрит  
б) нефрогенная гипертония  
в) педункулит  
г) хронический пиелонефрит

22. Необходимым этапом операции при внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря у женщин является:  
а) ревизия и дренирование брюшной полости  
б) цистостомия с дренированием предпузырной клетчатки  
в) цистостомия и дренирование брюшной полости  
г) ушивание мочевого пузыря с оставлением уретрального катетера

23. Признаком внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря является:   
а) боль над лоном  
б) нарушение мочеиспускания и симптомы раздражения брюшины  
в) почечная недостаточность  
г) недержание мочи

24. Признаком внебрюшинного разрыва мочевого пузыря является:  
а) расстройство мочеиспускания и мочевой затек в клетчатку малого таза  
б) недержание мочи и боли над лоном  
в) симптомы раздражения брюшины  
г) интоксикация и азотемия

25. Необходимым этапом оперативного лечения внебрюшинного разрыва мочевого пузыря является:   
а) лапаротомия и ушивание дефекта мочевого пузыря  
б) ушивание дефекта мочевого пузыря и цистостомия  
в) ушивание дефекта мочевого пузыря, цистостомия

г) дренирование брюшной полости

26. Основным рентгенологическим признаком повреждения мочевого пузыря является:

а) пузырно-мочеточниковый рефлюкс  
б) деформация контуров мочевого пузыря  
в) затек контрастного вещества за пределы мочевого пузыря  
г) дивертикул мочевого пузыря

27. При травме почки нефрэктомия показана при:  
а) гематурии  
б) гидронефрозе  
в) безуспешности гемостатической терапии  
г) кровотечении из почки

28. Перед удалением поврежденной почки необходимо исследовать:   
а) состояние гемодинамики  
б) состояние поврежденной почки  
в) функцию остающейся почки  
г) данные общего анализа мочи

29. При травме мочеполовых путей и гематурии в первую очередь показана:   
а) почечная артериография  
б) ретроградная пиелография  
в) цистоскопия  
г) цистография

30. Какова цель экскреторной урография при травме почки?

а) выявить состояние контралатеральной почки

б) установить степень и характер повреждения почки

в) выявить субкапсулярную гематому

г) определить подвижность поврежденной почки

31. Каковы показания к срочному оперативному лечению при закрытой травме почки?

а) продолжающееся кровотечение из почки

б) микрогематурия

в) анемия

г) шок

32. При острой травме мочеиспускательного канала уретрография:

а) показана обязательно в первые часы

б) не обязательна

в) не показана

г) показана через 24 часа после травмы

33. Для выявления наружных контуров почки информативны:  
а) ретропневмоперитонеум  
б) ретроградная пиелография  
в) УЗИ почек  
г) образная урография

34. При анализе обзорной урограммы возможно итерпретировать:  
а) состояние видимой части костной системы  
б) контуры мочеточника  
в) контуры поясничных мышц  
г) форму, размеры, положение почек

35. Какие рентгеноконтрастные вещества применяется для выполнения эксктреторной урографии?  
1) верографин  
2) уротраст  
3) йодолипол  
4) омнипак

Выберете правильную комбинацию ответов:

а) 1,2,4

б) 1,3,4

в) 1,2,3

г) 2,3,4

36. Цистография выполняется для диагностики:  
а) разрыва почки  
б) разрыва мочевого пузыря  
в) разрыва уретры  
г) рака мочевого пузыря

37. Симптомами закрытого травматического повреждения почки являются:  
а) гипертермия  
б) макрогематурия  
в) дизурические расстройства  
г) боли в поясничной области

38. Оценка степени травматического повреждения почки проводится по результатам:  
а) обзорной урограммы  
б) экскреторной урограммы  
в) цистоскопия

г) УЗИ почек

39. Показаниями для хирургического лечения закрытой травмы почки являются:  
а) гематургия  
б) боли в поясничной области  
в) нарастающая паранефральная гематома  
г) признаки продолжающегося внутреннего кровотечения

40. Диагностика разрыва мочевого пузыря проводится по данным:  
а) цистоскопии  
б) экстреторной урографии  
в) УЗИ мочевого пузыря  
г) цистографии

41. При тяжелом повреждении почки, во время операции, определив пальпаторно наличие контралатеральной почки, хирург:

а) имеет право выполнить нефрэктомию

б) не имеет право выполнить нефрэктомию

в) имеет право, если только почка обычных размеров

г) имеет право, если только почка подвижна

42. В акушерско-гинекологической практике повреждения мочеточника наблюдаются чаще всего:

а) одновременно обоих мочеточников

б) в нижней трети

в) в средней трети

г) в сочетании с травмой мочевого пузыря

43. При подозрении на травму почки больного необходимо:

а) наблюдать амбулаторно ежедневно

б) немедленно госпитализировать во всех случаях

в) госпитализировать в случае нестабильного артериального давления

г) госпитализировать в случае шока

44. К ранним осложнениям травмы уретры относятся:

а) мочевые затеки таза и промежности

б) стриктура уретры, мочевые свищи

в) флебиты таза и промежности, уросепсис

г) кровотечение

45. Характерным признаком повреждения уретры при травме полового члена являются:

а) рези при мочеиспускании

б) задержка мочи

в) уретроррагия

г) вялая струя мочи

46. После ушиба яичка возможно возникновение:

а) атрофии яичка

б) инфаркта яичка

в) невралгии

г) злокачественного перерождения

47. При ультразвуковом сканировании почки взрослого человека определяются в виде образования овоидной формы, поперечный размер которого составляет:

а) 3.5-4.0 см

б) 4.5-6.5 см

в) 6.5-7.5 см

г) 7.5-8.5 см

48. Визуализация мочеточников при ультразвуковом сканировании возможна:

а) во всех случаях

б) никогда

в) если они не расширены

г) при уростазе

49. Толщина почечной паренхимы при ультразвуковом сканировании равна:

а) 0.8-1.0 см

б) 1.0-1.2 см

в) 1.0-1.6 см

г) 1.8-1.9 см

50. Задержка мочеиспускания – это:

а) отсутствие выделения мочи почками

б) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

г) отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации

в) парадоксальная ишурия

51. Гематурия – это:

а) наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина

б) выделение крови из мочеиспускательного канала

в) выделение крови с мочой

г) наличие в моче порфирина

52. К повреждению почки предрасполагают:

а) гидронефроз

б) опухоли почки

в) туберкулез

г) нефроптоз

53. Срочное оперативное лечение при закрытой травме почки показано:

а) при пиурии

б) при высокой температуре

в) при микрогематурии

г) при нарастающей анемии

54. Диагностике урогематомы в забрюшинном пространстве помогает:

а) пальпация плотного образования в поясничной области

б) отсутствие контуров наружного края поясничной мышцы на обзорном снимке почек и мочевых путей

в) напряжение мышц передней брюшной стенки и поясничной области на стороне пораженной почки

г) все перечисленные признаки

55. При травме почки оперативное лечение показано в случае:

а) профузной гематурии со сгустками при нарастании забрюшинной гематомы

б) при макрогематурии

в) когда на экскреторной урограмме отсутствует выделение поврежденной почкой рентгеноконтрастного вещества

г) при нормальной функции контралатеральной почки

56. Открытые повреждения почек чаще встречаются:

а) в мирное время

б) в военное время

в) во время стихийных бедствий

г) при авариях на транспорте

57. При подозрении на повреждение или перевязку мочеточника во время операции для уточнения диагноза нужно произвести:

а) обзорную рентгенографию почек и мочевых путей

б) экскреторную урографию

в) УЗ-исследование почек

г) хромоцистоскопию и катетеризацию мочеточников

58. При внебрюшной травме мочевого пузыря обязательными рентгенографическими исследованиями являются:

а) ретроградная уретроцистография

б) цистоскопия

в) пневмоцистография

г) обзорная урография

59. Предпочтительным видом дренирования мочевого пузыря при его травме является:

а) самостоятельное мочеиспускание

б) постоянный катетер

в) катетеризация мочевого пузыря 2-3 раза в сутки

г) цистостомия

60. В клинику в состоянии шока (АД – 70/40 мм рт. ст., тахикардия - 120 в минуту, бледность кожных покровов) доставлен больной, который упал со строительных лесов с высоты 2-го этажа. В правой поясничной области выбухание, кожные ссадины, имеется болезненность и напряжение мышц в правой половине живота. На обзорной рентгенограмме почек и мочевых путей справа тень почки и изображение контуров поясничной мышцы отсутствуют, имеется перелом XI и XII ребер. Какое исследование Вы изберете для уточнения диагноза?

а) цистоскопия

б) уретрография

в) УЗИ

г) биохимическое исследование крови

61. Из вытрезвителя доставлен больной 36 лет с жалобами на боли в животе и невозможность самостоятельного мочеиспускания. 6 часов назад он был избит. При обследовании: периодически садится. Живот умеренно вздут, болезнен при пальпации, особенно в нижних отделах. Перкуторно в отлогих местах притупление, создается впечатление о наличии жидкости в брюшной полости. Катетер Нелатона №18 свободно проведен в мочевой пузырь - выделилось 100 мл мочи с кровью. АД – 120/80 мм рт. ст. Пульс - 88 в минуту, хорошего наполнения. Нb - 140 г/л. Какое исследование необходимо провести для установления диагноза?

а) уретрографию

б) УЗИ почек и мочевого пузыря

в) цистографию в 2 проекциях и снимок после опорожнения мочевого пузыря

г) биохимическое исследование крови

62. Больной С., 20 лет во время игры в футбол получил удар ногой в промежность. Появилась уретроррагия. Отмечает позывы к мочеиспусканию, но самостоятельно помочиться не может. Над лоном определяется выбухание, над которым при перкуссии выявляется тупой звук. Имеется гематома промежности. Из уретры выделяется кровь. Какой Ваш предварительный диагноз?

а) разрыв мочевого пузыря

б) разрыв уретры

в) повреждение простаты

г) гематома промежности

63. Больной В., 30 лет во время ремонта крыши гаража упал с высоты 3 м. Появилась боль в поясничной области, примесь крови в моче. Какой Ваш предварительный диагноз?

а) разрыв мочевого пузыря

б) ушиб почки

в) разрыв почки

г) ушиб поясничной области

64. Больной А., 34 лет поступил в отделение экстренной урологии. 1 ч назад был избит неизвестными. Отмечается нарастающая припухлость в поясничной области. Какой Ваш предварительный диагноз?

а) разрыв мочевого пузыря

б) ушиб почки

в) разрыв почки

г) ушиб поясничной области

65. Больной К.,29 лет поступил в отделение экстренной урологии. При поступлении отмечается гематурия, нарушение мочеиспускания (дизурия). При УЗИ выявлена паравезикальная гематома. Какой Ваш предварительный диагноз?

а) внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря

б) внебрюшинный разрыв мочевого пузыря

в) разрыв почки

г) разрыв уретры

66. Больной М., 40 лет поступил в отделение экстренной урологии. При обследовании отмечается олигоурия, притупление перкуторного звука в отлогих местах, перитонеальные симптомы. Какой Ваш предварительный диагноз?

а) внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря

б) внебрюшинный разрыв мочевого пузыря

в) разрыв почки

г) разрыв уретры

**Устный опрос:**

1. Термические факторы, вызывающие ожоги и их характерис­тика.
2. Гистологическое строение и функции кожи. Виды регенера­ции кожи.
3. Классификация ожогов по глубине и площади поражения.
4. Значение размеров ожоговой поверхности.
5. Методы измерения площади. Формулировка диагноза.
6. Местные морфологические изменения и клинические проявле­ния при ожогах различных степеней.
7. Ожоговая болезнь, её периоды, продолжительность.
8. Патогенез и клиника ожогового шока. Плазмопотеря.
9. Патогенез и клиника токсемического периода.
10. Патогенез и клиника периода токсикосептических осложне­ний и раневого истощения.
11. Картина крови и биохимические изменения в различные пе­риоды ожоговой болезни.
12. Особенности течения ожогов у детей и стариков.
13. Местные осложнения при ожогах. Осложнения со стороны внутренних органов.
14. Общий план лечения больного с термическим ожогом.
15. Первая помощь при ожогах.
16. Задачи и принципы лечения ожогового шока (обезболивание трансфузионная терапия, критерии её достаточности; применение гормонов).
17. Задачи и принципы лечения острой токсемии.
18. Профилактика и лечение ожоговой инфекции.
19. Профилактика ожогового истощения и борьба с ним.
20. Влияние различных методов местного лечения на течение интоксикации и септикотоксемии.
21. Техника первичной обработки ожогов различных степеней.
22. Показания и противопоказания к первичному иссечению некротизированной кожи.
23. Сущность и техника открытого лечения ожога.
24. Сущность и техника закрытого лечения ожога.
25. Достоинства и недостатки, показания и противопоказания к применению открытого и закрытого методов.
26. Показания и противопоказания к кожной ауто- и аллопластике при ожогах.
27. Методы пересадки кожи.
28. Определение понятий «отморожение», «ознобление», «общее замерзание»
29. Патогенез и патологическая анатомия отморожений.
30. Классификация отморожений (периоды, фазы).
31. Местные изменения при отморожениях I-II-III-IV степени.
32. Лечение в дореактивном периоде.
33. Лечение в реактивном периоде.
34. Показание к некротомии и некрэктомии, техника.
35. Остаточные явления и осложнения при отморожениях

**Проверка практических навыков**

1. Определение площади ожога по правилам «девятки», «ладони» и Вилявина.
2. Провести клиническую оценку местных изменений при ожогах.
3. Прогнозирование тяжести ожога (правило «сотни») (индекс Франка).

**Реферат:**

1.Заполните таблицу глубины поражения кожи с учетом принятой классификации:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Характеристика | I степень | II степень | III-а степень | III-б степень | IV степень |
| Клиническая |  |  |  |  |  |
| Морфологическая |  |  |  |  |  |

2. Подготовьте реферативное сообщение на тему: «Современные методы определения глубины поражения кожи при ожогах»

3. Патогенез ожогового шока.

Рассчитайте объем инфузионных средств, необходимых пациенту в течение 1 – 2 суток с момента ожога, весом 89 кг, площадь поражения 25%.

4. Принципы лечения больных с химическими ожогами.

**Модуль 3**. Основы гнойно-септической хирургии.

**Тема 1.** Острая гнойная инфекция.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тестирование

Устный опрос

Проверка практических навыков

Реферат

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестирование:**

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ:

1) стафилококк

2) стрептококк

3) кишечная палочка

4) палочка сине-зеленого гноя

2. ХАРАКТЕР ГНОЯ ПРИ СТАФИЛОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЯХ:

1) густой консистенции, желтоватой или беловатой окраски без запаха

2) жидкой консистенции, сероватого цвета без запаха

3) густой консистенции, беловатого цвета с гнилостным запахом

4) жидкой консистенции, коричневого цвета без запаха

3. ПЕРВАЯ ФАЗА ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

1) фаза альтерации

2) фаза воспалительного инфильтрата

3) фаза экссудации

4) фаза гнойного расплавления

4. ВТОРАЯ ФАЗА ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

1) фаза альтерации

2) фаза гнойного расплавления

3) фаза заживления

4) фаза воспалительного инфильтрата

5. ВЫРАЖЕННОСТЬ МЕСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОСТРЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЗАВИСИТ ОТ:

1) вирулентности возбудителя и реактивности макроорганизма

2) глубины расположения очага гнойного воспаления

3) обоих указанных выше факторов

4) повышения температуры тела

6. СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА ПЕРЕХОД ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ВО II ФАЗУ:

1) флюктуация

2) гиперемия

3) местное повышение температуры

4) отек

7. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЕМ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ФАЗЫ ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

1) измерение температуры тела

2) пункция

3) пальпация

4) общий анализ крови

8. КАКАЯ ФАЗА ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАТИМОЙ:

1) I фаза

2) II фаза

3) обе фазы

4) ни одна из фаз

9. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО В I ФАЗЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1) оперативное

2) консервативное

3) первое или второе, в зависимости от квалификации врача

4) оперативное в сочетании с консервативным

10. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ВО II ФАЗЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1) только оперативное

2) только консервативное

3) первое или второе, в зависимости от квалификации врача

4) оперативное в сочетании с консервативным

11. В КАКОЙ ФАЗЕ ГНОЙНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА БОЛЕВАЯ РЕАКЦИЯ:

1) В I

2) Во II

3) Интенсивность боли не зависит от стадии заболевания

4) В I до образования гноя

12. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ - ЭТО:

1) болезненное уплотнение и увеличение объема тканей

2) безболезненное уплотнение и увеличение объема тканей

3) увеличение объема тканей с флюктуацией

4) верны все вышеуказанные утверждения

13. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ УСТАНОВИТЬ ФАЗУ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

1) определение содержания в крови лейкоцитов и лейкоформулы

2) определение СОЭ

3) определение белковых фракций

4) не имеют решающего значения

14. ФАКТОР, ОТЯГЧАЮЩИЙ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

1) сахарный диабет

2) гипертоническая болезнь

3) варикозное расширение вен

4) хронический бронхит

15. ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ВЫРАЖЕННОСТЬ ОБЩЕЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ПРИ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ:

1) от вирулентности микроорганизма и реактивности макроорганизма

2) от глубины расположения гнойного очага

3) от обоих указанных выше факторов

4) общая реакция организма от указанных факторов не зависит

16. ПРИЗНАК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ СУДИТЬ О ВЫХОДЕ ИНФЕКЦИИ ЗА ПРЕДЕЛЫ МЕСТНОГО ГНОЙНОГО ОЧАГА В ОРГАНИЗМЕ:

1) усиление болей

2) увеличение отека

3) лимфаденит

4) увеличение зоны гиперемии

17. НЕОБХОДИМА ЛИ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА НА КОНЕЧНОСТЯХ:

1) да

2) нет

3) в зависимости от распространенности

4) в зависимости от возраста больного

18. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ АБСЦЕССОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ:

1) незначительные повреждения кожи

2) инъекции лекарственных средств, наличие гематомы

3) наличие несанированных очагов хронической инфекции

4) во всех вышеуказанных случаях

19. ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕН СИМПТОМ ФЛЮКТУАЦИИ:

1) наличием уплотнения в области абсцесса

2) наличие жидкости в полости абсцесса

3) наличием смещаемости абсцесса

4) выражененостью отека над абсцессом

20. МЕСТНОЕ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПУТЕМ:

1) пальпации

2) прикосновения I пальцем

3) прикосновениея тылом кисти

4) прикосновения ладонью

21. ПОДКОЖНУЮ ФЛЕГМОНУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

1) с пиодермией

2) с рожистым воспалением

3) с фурункулезом

4) с лимфонгаитом

22. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕ ГНОЙНОЙ ПОЛОСТИ ПАЛЬЦЕМ ПОСЛЕ ЕЕ ВСКРЫТИЯ:

1) нет

2) да

3) да, с учетом размеров и локализации очага

4) да, с учетом общего состояния пациента

23. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) стафилококки

2) стрептококки

3) кишечная палочка

4) неклостридиальные анаэробы

24. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КОНТАГИОЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ:

1) да

2) нет

3) иногда

4) в зависимости от ее формы

25. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ ФОРМЫ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) теплые ванночки с содовым раствором

2) облучение пораженного участка кожи ультрафиолетовыми лучами

3) нанесение на пораженной участок кожи мази Вишневского

4) повязка с фурациллином

26. ПРИ ДРЕНИРОВАНПИ СУХОЖИЛЬНОГО ПАНАРИЦИЯ РЕЗИНОВАЯ ПОЛОСКА ДОЛЖНА ПРОВОДИТСЯ:

1) над сухожилием

2) под сухожилием

3) выбор метода дренирования зависит от распространенности гнойного процесса

4) возможен I и II вариант

27. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО МАСТИТА:

1) разрез на всю ширину инфильтрата с ревизией раны пальцем и адекватным дренированием

2) обкалывание инфильтрата растворами высокоэффективных антибиотиков

3) иссечение инфильтрата с последующим ушиванием раны и ее проточно-аспирационныи промыванием

4) крестообразный разрез

28. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «АКТИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ» ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1) иссечение гнойного очага в пределах здоровых тканей, ушивание раны и ее проточно-аспирационное промывание

2) пункция гнойного очага с эвакуацией гноя, промывание полости антисептиком и введением в нее раствора антибиотика

3) широкое вскрытие гнойного очага, промывание раны и адекватное дренирование

4) рассечение гнойника с ежедневной сменой повязок

29. ЛЕЧЕНИЕ СЕРОЗНОЙ ФОРМЫ ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА:

1) иммобилизация железы и радиальные разрезы

2) радиальные разрезы и сцеживание молока

3) сцеживание молока и иммобилизация железы

4) иммобилизация железы и запрещение сцеживания молока

30. ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ АБСЦЕССОВ

1) введение высококонцентрированных растворов в подкожно-жировую клетчатку

2) выполнение инъекций в амбулаторных условиях

3) повторное введение лекарственных препаратов в одну и туже анатомическую область

4) наличие хронических очагов инфекции

31. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ФУРУНКУЛЕЗ»:

1) многократное развитие фурункулов в течение года

2) одновременное возникновение нескольких фурункулов

3) верны обе указанные выше ситуации

4) ежегодное развитие фурункулов

32. ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ НА ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ:

1) подкожный панариций

2) фурункул

3) сухожильный панариций

4) может развиться любой из этих процессов

33. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ, ЛОКАЛИЗУЮЩИХСЯ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ:

1) развитие гнойного менингита

2) переход в карбункул

3) возникновение флебита лица

4) развитие регионарного лимфоденита

34. КАКИМ ОБРАЗОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ФУРУНКУЛАХ ЛИЦА:

1) запрещение разговаривать и употреблять грубую пищу

2) иммобилизирующая гипсовая повязка

3) применение пращевидной повязки

4) применение специальной шины

35. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА:

1) развитие сепсиса

2) переход в карбункул

3) возникновение флебита лица

4) развитие регионарного лимфоденита

36. ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА В АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ФАЗЕ:

1) применение небольших разрезов

2) удаление гнойно-некротического стержня

3) консервативное лечение, постельный режим

4) разрез на всю ширину воспалительного инфильтрата

37. В КАКОЙ ФАЗЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ:

1) в фазе воспалительного инфильтрата

2) в фазе гнойного расплавления

3) в любом периоде заболевания

4) их применение не показано в обеих фазах

38. СЛЕДУЕТ ЛИ СОБЛЮДАТЬ ПРАВИЛА АСЕПТИКИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1) соблюдение правил асептики не обязательно, так как уже имеется пиогенная микрофлора

2) да, так как это предотвращает вторичное инфицирование

3) да, если есть для этого условия

4) да, в зависимости от локализации процесса

39. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВСЕГДА ЛИ НУЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПЕРЧАТКИ:

1) нет, не всегда, только при глубоких или полостных гнойных процессах

2) необходимо их использовать только при опасности инфицирования рук хирурга

3) да, при любой операции

4) да, только при опасности вторичного инфицирования раны

40. КАКОЙ ВИД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1) местное

2) общее

3) по усмотрению врача

4) вскрытие небольших гнойных процессов можно проводить без анестезии

41. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРБУНКУЛА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

1) широком иссечении инфильтрата и адекватном дренировании

2) крестообразном разрезе и иссечении некротических тканей

3) два параллельных разреза и сквозное дренирование

4) небольшой разрез и некрэктомия

42. При сомнении в диагностике фазы острого гнойного воспаления необходимо:

1) определить количество лейкоцитов в крови, лейкоформулу, СОЭ

2) произвести пробный разрез

3) произвести диагностическую пункцию

4) определить уровень СРБ

43. ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА:

1) переохлаждение

2) нарушение оттока молока, связанное с недостаточным сцеживанием

3) травма молочной железы

4) ручное сцеживание молока

44. ХАРАКТЕРНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЕРОЗНОЙ ФОРМЫ МАСТИТА:

1) диффузное увеличение молочной железы и нормальная или субфебрильная температура тела

2) болезненное увеличение молочной железы, нарушение оттока молока, повышение температуры тела до 38,5-39 град С

3) появление умеренно болезненного инфильтрата в молочной железе, проходящее после сцеживания молока

4) нарушение оттока молока без уплотнения в молочной железе

45. РАЗВИТИЕ КОСТНОГО ПАНАРИЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, СЛЕДСТВИЕМ:

1) гематогеннгого переноса инфекции из мягких тканей в кость

2) перехода гнойного процесса с мягких тканей на кость

3) проникновение инфекции при повреждении кожи пальца

4) лимфогенный перенос инфекции из мягких тканей в кость

46. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ПАНДАКТИЛИТ»:

1) гнойное воспаление всех тканей пальца

2) гнойное воспаление всех мягких тканей пальца

3) воспаление околоногтевого валика

4) гнойное воспаление костной ткани

47. ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПОДКОЖНОМ ПАНАРИЦИИ В ОБЛАСТИ НОГТЕВОЙ И СРЕДНЕЙ ФАЛАНГ:

1) местная инфильтрационная анестезия по Вишневскому

2) проводниковая анестезия по Лукашевичу-Оберсту

3) внутривенный наркоз

4) нейролептаналгезия

48. ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАЗРЕЗОВ ПРИ ГНОЙНЫХ ПАНАРИЦИЯХ:

1) по срединной линии пальца, не пересекая межфаланговые складки

2) по передне-боковым поверхностям пальца, не пересекая межфаланговые складки

3) над очагом наибольшей болезненности

4) по межфаланговой складке

49. МЕСТО ВСКРЫТИЯ ГНОЙНОГО АБСЦЕССА:

1) через геометрический центр инфильтрата

2) в точке наибольшей болезненности или более выраженной флюктуации

3) несколько в стороне от наиболее размячгченного (флюктуирующего) места

4) выбор места вскрытия значения не имеет

50. РАЗРЕЗ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ НА ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПАЛЬЦА ПРОВОДИТСЯ:

1) по задне-боковым поверхностям пальца

2) по межфаланговой складке

3) несколько в стороне от участка воспаления

4) в области наиболее выраженных воспалительных изменений

51. ТАКТИКА ХИРУРГА ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ КАРБУНКУЛА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ :

1) произвести крестообразный разрез

2) назначить консервативное амбулаторное лечение

3) направить больного на стационарное лечение

4) произвести разрез и направить на стац. лечение

52. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АБСЦЕДИРУЮЩЕМ ФУРУНКУЛЕ ЛИЦА:

1) применение антибиотиков широкого спектра действия с учетом чувствительности микрофлоры, постельный режим

2) иссечение гнойного очага в пределах здоровых тканей с наложением первичного шва

3) разрез на всю ширину инфильтрата с адекватным дренированием

4) щадящее хирургическое лечение – удаление гнойно-некротического стержня

53. КАКАЯ ДИЕТА НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ ГНОЙНЫХ ПРОЦЕССАХ В ОБЛАСТИ ЛИЦА:

1) общий стол

2) жидкий стол

3) абсолютный голод

4) диета не имеет значения

54. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ИНТРАМАММАРНОГО ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА:

1) иммобилизация, УВЧ, антибиотики широкого спектра действия

2) иссечение молочной железы

3) наложение широких радиарных разрезов

4) нанесение крестообразного разреза

55. ПОКАЗАНА ЛИ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ СУХОЖИЛЬНОГО ПАНАРИЦИЯ:

1) да, лонгетной гипсовой повязкой

2) да, тугим бинтованием

3) нет, так как больной будет щадить палец сам

4) иммобилизация не имеет существенного значения

56. КАКОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КОСТНЫЙ ПАНАРИЦИЙ:

1) исследование раны, свища при помощи зонда

2) биопсия тканей из раны

3) посев гноя на микрофлору и определение ее чувствительности к антибиотикам

4) рентгенография пальца

57. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ СУСТАВНОГО ПАНАРИЦИЯ:

1) рентгенография пальца

2) пункция сустава

3) исследование пальца при помощи зонда

4) исследование объема движений в суставе

58. КАКОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЕМ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСТИНЪЕКЦИОЛННОГО ИНФИЛЬТРАТА И ПОСТИНЪЕКЦИОННОГО АБСЦЕССА ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ:

1) рентгенологическое исследование

2) ректальное исследование

3) диагностическая пункция

4) определение уровня лейкоцитов в крови

59. В КАКОМ МЕСТЕ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ГИДРАДЕНИТА:

1) в подмышечной области

2) в области промежности, заднего прохода

3) около сосков

4) во всех указанных выше местах

60. О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ НАЛИЧИЕ КРАСНЫХ ПОЛОС НА КОЖЕ, ИДУЩИХ ОТ ОЧАГА ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ:

1) о развитии лимфангоита

2) о распространении гнойного процесса по межклеточным пространствам

3) о реактивном воспалении вокруг гнойного очага

4) о хорошей реактивности организма

61. ИССЛЕДОВАНИЕ, НЕОБХОДИМОЕ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ОДИНОЧНЫХ ФУРУНКУЛАХ ИЛИ УПОРНОМ ФУРУНКУЛЕЗЕ:

1) исследование чувствительности микрофлоры к антибиотикам

2) исследование стернального пунктата

3) исследование крови на содержание сахара

4) выявление очагов хронической инфекции

62. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В НАЧАЛЬНОЙ ФАЗЕ КАРБУНКУЛА:

1) иммобилизация, антибиотики широкого спектра действия, физиотерапевтическое лечение

2) щадящее оперативное лечение, антибиотики широкого спектра действия, иммобилизация

3) радикальное иссечение очага воспаления с наложением первичного шва и адекватным дренированием

4) возможны все перечисленные методы

63. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ФАЗЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА:

1) разрез, иммобилизация, антибиотики

2) иссечение, первичный шов, антибиотики

3) иммобилизация, антибиотики

4) возможно все перечисленное

64. ЛЕЧЕНИЕ СЕРОЗНОГО ЛИМФАДЕНИТА:

1) иммобилизация, УВЧ, антибиотикотерапия

2) иммобилизация, УВЧ, разрез

3) иммобилизация, УВЧ, разрез и антибиотикотерапия, с учетом чувствительноти микрофлоры к антибиотикам

4) верно все перечисленное

65. ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА:

1) вскрытие и дренирование

2) покой, УВЧ, антибиотики широкого спектра действия

3) комплексное консервативное лечение

4) иммобилизация и антибиотикотерапия

66. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА:

1) сепсис

2) лимфаденит

3) тромбофлебит

4) молочный свищ

67. ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МАСТИТА:

1) от формы и распространенности гнойно-воспалительного процесса

2) от наличия сопутствующих заболеваний

3) от выбора метода обезболивания при операции

4) от сроков, прошедших с начала заболевания

68. ПОКАЗАНА ЛИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ГНОЙНОГО МАСТИТА И АДЕКВАТНОГО ЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ:

1) да, с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам

2) да, при осложнении процесса лимфаденитом, либо угрозе развития сепсиса

3) да, при повышенной температуре тела

4) да, во всех вышеуказанных случаях

69. КАКИЕ ПРИЗНАКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ ОБ УСПЕШНО ПРОВЕДЕННОМ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА:

1) стихание болей, снижении температуры тела

2) обильное промокание повязки гноем, уменьшение отека тканей

3) оба указанных выше признака

4) без общего анализа крови судить об этом невозможно

70. КАКИЕ ПРИЗНАКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НЕДОСТАТОЧНОМ ВСКРЫТИИ ГНОЙНОГО ОЧАГА:

1) сохранение болей и повышенной температуры тела

2) большое количество гноя при перевязках

3) уменьшение отека и гиперемии в области гнойного очага

4) все вышеизложенное верно

71. ЧТО ПОНИМАЮТ ПОД ТЕРМИНОМ «ПАРОНИХИЯ»:

1) воспаление всех мягких тканей пальца

2) воспаление всех тканей пальца, в т.ч. и кости

3) воспаление околоногтевого валика

4) воспаление подногтевого пространства

72. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОДНОГТЕВОГО ПАНАРИЦИЯ:

1) иссечение остлоившейся части ногтевой пластинки

2) проведение разрезов, параллельных околоногтевому валику и сквозное дренирование раны

3) ампутация ногтевой фаланги

4) клюшкообразный разрез на ногтевой фаланге

73. ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ:

1) острое начало

2) склонность к вялотекущему течению и хронизации процесса

3) чаще развивается несколько гнойных очагов

4) склонность к наиболее выраженной местной реакции на внедрение возбудителя

74. О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ НАЛИЧИЕ МОРЩИН КОЖИ В ОБЛАСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА:

1) нарастание отека

2) уменьшение отека

3) обезвоживание организма

4) низкая реактивность организма

75. ФУРУНКУЛ ЛИЦА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ:

1) острой неспецифической

2) острой специфической

3) хронической специфической

4) хронической неспецифической

76. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ВИДОВ ПАНАРИЦИЯ НЕ НУЖДАЕТСЯ В ИММОБИЛИЗАЦИИ:

1) костный

2) подкожный

3) кожный

4) во всех случаях можно ограничится рекомендацией уменьшения физической активности

77. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ВИДОВ ПАНАРИЦИЯ МОЖНО ОПЕРИРОВАТЬ БЕЗ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ:

1) костный в далеко зашедших случаях

2) подкожный при невыраженности процесса

3) кожный

4) все виды при отсутствии средств анестезии

78. КАКОЙ МИКРООРГАНИЗМ «НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ» ЗА ЗЛОВОННЫЙ ЗАПАХ ПРИ ВСКРЫТИИ ГНОЙНИКА:

1) неклостридиальный анаэроб

2) кишечная палочка

3) вульгарный протей

4) палочка сине-зеленого гноя

79. ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ГНОЙНОГО ОЧАГА ДЛЯ СЕПСИСА ХАРАКТЕРНО:

1) снижение температуры и уменьшение интоксикации

2) сохранение высокой температуры и выраженной интоксикации

3) снижение температуры при выраженной интоксикации

4) сохранение высокой температуры и уменьшение интоксикации

80. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ - ЭТО:

1) скопление серозного экссудата в межклеточном пространстве с уплотнением тканей

2) скопление гнойного экссудата в межклеточном пространстве с уплотнением тканей

3) скопление гнойного экссудата в межтканевом пространстве с уплотнением тканей

4) скопление серозного экссудата в межтканевом пространстве с уплотнением тканей

81. ВО II ФАЗЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЬ:

1) стихает

2) усиливается

3) или стихает, или усиливается в зависимости от реактивности

организма

4) остается без изменений

82. АБСЦЕСС – ЭТО:

1) отграниченное скопление гноя в различных тканях и органах

2) отграниченное скопление гноя в естественных полостях тела (суставе, плевральной)

3) верны оба указанных выше утверждения

4) острое разлитое гнойное воспаление клетчаточных пространств

83. ФЛЕГМОНА – ЭТО:

1) острое разлитое воспаление клетчаточных пространств

2) острое разлитое воспаление естественных полостей тела (суставы, плевральной)

3) верны оба указанных выше утверждения

4) острое разлитое воспаление всех слоев кожи с выраженным отеком

84. СИНДРОМ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ (ССВР) МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В ОТВЕТ НА:

1) травму

2) ожог

3) внедрение инфекции

4) во всех указанных выше случаях

85. СИНДРОМ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ (ССВР) РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА:

1) повышенной температуры тела более 38º С и повышении уровня лейкоцитов в крови более 12 · 109/л

2) частоты сердечных сокращений > 90 в минуту и числа дыханий более 20 в минуту

3) верны оба указанных выше утверждения

4) верно только первое утверждение

86. СЕПСИС – ЭТО:

1) попадание патогенных микроорганизмов в кровяное русло

2) то же, что и синдром системной воспалительной реакции (ССВР)

3) синдром системной воспалительной реакции (ССВР), развившийся при наличии очага гнойной инфекции

4) Тяжелое инфекционное заболевание, сопровождающееся нарушением функции почек или печени, легких

87. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) сепсис синдром

2) сепсис с полиорганной недостаточностью

3) тяжелый сепсис

4) септический шок

88. ДИАГНОЗ СЕПСИСА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ:

1) выделение патогенной микрофлоры из кровяного русла

2) определенными клиническими проявлениями, развившимися в ответ на внедрение инфекции

3) наличием регионарного лимфаденита при различных гнойных заболеваниях

4) выделением из очага гнойного воспаления ассоциации микроорганизмов

89. КАКОЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ К ПОНЯТИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ?

1) хронический гематогенный остеомиелит

2) костно-суставной туберкулез

3) хронический мастит

4) любое из указанных выше заболеваний

90. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ГЛУБОКОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ГОЛЕНИ:

1) переход процесса на поверхностные вены

2) развитие гнойного флебита

3) тромбоэмболия легочной артерии

4) развитие трофических язв

91. ПАНАРИЦИИ В ФОРМЕ ЗАПОНКИ - ЭТО

1) подкожный панариций с прорывом гноя под эпидермис

2) сухожильный панариций

3) паронихий

4) костный панариций

92. РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ РОЖА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ

1) остеомиелитом

2) лимфостазом

3) сепсисом

4) тромбофлебитом

93. БОЛЬНОЙ С ПОДКОЖНЫМ ПАНАРИЦИЕМ II ПАЛЬЦА КИСТИ ПРОВЕЛ БЕССОННУЮ НОЧЬ ИЗ-ЗА МУЧИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЙ. ВАША ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТАКОГО БОЛЬНОГО:

1) повязки с мазью Вишневского

2) УВЧ и кварцевое облучение

3) пенициллин внутривенно

4) разрез

94. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ОСЛОЖНЯЕТСЯ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ?

1) злокачественные опухоли

2) пороки сердца

3) сахарный диабет

4) хроническая почечная недостаточность

95. ЧТО ТАКОЕ ГИДРАДЕНИТ?

1) воспаление сальных желез

2) воспаление потовых желез

3) воспаление волосяного мешочка

4) воспаление лимфатического узла

**Устный опрос:**

1. Классификация хирургической инфекции
2. Общая и местная реакция организма на внедрение инфекции. Функции местного воспалительного очага
3. Фазы течения местного воспалительного процесса.
4. Клинические признаки очага воспаления в фазе инфильтрации и фазе гнойного расплавления.
5. Лечение гнойных заблеваний в зависимости от стадии процесса.
6. Понятие об активном хирургическом лечении гнойных заболеваний.
7. Фурункул и карбункул. Определение понятий, клиника и лечение. Особенности фурункулов и карбункулов лица.
8. Абсцесс и флегмона. Определение понятий, классификация. Клиника поверхностных и глубоких флегмон. Лечение в зависимости от фазы.
9. Топографоанатомические особенности ладонной поверхности кисти и пальцев.
10. Панариций. Определение понятия, классификация.
11. Клиника и дифференциальная диагностика различных панарициев.
12. Консервативное и оперативное лечение панарициев. Методика обезболивания. Виды разрезов.
13. Лимфангоит и лимфаденит. Этиология, клиника, лечение.
14. Мастит. Классификация, этиология, клиника, лечение, профилактика.
15. Тромбофлебит. Классификация. Клиника поверхностного и глубокого тромбофлебита.
16. Применение методов экстракорпоральной детоксикации в лечении больных с острой хирургической инфекцией.
17. Закрытые методы лечения гнойных процессов мягких тканей.
18. Септический шок.
19. Анаэробная неклостридиальная инфекция. Этиология, клиника, патогенез.

**Проверка практических навыков**

Работа с больными в палатах

Преподаватель поочерёдно обходит студентов, работающих в палатах, наблюдает за методикой опроса и объективного обследования ими больных, направляет их деятельность в затруднительных ситуациях, не нарушая принципа активности и самостоятельности обучающихся. Студентам, закончившим работы в палате, выдаётся история болезни курируемого больного для использования дополнительной информации о больном. Отчёт о работе с больным студенты представляют в устной форме

**Реферат:**

1. «Современные аспекты патогенеза хирургической инфекции»
2. « Роль транслокации условно – патогенных микроорганизмов желудочно-кишечного тракта в механизмах эндогенного инфицирования»
3. «Роль факторов персистенции бактериальных патогенов в патогенезе хирургической инфекции»
4. «Эндолимфатическая антибиотикотерапия (теоретическое, микробиологическое, фармакологическое обоснование метода)»
5. «Закрытые методы лечения в гнойной хирургии»
6. «Современные методы лечения гнойных заболеваний»
7. «Гнойная инфекция и сахарный диабет»

**Тема 2.** Остеомиелит.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тестирование

Устный опрос

Проверка практических навыков

Реферат

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестирование:**

1. АВТОРОМ ТЕОРИИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Дерижанов С.М. 1940

2) Е. Lexer 1894

3) Еланский Н.Н. 1986

4) Джанелидзе Ю.Ю. 1944

2. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ:

1) 7-15 лет

2) 20-30 лет

3) 30-40 лет

4) 40-50 лет

3. КОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ, ЧЕРЕЗ ДВЕ НЕДЕЛИ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1) Наличие секвестров

2) Разреженность костной структуры, смазанность костного рисунка,

истончение и исчезновение костных перекладин

3) Остеосклероз

4) Остеопороз

4. К КАКОМУ ВИДУ ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ ДЕСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ (ДИМЕДРОЛ, ХЛОРИД КАЛЬЦИЯ И ДР.):

1) Этиологическому лечению

2) Симптоматическому лечению

3) Патогенетическому лечению

4) Дополнительному лечению

5. ЧТО ТАКОЕ СЕКВЕСТР?

1) Участок новой костной ткани

2) Гнойная полость

3) Гнойный очаг

4) Отторгнутый участок мертвой ткани

6. КАКИЕ ВИДЫ ОСТЕОМИЕЛИТА РАЗЛИЧАЮТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ?

1) Острый, хронический, первичнохронический

2) Легкой, средней и тяжелой степени

3) Ограниченный, очаговый и разлитой

4) Острый, подострый, рецедивирующий

7. УКАЖИТЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ДЕТСКОЙ КОСТИ:

1) Надкостница плотно сращена с костью

2) Наличие красного костного мозга

3) Преобладание минеральных веществ

4) Более толстые костные балки

8. НАЗОВИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Лейкоцитоз

2) Лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево

3) Лейкопения

4) Тромбоцитоз

9. КАКУЮ РОЛЬ ВЫПОЛНЯЕТ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ?

1) Предупреждает генерализацию воспалительного процесса и патологический перелом

2) Улучшает кровообращение в тканях

3) Улучшает лимфообращение

4) Уменьшает отек тканей

10. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:

1) Периостит

2) Ограниченный склероз

3) Секвестр и секвестральная коробка

4) Остеопороз

11. ЭНДОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ВОЗМОЖЕН ПРИ:

1) Огнестрельном ранении кости

2) Контактном распространении инфекции из гнойного очага расположенного вблизи кости

3) Гематогенном распространении инфекции из отдаленного очага

4) Открытом переломе

12. АВТОРОМ ТЕОРИИ МИКРОБНОЙ ЭМБОЛИИ КОНЦЕВЫХ СОСУДОВ КОСТИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Е. Lexer 1894

2) Дерижанов С.М. 1940

3) Корнев П.Г. 1940

4) Еланский Н.Н. 1986

13. НАИБОЛЕЕ РАННИЕ МЕСТНЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Флюктуация, гиперемия

2) Локальная болезненность, боль при нагрузке конечности по оси

3) Локальная отечность и расширение подкожных вен

4) Отек, боль

14. ВЫБЕРИТЕ ГРУППУ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА.

1) Цитостатики

2) Антибиотики

3) Аналгетики

4) Спазмолитики

15. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРОВОДИТСЯ ОСТЕОПЕРФОРАЦИЯ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

1) Для снижения внутрикостного давления

2) С целью диагностики

3) Для введения контраста

4) Для введения антибактериальных препаратов

16. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ЗВЕНОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПО ТЕОРИИ Э. ЛЕКСЕРА:

1) Микробная эмболия концевых сосудов кости

2) Нервно-рефлекторный механизм

3) Сенсибилизация

4) Контактное поражение кости

17. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ

ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

1) Остит, межмышечные и подкожные флегмоны, миелит, периостит

2) Миелит, остит, периостит, межмышечные и подкожные флегмоны

3) Остит, миелит, периостит, межмышечные и подкожные флегмоны

4) Периостит, миелит, ости, межмышечные и подкожные флегмоны

18. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ДЕТСКОЙ КОСТИ:

1) Особенности строения надкостницы

2) Своеобразная архитектоника капилляров метаэпифиза кости

3) Преобладание органических веществ

4) Все верно

19. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БУДЕТ ИНФОРМАТИВНЫМ:

1) В первые сутки от начала заболевания

2) На 2 – 3 сутки от начала заболевания

3) На 5 – 7 сутки от начала заболевания

4) На 10 – 14 сутки от начала заболевания

20. КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ ВИДЫ СЕКВЕСТРОВ?

1) Циркулирующий

2) Проникающий

3) Локальный

4) Точечный

21. ПОНЯТИЕ «ОСТЕОМИЕЛИТ» ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

1) Острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге, эндоосте и кости

2) Острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге, эндоосте, кости

3) Острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге, эндоосте, кости и надкостнице

4) Острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге, эндоосте, кости, надкостнице и окружающих мягких тканях

22. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ В ТЕОРИИ ДЕРИЖАНОВА?

1) Резистентность

2) Патогенность

3) Сенсибилизация

4) Иммунодефицит

23. ВЫБЕРИТЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ДЕТСКОЙ КОСТИ:

1)Костные балки тонкие, нежные

2) Надкостница плотно сращена с костью

3) Наличие желтого костного мозга

4) Преобладание минеральных веществ

24. БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НУЖДАЕТСЯ В:

1) Амбулаторном лечении

2) Госпитализации в инфекционное отделение

3) Госпитализации в терапевтическое отделение

4) Госпитализации в хирургическое отделение

25. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ОСТЕОМИЕЛИТА ГАРРЕ:

1) Оперативный

2) Консервативный

3) Иммобилизация

4) Наблюдение

26. КАКИЕ ФАКТОРЫ ПРИВОДЯТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА?

1) Наследственность

2) Анатомо-физиологические

3) Антропометрические

4) Микробиологические

27. КАКОЙ МИКРООРГАНИЗМ ВЫЗЫВАЕТ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ?

1) Стафилококк

2) Стрептококк

3) Бацилла Коха

4) Энтерококк

28. ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК:

1) Секвестр и секвестральная коробка

2) Многослойный периостит

3) Остеосклероз

4) Все верно

29. В ДЕТСКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПОСТУПИЛ РЕБЕНОК С МНОЖЕСТВЕННЫМИ АБСЦЕССАМИ ЛЕГКИХ, В ОБЛАСТИ ПРАВОГО БЕДРА СВИЩЕВОЙ ХОД С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ. ПРЕДПОЛОЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ.

1) Генерализованная форма гематогенного остеомиелита

2) Негематогенный остеомиелит

3) Костно-суставной туберкулез

4) Контактный остеомиелит

30. КАКОЕ НАИБОЛЕЕ ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕМ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ СВИЩЕВОЙ ФОРМЫ?

1) Опухоль в области свища

2) Амилоидоз почек

3) Флегмона мягких тканей

4) Нет осложнений

31. КАК ВЫГЛЯДИТ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕКВЕСТР КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:

1) Участок разрежения (просветления)

2) Участок затемнения с ободком просветления вокруг

3) Нечеткость костной структуры

4) Участок просветления с ободком затемнения вокруг

32. ВЫБЕРИТЕ ИММУНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Особенности кровоснабжения детской кости

2) Высокий травматизм

3) Переохлаждение

4) Сенсибилизация

33. КАКАЯ АРТЕРИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ КРОВОСНАБЖЕНИЕ ДИАФИЗА ДЛИННОЙ ТРУБЧАТОЙ КОСТИ?

1) a. Nutricia

2) a. Profunda

3) a. Circumflexia

4) Нет собственной артерии

34. КАКОЙ ВИД ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМИРОВАННЫМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ОСТЕОМИЕЛИТА?

1) УЗИ

2) Компьютерная томография

3) Рентгенография

4) Пальпация

35. ОПТИМАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Дренирование межмышечной флегмоны

2) Ранняя декомпрессивная остеоперфорация

3) Секвестрэктомия

4) Ампутация

36. В КАКОЕ ВРЕМЯ ГОДА ПОВЫШАЕТСЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТЕОМИЕЛИТОМ?

1) Весенне-летний период

2) Осенне-зимний период

3) Осенне-весенний период

4) Нет сезонности

37. КАКИЕ КОСТИ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ?

1) Короткие трубчатые

2) Длинные трубчатые

3) Плоские

4) Любые

38. ПУТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПО КОСТИ В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Гематогенный

2) Лимфогенный + гематогенный

3) Контактный

4) Травматический

39. ОБЯЗАТЕЛЬНО ЛИ ИССЛЕДОВАНИЕ ГНОЯ ИЗ СВИЩА НА МИКРОФЛОРУ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:

1) Обязательно

2) Необязательно

3) Посев существенного значения не имеет

4) Только по показаниям

40. РАННЕЕ ЩАДЯЩЕЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Пункция межмышечной флегмоны

2) Декомпрессивная трепанация остеомиелитического очага

3) Вскрытие поднадкостничного абсцесса

4) Разрез и дренирование медмышечной флегмоны

41. КАКОЙ МИКРООРГАНИЗМ ВЫЗЫВАЕТ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ?

1) Бацилла Коха

2) Бледная трепонема

3) Бруцелла

4) Стафилококк

42. ВЫБЕРИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Септическая, асептическая

2) Острый, хронический

3) Местная, токсическая

4) Общая, ишемическая

43. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ОБРАЗОВАНИЯ СЕКВЕСТРАЛЬНОЙ КОРОБКИ:

1) Надкостница, эндост, костный мозг

2) Только костный мозг

3) Только надкостница

4) Окружающие мышцы

44. ПЕРИОСТИТ, КОТОРЫЙ ВИДЕН НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ НАЛИЧИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В КОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1) Костно-суставного туберкулеза

2) Остеомиелита

3) Консолидированного перелома

4) Опухоли

45. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Иммобилизация

2) Антибиотики

3) Детоксикация

4) Физиотерапия

46. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Стрептококк

2) Золотистый стафилококк

3) Кишечная палочка

4) Пневмококк

47. ВЫДЕЛИТЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ДЕТСКОЙ КОСТИ:

1)Наличие гаверсовых каналов

2) Размытость костного рисунка

3) Своеобразная архитектоника капилляров метаэпифиза кости

4) Желтый костный мозг

48. ВЫБЕРИТЕ ВИД НЕГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Хронический

2) Контактный

3) Генерализованный

4) Местный

49. ТИПИЧНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Линейный периостит

2) Остеопороз

3) Секвестр, секвестральная коробка

4) Размытость костного рисунка

50. НАЗОВИТЕ ОБЪЕМ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Устранение гнойно-некротического очага

2) Вскрытие поднадкостничного абсцесса

3) Удаление секвестра

4) Дренирование межмышечной флегмоны

51. КАКИЕ ТКАНИ ВОВЛЕКАЮТСЯ В ПРОЦЕСС ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:

1) Все слои кости и окружающие мягкие ткани

2) Только костная ткань

3) Костный мозг

4) Только надкостница

52. УКАЖИТЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ДЕТСКОЙ КОСТИ:

1) Наличие участков склероза

2) Особенности строения надкостницы

3) Размытость костного рисунка

4) Желтый костный мозг

53. РЕБЕНОК В ПЕРВЫЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ПОСТУПЛЕНИЯ С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ, НЕСМОТРЯ НА ПРОВОДИМУЮ ТЕРАПИЮ, ПОГИБ, ПРЕДПОЛОЖИТЕ КЛИНИЧЕСКУЮ ФОРМУ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1) Септикопиемическая

2) Токсическая

3) Местноочаговая

4) Атипичная

54. ЛИНЕЙНЫЙ ПЕРИОСТИТ, КОТОРЫЙ ВИДЕН НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ СЕКВЕСТРА, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1) Острого гематогенного остеомиелита

2) Хронического гематогенного остеомиелита

3) Первично-хронического остеомиелита

4) Костно-суставного туберкулеза

55. КАКУЮ ФУНКЦИЮ ВЫПОЛНЯЕТ МЫШЕЧНЫЙ ЛОСКУТ ПРИ ПЛАСТИКЕ КОСТНЫХ ПОЛОСТЕЙ:

1) Механическое заполнение полости

2) Биологическим способом приводит к более совершенной санации инфицированной полости

3) Образование сосудистых анастомозов между костью и мышцей

4) Все верно

56. ЧТО ТАКОЕ КОНТАКТНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ?

1. Остеомиелит возникший в результате травмы
2. Первичнохронический остеомиелит
3. Полученный на операционном столе
4. Остеомиелит возникший в результате перехода процесса с мягких тканей на кость.

57. ЧТО МОЖНО ОТНЕСТИ К ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА?

1. Асептическое воспаление
2. Особенность кровоснабжения детской кости
3. Попадание высоковирулентной флоры
4. Особенность строения детской кости

58. ЧТО ВХОДИТ В ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «СЕКВЕСТРАЛЬНАЯ КОРОБКА»?

1) Участок мертвой кости

2) Вновь образованная костная ткань вокруг секвестра

3) Неизмененная костная ткань вокруг секвестра

4) Участок надкостницы

59. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ:

1) Цитостатики

2) Антибиотики

3) Нестероидные противовоспалительные средства

4) Спазмолитики

60. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Сепсис

2) Тромбофлебит

3) Пневмония

4) Перелом

61. КЕМ В 1831Г. ВВЕДЕН ТЕРМИН «ОСТЕОМИЕЛИТ»

1. Корневым
2. Рейно
3. Дерижановым
4. Еланским

62. НАИБОЛЕЕ РАННИМ СПОСОБОМ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИОСТИТА ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Рентгенография

2) Компьютерная томография

3) Ультразвуковое исследование

4) Магнитно-резонансная томография

63. ВЫБЕРИТЕ ВИДЫ ОСТЕОМИЕЛИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА:

1. Острый, хронический
2. Специфический, неспецифический
3. Бактериальный, абактериальный
4. Септический, асептический

64. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА БРОДИ:

1) Наблюдение

2) Консервативный

3) Иммобилизация

4) Оперативный

65. ПРИЧИНЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:

1) Отсутствие иммобилизации

2) Межмышечная флегмона

3) Арофия мышц конечности

4) Вирулентность инфекции

66. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Линейный периостит

2) Многослойный периостит

3) Периостальная реакция отсутствует

4) Секвестр

67. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРОВОДИТЬСЯ ФИСТУЛЛОГРАФИЯ?

1) Для выявления характерной микрофлоры

2) Выявить периостит

3) Визуализировать свищевой ход

4) Выявить возбудитель инфекции

68. ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Раннее щадящее оперативное лечение

2) Консервативное лечение

3) Иммобилизация и антибиотикотерапия

4) Наблюдение

69. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ОДЫШКИ, ЦИАНОЗА, КРОВОХАРКАНЬЯ И ХРИПОВ В ЛЕГКИХ О КАКОМ ОСЛОЖНЕНИИ ОСТЕОМИЕЛИТА СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ:

1) Септическая пневмония

2) Крупозная пневмония

3) Острый бронхит

4) ТЭЛА

70. ЦЕЛЬ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

1) Санация гнойного очага

2) Понижением внутрикостного давления

3) Ограничение воспалительного процесса

4) Все перечисленное

71. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

1) Диафиз

2) Метадиафиз

3) Метафиз

4) Эпифиз

72. В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПРОВОДЯТСЯ ЦИКЛОВЫЕ СМЕНЫ АНТИБИОТИКОВ. СКОЛЬКО ПРОДОЛЖАЕТСЯ ЦИКЛ:

1) 2 - 3 дня

2) 4 - 6 дней

3) 7 - 10 дней

4) 10-15 дней

73. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПРОТЯЖЕННОСТИ СВИЩА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:

1) Пальпация

2) Зондирование

3) Осмотр

4) Фистулография

74. РОЛЬ СЕКВЕСТРА В ОРГАНИЗМЕ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКВЕСТРАЛЬНОЙ КОРОБКИ:

1. Отрицательная
2. Положительная
3. Нейтральная
4. Зависит от размеров секвестра

75. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ:

1) Антибиотики

2) Антигистаминные средства

3) Цитостатики

4) НПВС

**Устный опрос:**

1. Определение понятия «Остеомиелит». Классификация остеомиелита.
2. Особенности строения и кровоснабжения костей конечностей у детей и их значение в возникновении и течении остеомиелита.
3. Роль микробного фактора. Источники инфекции.
4. Роль сенсибилизации организма в возникновении остеомиелита. Эксперименты С.М. Дерижанова.
5. Разрешающие факторы и их роль в возникновении остеомиелита.
6. Патогенез и патологическая анатомия острой фазы гематогенного остеомиелита.
7. Механизмы секвестрации, сроки образования секвестров и их типы.
8. Источники, процесс и сроки образования секвестральной коробки. Роль секвестра в процессах репарации.
9. Клиника остеомиелита. Особенность начала и характер болей. Основные формы клинического течения остеомиелита. Общие и местные проявления.
10. Рентгенологическая диагностика гематогенного остеомиелита. Значение томографии.
11. Возможные осложнения при остеомиелите и их рентгенодиагностика.
12. Хроническая фаза гематогенного остеомиелита: данные анамнеза, осмотра, клинического и лабораторного исследования.
13. Местные изменения поражённой конечности при хроническом остеомиелите. Данные осмотра, пальпации, зондирования свищей, фистулографии и пр.
14. Этиологическое, патогенетическое и симптоматическое лечение в острую и хроническую фазы гематогенного остеомиелита. Показания к оперативному лечению. Виды вмешательств.
15. Атипические формы заболевания: первично–хронические остеомиелиты Оллье, Броди, Гарре и др.

**Проверка практических навыков:**

Каждому студенту дается набор рентгенограмм, отображающих в динамике рентгеноскопическую картину гематоген­ного остеомиелита. Студенты дают четкие письменные заключения по данным рентгенограмм (по предложенной схеме).

**Реферат:**

«Рентгенодиагностика атипических форм остеомиелита».

Заполнить таблицу: «Дифференциально-диагностические признаки хронического гематогенного остеомиелита и костно-суставного туберкулеза».

|  |  |
| --- | --- |
| Острый гематогенный остеомиелит | Костно-суставной туберкулез |
|  | |

**Тема 3.** Костно-суставной туберкулез.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тестирование

Устный опрос

Проверка практических навыков

Реферат

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестирование:**

1. БОЛЬНОЙ К., 46 ЛЕТ, СОСТОИТ НА УЧЕТЕ В ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ. ДАННЫЕ ОСМОТРА – ГИБУС. ОПРЕДЕЛИТЕ ФАЗУ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1) преспондилитическая

2) постспондилитическая

3) спондилитическая

4) требуются дополнительные исследования

2. НАЛИЧИЕ МЕСТНЫХ ПРИЗНАКОВ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ НАТЕЧНИКА:

1) выражены

2) слабо выражены

3) отсутствуют

4) можно доказать специальными методами исследования

3. ТИПИЧНЫЕ ВХОДНЫЕ ВОРОТА ИНФЕКЦИИ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ:

1) дыхательные пути

2) костная система

3) кожа

4) желудочно-кишечный тракт

4. ПРИЧИНА БОЛЕЕ ЧАСТОЙ, В СРАВНЕНИИ СО ВЗРОСЛЫМИ, ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ КОСТНО-СУСТАВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ:

1) вирулентность инфекции

2) анатомофизиологические особенности костей у детей

3) наличие инфекции

4) авитаминоз

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА ПРИ СПОНДИЛИТЕ:

1) шейные позвонки

2) верхние грудные позвонки

3) копчиковые позвонки

4) поясничные и нижние грудные позвонки

6. МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

1) компьютерная томография

2) рентгенография в двух проекциях

3) томография

4) рентгенография в одной проекции

7. НАЗОВИТЕ ТКАНЬ, НАИБОЛЕЕ ВОСПРИИМЧИВУЮ К ТУБЕРКУЛЕЗУ:

1) хрящевая ткань

2) желтый костный мозг

3) красный костный мозг

4) мышечная ткань

8. РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ:

1) некрэктомия

2) артродез

3) спондилодез

4) пункция

9. ЛОКАЛИЗАЦИЯ НАТЕЧНИКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ВЕРХНИХ ГРУДНЫХ ПОЗВОНКОВ:

1) поясничная область

2) верхняя треть бедра

3) боковые поверхности области пораженного позвонка

4) паховая область

10. ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА ПО КОСТИ:

1) контактный

2) лимфогенный

3) гематогенный

4) в поднадкостничном пространстве

11. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

1) лейкоцитарная инфильтрация

2) клетки Пирогова-Ланганса

3) пролиферация сосудов

4) гнойно-некротическая ткань

12. КЛЕТКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО БУГОРКА:

1) лейкоциты

2) эпителиоидные

3) жировые

4) эритроциты

13. МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ СОСТАВ ХОЛОДНОГО АБСЦЕССА:

1) лейкоциты в большом количестве

2) эритроциты

3) казеозные массы

4) тромбоциты

14. ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АКТИВНОГО КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

1) периостит

2) склероз

3) остеопороз

4) параоссальное костеобразование

15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА В ПОЗВОНКЕ В ПРЕСПОНДИЛИТИЧЕСКУЮ ФАЗУ:

1) тело позвонка

2) остистый отросток позвонка

3) поперечные отростка позвонка

4) межпозвонковый диск

16. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ:

1) один позвонок

2) два позвонка

3) три и большее количество позвонков

4) остистые отростки позвонков

17. ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ В ПРЕАРТРИТИЧЕСКУЮ ФАЗУ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

1) остеосклероз

2) остеопороз

3) формирование секвестральной коробки

4) крупноочаговый секвестр

18. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОСТИТОВ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ:

1) диафиз

2) метадиафиз

3) метаэпифиз

4) суставная поверхность

19. ТКАНЬ, ПОРАЖАЕМАЯ НАТЕЧНИКОМ:

1) кожа

2) соединительная ткань

3) мышечная ткань

4) нервная ткань

20. ТАКТИКА ВРАЧА ПОСЛЕ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ХОЛОДНОГО АБСЦЕССА ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА:

1) консервативное лечение местное

2) операция - разрез

3) пункция

4) дополнительные методы обследования

21. СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

1) антибактериальная терапия

2) введение обезболивающих

3) применение десенсибилизирующих средств

4) разгрузка конечности

22. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКЕ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

1) атрофия

2) склероз

3) воспаление

4) некроз

23. НАЛИЧИЕ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ В ТУБЕРКУЛЕЗНОМ БУГОРКЕ:

1) много кровеносных сосудов

2) мало кровеносных сосудов

3) кровеносные сосуды отсутствуют

4) кровеносные сосуды можно обнаружить специальными методами исследования

24. НАЗОВИТЕ ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1) первичный остит

2) вторичный артрит

3) первичный артрит

4) периартрит

25. НАИБОЛЬШИЙ ПРОЦЕНТ ПЕРВИЧНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КОСТНО-СУСТАВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ:

1) от 10 до 20 лет

2) до 10 лет

3) от 20 до 30 лет

4) от 40 до 50 лет

26. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ:

1) поясничные позвонки

2) тазобедренный сустав

3) коленный сустав

4) голеностопный сустав

27. ПАЛОЧКА КОХА:

1) имеет кислотоустойчивую оболочку

2) выделяет эндотоксин

3) развивается в тканях с хорошим кровоснабжением

4) всё перечисленное – верно

28. ПАЛОЧКА КОХА:

1) Грам – аэроб

2) Грам + аэроб

3) Грам – анаэроб

4) Грам + анаэроб

29. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО БУГОРКА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

1) Клеток Ашкенази

2) Клеток Пирогова-Ланганса

3) Веретенообразных клеток

4) Остеобластов

30. В МЕХАНИЗМЕ ДЕСТРУКЦИИ КОСТИ ИГРАЕТ РОЛЬ:

1) Повышение давления в костной ткани

2) Действие эндотоксина

3) Действие остеокластов

4) Всё перечисленное – верно

31. ПРИЗНАКИ НАТЁЧНИКА:

1) Гиперемированное образование

2) Болезненное образование

3) Плотная, безболезненная опухоль

4) Всё перечисленное – верно

32. СИМПТОМ, ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ:

1) Александрова

2) Дерижанова

3) Гарре

4) Броди

33. ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗА КРУПНЫХ СУСТАВОВ:

1) Боль

2) Ранняя атрофия мышц

3) Нарушение функции сустава

4) Всё перечисленное – верно

34. ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗА КРУПНЫХ СУСТАВОВ:

1) «Белой опухоли»

2) «Мышечной бдительности»

3) Утолщение кожной складки

4) Всё перечисленное – верно

35. БОЛЬ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ:

1)Утренняя

2) Дневная

3) Вечерняя

4) Ночная

36. КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО СПОНДИЛИТА:

1) Горб

2) Натёчник

3) Паралич

4) Всё перечисленное – верно

37. КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО СПОНДИЛИТА:

1) «Спотыкающегося пальца»

2) «Вожжей»

3) «Гордая походка»

4) Всё перечисленное – верно

38. ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗНЫЙ ОСТИТ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ СИНОВИИТОМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1) Преартритической фазы

2) Начала артритической фазы

3) Разгара заболевания

4) Постартритической фазы

39. СИМПТОМ «БЕЛОЙ ОПУХОЛИ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1) Преартритической фазы

2) Артритической фазы

3) Постартритической фазы

4) В любую из вышеуказанных фаз

40. НАТЁЧНИКИ И СВИЩИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1) Преартритической фазы

2) Начала артритической фазы

3) Разгара заболевания

4) Постартритической фазы

41. ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Свищи

2) Остеопороз

3) Амилоидоз

4) Верно 1 и 3

42. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ОСТЕОПОРОЗ:

1) Диффузный

2) Местный

3) Очаговый

4) Всё вышеперечисленное – верно

43. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК В РАЗГАР АРТРИТИЧЕСКОЙ ФАЗЫ:

1) Местный остеопороз

2) Деструкция суставных концов

3) Склероз вокруг первичного остита

4) Всё вышеперечисленное – верно

44. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК В ПОСТАРТРИТИЧЕСКУЮ ФАЗУ:

1) Местный остеопороз

2) Деструкция суставных концов

3) Склероз, анкилоз, деформирующий артроз

4) Всё вышеперечисленное – верно

45. СИМПТОМ «ЛАСТОЧКИНЫХ ГНЁЗД» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1) Туберкулёза позвоночника

2) Остеомиелита позвоночника

3) Метастатического поражения позвонков

4) Остеохондроза

46. АНТИБИОТИК, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА:

1) Тетрациклин

2) Канамицин

3) Пенициллин

4) Эритромицин

47. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

1) Тубазид

2) Фтивазид

3) ПАСК

4) Всё вышеперечисленное

48. НЕКРЭКТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

1) В преартритическую фазу

2) В артритическую фазу

3) В постартритическую фазу

4) Фаза значения не имеет

49. ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ:

1) Некрэктомия

2) Резекция сустава

3) Фиксация позвоночника

4) Остеотомия

50. ОПЕРАЦИЯ, УСТРАНЯЮЩАЯ ДЕФОРМАЦИЮ КОСТИ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ:

1) остеотомия

2) Некрэктомия

3) Фиксация позвоночника

4) Резекция сустава

51.ОПЕРАЦИИ, УСТРАНЯЮЩИЕ ДЕФОРМАЦИЮ КОСТИ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ, ВЫПОЛНЯЮТСЯ:

1) В преартритическую фазу

2) В артритическую фазу

3) В постартритическую фазу

4) Фаза значения не имеет

52. ОСНОВЫ БОРЬБЫ С КОСТНО-СУСТАВНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ У ДЕТЕЙ РАЗРАБОТАЛ:

1) Бобров

2) Корнев

3) Краснобаев

4) Александров

53. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ТАКТИКУ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ РАЗРАБОТАЛ:

1) Бобров

2) Корнев

3) Краснобаев

4) Александров

54. К ПЕРВЫМ СИМПТОМАМ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ОТНОСЯТСЯ:

1) Боль в суставе

2) Нарушение функции сустава

3) Слабость

4) Всё вышеперечисленное

55. ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ НАЧАЛО РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1) Постепенное

2) Острое

3) Подострое

4) В зависимости от возраста

56. ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ СЕКВЕСТРЫ БЫВАЮТ:

1) Плотные

2) По типу «тающего сахара»

3) Тотальные

4) Значения не имеет

57. ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ИМЕЕТСЯ:

1) Лейкоцитоз

2) Нейтрофилёз

3) Лимфоцитоз

4) Моноцитоз

58.НАРУШЕНИЕ СПИННОМОЗГОВОЙ ИННЕРВАЦИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1) Преспондилитическая фазы

2) Спондилитическая фазы

3) Постспондилитическая фазы

4) Фаза значения не имеет

59. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ:

1) Тазобедренный сустав

2) Коленный сустав

3) Голеностопный сустав

4) Плечевой сустав

60. СИМПТОМ БАЛЛОТИРОВАНИЯ НАДКОЛЕННИКА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1) Преартритической фазы

2) Артритической фазы

3) Постартритической фазы

4) Верно – 1 и 2

61. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ СИМПТОМОВ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ:

1) Атрофия мышц, боль, нарушение функции сустава

2) Нарушение функции сустава, атрофия мышц, боль

3) Нарушение функции сустава, боль, атрофия мышц

4) Боль, нарушение функции сустава, атрофия мышц

62. В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ИГРАЕТ РОЛЬ:

1) Сенсибилизация

2) Возбудитель

3) Замедленный ток крови

4) Всё вышеперечисленное

63. СИМПТОМЫ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ:

1) Слабость

2) Утомляемость

3) Субфебрильная температура

4) Всё вышеперечисленное

64. ПРИ СДАВЛЕНИИ СПИННОГО МОЗГА ВЫПОЛНЯЮТ:

1)Ламинэктомию

2) Физиотерапевтическое лечение

3) Введение спазмолитиков

4) Фиксацию позвоночника

65. НАЗОВИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ – АНКИЛОЗ:

1) Костно-суставной туберкулёз

2) Остеомиелит

3) Гнойный артрит

4) Артрозо-артрит

66. У БОЛЬНОГО В., 10 ЛЕТ, ТУБЕРКУЛЁЗ 1, 2, 3 ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ, СПОНДИЛИТИЧЕСКАЯ ФАЗА. НА ПЕРЕДНЕ-ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА ДИАГНОСТИРОВАН БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ. ВАШЕ МНЕНИЕ:

1) Холодный абсцесс

2) Воспалительный инфильтрат

3) Лимфаденит

4) Поднадкостничный абсцесс

67. НАИБОЛЕЕ РЕДКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА:

1) Метафиз

2) Диафиз

3) Метаэпифиз

4) Эпифиз

**Устный опрос:**

1. Отличительная особенность возбудителя туберкулеза.
2. Патогенез и патанатомия костно-суставного туберкулеза. Механизмы деструкции кости. Холодные абсцессы.
3. Клиническое течение костно-суставного туберкулеза. Фаз­ная динамика общих и местных симптомов.
4. Клиника и диагностика спондилита, гонита, коксита.
5. Рентгенодиагностика костно-суставного туберкулеза (по стадии)
6. Лабораторные данные при костно-суставном туберкулезе.
7. Общие принципы лечения костно-суставного туберкулеза. Санитарно-ортопедический метод. Лечение местное и общее: этиологическое, патогенетическое, симптоматическое. Гра­ницы консервативного лечения.
8. Оперативное лечение. Типы вмешательства в зависимости от фазы и стадии заболевания.
9. Прогноз, исход заболевания и трудоустройство больных.
10. Роль отечественных хирургов в развитии учения о костно-суставном туберкулезе: В.И. Бобров, Т.П. Краснобаев, П.Г. Корнев.

**Проверка практических навыков:**

1. Самостоятельная работа студентов с рентгенограммами, каждому студенту даётся набор рентгенограмм, отображающих основные рентгенологические симптомы заболевания. Студенты дают чёткие письменные заключения по данным рентгенограммам.

2. Практическая часть занятия проходит в палатах, где студенты разбиваются на 2-3 человека и работают с больными костно-суставной патологией.

В палате осматриваются больные. Собирается анамнез. Выявляются факторы риска. Обследуются доступные пальпации лимфатические узлы. Осматриваются крупные суставы, определяется выпот в коленном суставе и его заворотах. Изучается история болезни и сопоставляются клинические данные и результаты обследования. Преподаватель поочерёдно обходит студентов, работающих в палате, и уточняет вид письменного задания для каждого студента.

|  |  |
| --- | --- |
| У первого студента | У второго студента |
| 1. Анамнез заболевания | 1. Локальный статус |
| 2. Оценка лимфатических узлов | 2. План обследования |

**Реферат:**

1. Заполните следующую таблицу

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отличия | К-С tbc | Остеомиелит |
|  |  |  |

2. Напишите реферат на тему: «Роль отечественных учёных в развитии костно-суставного туберкулёза».

**Тема 4.** Воспалительные заболевания мочеполовых органов.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

**Тестирование:**

**Вариант 1**

1. Признак полного разрыва уретры:

1. отсутствие мочи
2. гематурия
3. моча цвета пива

2. Эхографическим признаком разрыва почки у детей служит:

1. эхо-признаки выпота в брюшной полости
2. увеличение паранефральной гематомы и нарушение кровотока заметное при УЗИ
3. нечёткость контура повреждённой почки

3. При травме почки нефрэктомия показана при:

1. гематурии
2. гидронефрозе
3. безуспешности гемостатической терапии

4. Диагностика разрыва мочевого пузыря проводится по данным:

1. цистоскопии
2. цистографии
3. экстреторной урографии

5. Срочное оперативное лечение при закрытой травме почки показано:

1. при высокой температуре
2. при микрогематурии
3. при нарастающей анемии

**Вариант 2**

1. Признак ушиба почек:

1. боль при мочеиспускании
2. положительный симптом Щеткина-Блюмберга
3. микро- или макрогематурия

2. Для разрыва уретры характерна:

1. гематурия
2. уретроррагия
3. анурия

3. Перед удалением поврежденной почки необходимо исследовать:

1. состояние гемодинамики
2. состояние поврежденной почки
3. функцию остающейся почки

4. При тяжелом повреждении почки, во время операции, определив пальпаторно наличие контралатеральной почки, хирург:

1. имеет право выполнить нефрэктомию
2. не имеет право выполнить нефрэктомию
3. имеет право, если только почка обычных размеров

5. Диагностике урогематомы в забрюшинном пространстве помогает:

1. отсутствие контуров наружного края поясничной мышцы на обзорном снимке почек и мочевых путей
2. все перечисленные признаки
3. напряжение мышц передней брюшной стенки и поясничной области на стороне пораженной почки

**Вариант 3**

1. Первая помощь при травме мочевого пузыря:

1. катетеризация
2. пузырь со льдом
3. мочегонные средства

2. При острой травме уретры уретрография и катетеризация мочевого пузыря показана:

1. не позднее 2-3 часов после травмы
2. спустя 6 часов после травмы
3. не позднее 12 часов после травмы

3. При травме мочеполовых путей и гематурии в первую очередь показана:

1. ретроградная пиелография
2. цистоскопия
3. цистография

4. В акушерско-гинекологической практике повреждения мочеточника наблюдаются чаще всего:

1. в нижней трети
2. одновременно обоих мочеточников
3. в средней трети

5. При травме почки оперативное лечение показано в случае:

1. профузной гематурии со сгустками при нарастании забрюшинной гематомы
2. при макрогематурии
3. когда на экскреторной урограмме отсутствует выделение поврежденной почкой рентгеноконтрастного вещества

**Вариант 4**

1. Первая помощь при травме почек:

1. наркотические препараты
2. пузырь со льдом, срочная госпитализация
3. тепло

2. Методом неотложной помощи при острой травме уретры является:

1. цистостомия
2. первичный шов уретры
3. бужирование уретры

3. Какова цель экскреторной урография при травме почки?

1. выявить состояние контралатеральной почки
2. установить степень и характер повреждения почки
3. выявить субкапсулярную гематому

4. При подозрении на травму почки больного необходимо:

1. наблюдать амбулаторно ежедневно
2. немедленно госпитализировать во всех случаях
3. госпитализировать в случае нестабильного артериального давления

5. Открытые повреждения почек чаще встречаются:

1. в мирное время
2. во время стихийных бедствий
3. в военное время

**Вариант 5**

1. Урогематома — достоверный симптом:

1. ушиба почки
2. повреждения почечной паренхимы и лоханки
3. повреждения селезенки

2. При диагностике травмы почек применяется:

1. радиоизотопная ренография
2. экскреторная урография
3. хромоцистоскопия

3. Каковы показания к срочному оперативному лечению при закрытой травме почки?

1. продолжающееся кровотечение из почки
2. микрогематурия
3. анемия

4. К ранним осложнениям травмы уретры относятся:

1. мочевые затеки таза и промежности
2. флебиты таза и промежности, уросепсис
3. кровотечение

5. При подозрении на повреждение или перевязку мочеточника во время операции для уточнения диагноза нужно произвести:

1. экскреторную урографию
2. обзорную рентгенографию почек и мочевых путей
3. УЗ-исследование почек

**Вариант 6**

1. К методам исследования мочевыделительной системы относится:

1. холедохоскопия
2. цистоскопия
3. ирригография

2. Для травмы почек характерна:

1. секреторная анурия
2. острая задержка мочеиспускания
3. тотальная макрогематурия

3. При острой травме мочеиспускательного канала уретрография:

1. не обязательна
2. показана обязательно в первые часы
3. не показана

4. Характерным признаком повреждения уретры при травме полового члена являются:

1. рези при мочеиспускании
2. задержка мочи
3. уретроррагия

5. При внебрюшной травме мочевого пузыря обязательными рентгенографическими исследованиями являются:

1. цистография
2. ретроградная уретроцистография
3. пневмоцистография

**Вариант 7**

1. Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить:

1. альбуминурию;
2. микрогематурию;
3. макрогематурию;

2. При ушибе почки показана:

1. постельный режим с антибактериальной и гемостатической терапией
2. нефрэктомия
3. дренирование почки и паранефральной клетчатки

3. Для выявления наружных контуров почки информативны:

1. ретропневмоперитонеум
2. УЗИ почек
3. ретроградная пиелография

4. После ушиба яичка возможно возникновение:

1. инфаркта яичка
2. злокачественного перерождения
3. невралгии

5. Предпочтительным видом дренирования мочевого пузыря при его травме является:

1. цистостомия
2. постоянный катетер
3. катетеризация мочевого пузыря 2-3 раза в сутки

**Вариант 8**

1. Наиболее информативный метод исследования в диагностике острой травмы почки:

1. УЗИ с оценкой почечного кровотока
2. экскреторная урография
3. КТ с введением контрастного вещества

2. Поздним осложнением травмы почки может быть:

1. острый пиелонефрит
2. нефрогенная гипертония
3. хронический пиелонефрит

3. При анализе обзорной урограммы возможно итерпретировать:

1. форму, размеры, положение почек
2. контуры мочеточника
3. контуры поясничных мышц

4. При ультразвуковом сканировании почки взрослого человека определяются в виде образования овоидной формы, поперечный размер которого составляет:

1. 6.5-7.5 см
2. 3.5-4.0 см
3. 4.5-6.5 см

5. В клинику в состоянии шока (АД – 70/40 мм рт. ст., тахикардия - 120 в минуту, бледность кожных покровов) доставлен больной, который упал со строительных лесов с высоты 2-го этажа. В правой поясничной области выбухание, кожные ссадины, имеется болезненность и напряжение мышц в правой половине живота. На обзорной рентгенограмме почек и мочевых путей справа тень почки и изображение контуров поясничной мышцы отсутствуют, имеется перелом XI и XII ребер. Какое исследование Вы изберете для уточнения диагноза?

1. цистоскопия
2. УЗИ
3. уретрография

**Вариант 9**

1. Для внебрюшинного разрыва мочевого пузыря наиболее характерна следующая группа симптомов:

1. гематурия, дизурия, паравезикальная гематома;
2. пиурия, гематурия, повышение температуры тела;
3. тошнота, рвота, острая задержка мочи;

2. Необходимым этапом операции при внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря у женщин является:

1. ушивание мочевого пузыря с оставлением уретрального катетера
2. цистостомия с дренированием предпузырной клетчатки
3. цистостомия и дренирование брюшной полости

3. Какие рентгеноконтрастные вещества применяется для выполнения эксктреторной урографии?

1) верографин  
2) уротраст  
3) йодолипол  
4) омнипак

Выберете правильную комбинацию ответов:

1. 1,2,3

2. 1,3,4

3. 1,2,4

4. Визуализация мочеточников при ультразвуковом сканировании возможна:

1. при уростазе
2. никогда
3. если они не расширены

5. Из вытрезвителя доставлен больной 36 лет с жалобами на боли в животе и невозможность самостоятельного мочеиспускания. 6 часов назад он был избит. При обследовании: периодически садится. Живот умеренно вздут, болезнен при пальпации, особенно в нижних отделах. Перкуторно в отлогих местах притупление, создается впечатление о наличии жидкости в брюшной полости. Катетер Нелатона №18 свободно проведен в мочевой пузырь - выделилось 100 мл мочи с кровью. АД – 120/80 мм рт. ст. Пульс - 88 в минуту, хорошего наполнения. Нb - 140 г/л. Какое исследование необходимо провести для установления диагноза?

1. уретрографию
2. УЗИ почек и мочевого пузыря
3. цистографию в 2 проекциях и снимок после опорожнения мочевого пузыря

**Вариант 10**

1. Нарастающая припухлость в поясничной области характерна для:

1. разрыва почки
2. гидронефроза
3. нефроптоза

2. Признаком внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря является:

1. боль над лоном
2. нарушение мочеиспускания и симптомы раздражения брюшины
3. почечная недостаточность

3. Цистография выполняется для диагностики:

1. разрыва почки
2. разрыва мочевого пузыря
3. разрыва уретры

4. Толщина почечной паренхимы при ультразвуковом сканировании равна:

1. 1.8-1.9 см
2. 1.0-1.2 см
3. 1.0-1.6 см

5. Больной С., 20 лет во время игры в футбол получил удар ногой в промежность. Появилась уретроррагия. Отмечает позывы к мочеиспусканию, но самостоятельно помочиться не может. Над лоном определяется выбухание, над которым при перкуссии выявляется тупой звук. Имеется гематома промежности. Из уретры выделяется кровь. Какой Ваш предварительный диагноз?

1. разрыв мочевого пузыря
2. повреждение простаты
3. разрыв уретры

**Вариант 11**

1. Основные симптомы внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря у детей:

1. острая задержка мочи, паравезикальная гематома;
2. пиурия, гематурия;
3. перитонеальные проявления, притупление звука в отлогих местах, олигурия;

2. Признаком внебрюшинного разрыва мочевого пузыря является:

1. расстройство мочеиспускания и мочевой затек в клетчатку малого таза
2. недержание мочи и боли над лоном
3. симптомы раздражения брюшины

3. Симптомами закрытого травматического повреждения почки являются:

1. гипертермия
2. макрогематурия
3. дизурические расстройства

4. Задержка мочеиспускания – это:

1. отсутствие выделения мочи почками
2. невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря
3. отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации

5. Больной В., 30 лет во время ремонта крыши гаража упал с высоты 3 м. Появилась боль в поясничной области, примесь крови в моче. Какой Ваш предварительный диагноз?

1. ушиб почки
2. разрыв мочевого пузыря
3. разрыв почки

**Вариант 12**

1. Основной метод диагностики травмы мочевого пузыря у детей:

1. экскреторная урография;
2. цистоскопия;
3. цистография;

2. Необходимым этапом оперативного лечения внебрюшинного разрыва мочевого пузыря является:

1. ушивание дефекта мочевого пузыря, цистостомия
2. ушивание дефекта мочевого пузыря
3. лапаротомия и ушивание дефекта мочевого пузыря

3. Оценка степени травматического повреждения почки проводится по результатам:

1. обзорной урограммы
2. экскреторной урограммы
3. цистоскопия

4. Гематурия – это:

1. наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина
2. выделение крови из мочеиспускательного канала
3. выделение крови с мочой

5. Больной А., 34 лет поступил в отделение экстренной урологии. 1 ч назад был избит неизвестными. Отмечается нарастающая припухлость в поясничной области. Какой Ваш предварительный диагноз?

1. разрыв мочевого пузыря
2. ушиб почки
3. разрыв почки

**Вариант 13**

1. Патогномоничным симптомом полного разрыва уретры у детей служит:

1. гематурия;
2. пиурия;
3. острая задержка мочи;

2. Основным рентгенологическим признаком повреждения мочевого пузыря является:

1. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
2. затек контрастного вещества за пределы мочевого пузыря
3. деформация контуров мочевого пузыря

3. Показаниями для хирургического лечения закрытой травмы почки являются:

1. признаки продолжающегося внутреннего кровотечения
2. боли в поясничной области
3. нарастающая паранефральная гематома

4. К повреждению почки предрасполагают:

1. гидронефроз
2. опухоли почки
3. туберкулез

5. Больной К.,29 лет поступил в отделение экстренной урологии. При поступлении отмечается гематурия, нарушение мочеиспускания (дизурия). При УЗИ выявлена паравезикальная гематома. Какой Ваш предварительный диагноз?

1. внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря
2. внебрюшинный разрыв мочевого пузыря
3. разрыв почки

**Устный опрос:**

1. Закрытые повреждения почек. Клиника и диагностика закрытых травм почек.
2. Открытые повреждения почек (огнестрельные, колотые, резаные, рубленые).
3. Симптомы и диагностика огнестрельных ранений почек.
4. Повреждения открытые и закрытые мочеточников. Клиника и диагностика.
5. Закрытые и открытые повреждения мочевого пузыря. Симптоматика вне-и внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря.
6. Консервативное и оперативное лечение травм почек.
7. Лечение повреждений мочеточника и их осложнений.
8. Лечение внутри- и внебрюшинного разрыва мочевого пузыря.
9. Пиелонефрит. Классификация.
10. Симптомы и клиническое течение острого пиелонефрита.
11. Диагностика хронического пиелонефрита.
12. Гнойные заболевания почек и околопочечной клетчатки. Апостематозный нефрит.
13. Абсцесс, карбункул почки.
14. Воспаление околопочечной клетчатки.
15. Паранефрит. Классификация.
16. Паранефрит. Симптомы и диагностика. Лечение.

**Проверка практических навыков:**

1. Знакомство с симптомами заболевания на клинических примерах у постели больного, под контролем преподавателя.
2. Разбор тематических рентгенограмм.

**Модуль 4**. Типовые хирургические вмешательства на конечностях

**Модуль 5**. Типовые хирургические вмешательства на внутренних органах

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 92-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 82-90% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 72-80% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится.

По экзаменационным билетам, в устной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

(Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:

если форма промежуточной аттестации по дисциплине– экзамен: Рд=Рт+Рб+Рэ, где

**Рб -** бонусный рейтинг;

**Рд -** дисциплинарные рейтинг;

**Рз -** зачетный рейтинг;

**Рт -** текущий рейтинг;

**Рэ -** экзаменационный рейтинг)

Образецкритериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения экзаменационного рейтинга.

**11-15 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**6-10 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**3-5 баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

**0-2 балла.** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

**I. История хирургии. Асептика и антисептика.**

1. Система организации хирургической помощи. Основы страховой медицины.

2. Антисептика и асептика. Определение понятия, история вопроса. Развитие антисептики в России. Н.П. Пелехин и Н.В.Склифософский.

3. Основные этапы развития хирургии. Организация работы хирургического отделения с точки зрения асептики.

4. Учение Листера об антисептике. Предшественники Листера: Луи Пастер, Н.И.Пирогов, И.Ф. Земмельвейс. Классификация химических антисептиков и методики их применения.

5. Асептика. Определение понятия. Исследование Бергмана и Шиммельбуша. Пути внедрения инфекции. Развитие асептики в России.

6. Стерилизация операционного белья и перевязочного материала. Паровой стерилизатор. его устройство и эксплуатация. Опасности, связанные с его работой. Методы непрямого контроля стерилизации.

7. Стерилизация операционного белья и перевязочного материала. Бактериологический контроль стерилизации и стерильности.

8. Стерилизация металлических и стеклянных инструментов, резиновых изделий и оптических приборов. Способы контроля стерилизации.

9. Требования, предъявляемые к шовному материалу, его виды и способы стерилизации.

10. Подготовка операционного поля. Особенности ее в зонах повышенной инфицированности.

11. Предстерилизационная обработка металлических и стеклянных инструментов.

12. Современные способы и техника обработки рук хирурга к операции.

13. Контроль предстерилизационной обработки стеклянных и металлических инструментов.

14. Госпитальная инфекция. Определение, общая характеристика и профилактика.

Работа хирургического отделения в условиях анаэробной инфекции.

15. Особенности предстерилизационной обработки инструментов, бывших в соприкосновении с анаэробной инфекцией.

16. Меры профилактики ВИЧ-инфекции в хирургии.

17. Современные принципы рациональной антибактериальной терапии.

18. Подготовка операционного поля.

**II. Кровотечение и переливание крови.**

19. Кровотечение. Определение понятия. Оценка тяжести острой кровопотери.

20. Кровотечение, классификация. Способы временной остановки кровотечения.

21. Кровотечение. Клиническая картина, диагностика. Способы окончательной остановки кровотечения.

22. Компенсаторно-приспособительные механизмы в организме при острой кровопотере.

23. Техника наложения жгута и закрутки, показания, противопоказания.

24. Учение о изогемагглютинации. История вопроса. Группы крови. Подгруппы крови.

25. Прямое и обратное правило Оттенберга и условия для их применения.

26. Понятие об «опасном универсальном» доноре и об «опасном универсальном» реципиенте.

27. Ошибки при определении групп крови.

28. Понятие о системе Резус, классификация.

29. Определение резус-принадлежности.

30. Классификация и характеристика антирезусных антител.

31. Пути иммунизации по резус-фактору.

32. Характеристика компонентов крови.

33. Переливание переносчиков газов крови. Их виды. Показания и противопоказания к их применению.

34. Переливание корректоров плазменно-коагуляционного гемостаза: свежезамороженная плазма, криопреципитат. Показания и противопоказания.

35. Переливание кровозамещающих жидкостей, их классификация и назначение.

36. Классификации и применение препаратов крови.

37. Аутодонорство компонентов крови. Интраоперационная реинфузия крови.

38. Консервирование и хранение фракции крови. Определение их годности. Протокол переливания компонентов крови. Наблюдение за больным после гемотрансфузии. Современная гемотрансфузионная тактика.

39. Осложнения при переливании переносчиков газов крови. Острый гемолиз (иммунного характера). Патогенез, клиника, лечение, профилактика.

**III. Операция. обезболивание.**

40. Наркоз. Определение понятия, виды наркоза.

41. Периоды, стадии и уровни ингаляционного наркоза и их клинические признаки.

42. Неингаляционный наркоз, наркотические препараты, их фармакодинамическое действие. Техника в/в наркоза.

43. Способы местного обезболивания. Лекарственные вещества, их концентрация и дозировка.

44. Проводниковая анестезия, анестезирующие растворы, способы проводниковой анестезии и возможные осложнения при них. Техника анестезии пальца.

45. Субарахноидальная и эпидуральная анестезия, анестезирующие растворы. Техника и осложнения, опасности и их предупреждение.

46. Хирургическая операция, определение понятия, виды хирургического вмешательства. Осложнения со стороны различных органов и систем в послеоперационном периоде и их профилактика.

47. Предоперационный период и его задачи. Подготовка больного к операции. Оценка анестезиологического риска.

**IV. Травматология**

48. Классификация переломов трубчатых костей. Клиника и диагностика переломов костей конечностей.

49. Патологическая анатомия переломов длинных трубчатых костей. Уровни и линии изломов, смещение отломков, гематома, асептическое травматическое воспаление.

50. Переломы длинных трубчатых костей. Заживление переломов, источники и составные части, стадии формирования костной мозоли.

51. Основные этапы в лечении больных с переломами костей. Виды гипсовых повязок и правила их наложения. Опасности и осложнения при наложении гипсовой повязки.

52. Общие принципы лечения переломов трубчатых костей.

53. Современные методы лечения переломов. Остеосинтез.

54. Скелетное вытяжение. Инструментарий, аппаратура и техника.

55. Остаточные явления при переломах, их профилактика и лечение.

**IV. Раны**

56. Раны. Определение понятия, классификация, характеристика отдельных видов ран.

57. Асептические раны. Определение понятия. Физико-химические, биологические и морфологические процессыв асептических ранах. Клиническое течение. Осложнения асептических ран.

58. Гнойные раны. Физико-химические, биологические и морфологические процессы и лечение ран в фазу воспаления.

59. Гнойные раны. Физико-химические, биологические и морфологические процессы и лечение ран в фазу регенерации .

60. Свежеинфицированные раны. Определение понятия. Задачи и принципы лечения.

61. Свежеинфицированные раны, методы их первичной хирургической обработки и ее техника. Специфическая и неспецифическая профилактика столбняка.

**V. Ожоги**

62. Ожоги. Местные изменения и классификация ожогов по степеням.

63. Ожоги. Определение площади ожога и техника первичной обработки.

64. Ожоговая болезнь. Ожоговый шок. Его патогенез, фазы, профилактика и лечение.

65. Ожоговая болезнь, фаза септикотоксемии, патогенез, клиника, лечение.

66. Ожоги. Местное лечение. Виды кожной пластики.

**VI. Хирургическая инфекция.**

67. Общая реакция организма на внедрение инфекции. Синдром системной воспалительной реакции. Понятие и клиническое течение.

68. Сепсис. Определение понятия. Каузальная, патогенетическая и симптоматическая терапия септических больных.

69. Сепсис. Понятие. Клинические признаки, принципы лечения.

70. Фурункул и карбункул. Этиология, патогенез, клиника и лечение. Особенности течения фурункулов и карбункулов на лице.

71. Абсцесс. Определение понятия. Абсцессы тканевые и органные. Клиника, диагностика и лечение.

72. Флегмона. Определение понятия, клиническое течение, диагностика и лечение.

73. Острый гематогенный остеомиелит. Патогенез и клиническое течение, диагностика. Осложнения. Этиологическое, патогенетическое и симптоматическое лечение.

74. Остеомиелит, определение, классификация и его клинические формы.

75. Хроническая фаза гематогенного остеомиелита. Клиническое течение, осложнения. Лечение хронического остеомиелита.

76. Анаэробная инфекция. Патогенез, патологическая анатомия, клиника и лечение.

77. Столбняк. Этиология, патогенез, профилактика и лечение.

78. Туберкулез костей и суставов. Патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика и лечение.

79. Туберкулезный спондилит. Патогенез, патологическая анатомия, клиника и лечение. Организация борьбы с костно-суставным туберкулезом. Т.П. Краснобаев, П.Г. Корнев.

**VIII. Онкология**

80. Злокачественные опухоли. Общие и местные симптомы.

81. Опухоли доброкачественные и злокачественные. Закономерности метастазирования. Специальные методы ранней диагностики в онкологии.

82. Злокачественные опухоли. Лучевая терапия. Гормонотерапия, Химиотерапия.

83. Злокачественные опухоли. Хирургические методы лечения.

84. Злокачественные опухоли. Организация противораковой борьбы. Профилактика злокачественных опухолей.

**IX. Урология**

85. Закрытые повреждения почек. Клиника и диагностика закрытых травм почек.

86. Открытые повреждения почек (огнестрельные, колотые, резаные, рубленые).

87. Симптомы и диагностика огнестрельных ранений почек.

88. Повреждения открытые и закрытые мочеточников. Клиника и диагностика.

89. Закрытые и открытые повреждения мочевого пузыря. Симптоматика вне-и внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря.

90. Консервативное и оперативное лечение травм почек.

91. Лечение повреждений мочеточника и их осложнений.

92. Лечение внутри- и внебрюшинного разрыва мочевого пузыря.

93. Пиелонефрит. Классификация.

94. Симптомы и клиническое течение острого пиелонефрита.

95. Диагностика хронического пиелонефрита.

96. Гнойные заболевания почек и околопочечной клетчатки. Апостематозный нефрит.

97. Абсцесс, карбункул почки.

98. Воспаление околопочечной клетчатки.

99. Паранефрит. Классификация.

100. Паранефрит. Симптомы и диагностика. Лечение.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

1. Сбор анамнеза у больного с подозрением на перелом.
2. Сбор анамнеза у больного с подозрением на внутреннее кровотечение.
3. Сбор анамнеза у больного с подозрением на гнойное заболевание.
4. Приготовление, подготовка к стерилизации, укладка в биксы перевязочного материала, операционной одежды, белья, масок, перчаток.
5. Приготовление перевязочного материала (шарик, салфетка).
6. Обработка рук перед операцией («Первомуром», Хлоргексидином).
7. Облачение в стерилизованный халат самостоятельно и с помощью операционной сестры.
8. Надевание и смена стерильных перчаток.
9. Временная остановка наружного кровотечения механическим способом (жгут, максимальное сгибание, пальцевое прижатие).
10. Наложение транспортных шин (Крамера, Дитерихса).
11. Подготовка шины Белера.
12. Подготовка и заполнение инфузионных систем.
13. Определение пригодности эритромассы к переливанию.
14. Определение групп крови системы АВО по ЦОЛИ-клонам.
15. Проведение проб на совместимость крови донора и сыворотки реципиента перед переливанием крови по АВО и Rh-системам.
16. Проведение биологической пробы.
17. Активно-пассивная профилактика столбняка.
18. Проведение инструментальной перевязки ран.
19. Снятие швов.
20. Клиническая диагностика вывихов и переломов (техника пальпации при подозрении на перелом, проведение пробы с осевой нагрузкой, измерение абсолютной и относительной длины конечности)
21. Определение симптома флюктуации, местного повышения температуры.
22. Определение пульсации артерий на нижней и верхней конечностях.
23. Определение болевой, тактильной и проприоцентивной чувствительности.
24. Вправление вывиха плеча по Кохеру.
25. Наложение повязки Дезо.
26. Наложение мягкой бинтовой повязки на пальце, лучезапястном, голеностопном суставах.

**Тестовые задания:** Тестирование обучающихся проводится на бумажных носителях

1. В какой стадии наркоза наиболее показано проведение большинства

операций?

1) первая стадия

2) вторая стадия

3) третья стадия – первый, второй уровень

4) третья стадия - третий, четвертый уровень

2. Открытый массаж сердца проводят в условиях операционной после торакотомии, которая осуществляется:

1) по пятому межреберью, слева от грудины до средней подмышечной линии

2) по передней подмышечной линии

3) по срединной линии груди

4) по парастернальной линии слева, от второго до пятого ребра

3. Ларингоспазм, как осложнение, скорее всего, может возникнуть:

1) в стадии анальгезии

2) в стадии возбуждения

3) в стадии хирургического сна

4) в стадии пробуждения

4. Какие операции относятся к категории срочных?

1) выполняемые немедленно или в ближайшие часы после поступления больного в стационар

2) операции, выполняемые в ближайшие дни (1-7) после поступления

3) операции, выполняемые в ближайшие 3-4 недели

4) операции, выполняемые в неограниченные сроки

5. Хирургический доступ должен отвечать следующим требованиям:

1) обеспечение обзора хирургического поля

2) удобство выполнения всех манипуляций, связанных с операцией

3) быть анатомичным

4) все перечисленное верно

6. Какой вид перевязочного материала можно стирать и использовать повторно:

1) Вата.

2) Лигнин.

3) Марля.

4) Перевязочный материал повторно не используется.

7. Бритье операционного поля проводится:

1) В день операции.

2) Накануне операции.

3) Не имеет значения.

4) За сутки до операции.

8. При универсальной укладке бикса его содержимое предназначается для:

1) Использования в перевязочной.

2) Одной плановой операции.

3) Одной экстренной операции.

4) Планового операционного дня в большом хирургическом отделении.

9. В каком ответе правильно указан предельный срок хранения простерилизованного материала в биксе Шиммельбуша после однократного открывания его крышки?

1) 6 часов.

2) 12 часов.

3) 24 часа.

4) 48 часов.

10. К физической антисептике относят:

1) Дренирование ран

2) Туалет раны

3) Первичную хирургическую обработку ран

4) Промывание раны антисептиком

11. Несмотря на то, что находившийся в биксе ленточный индикатор паровой стерилизации изменил свою окраску, посевы со стерилизовавшихся материалов дали рост патогенной флоры. В каком из ответов указан дефект, являющийся наиболее вероятной причиной инфицированности автоклавируемого материала:

1) Потеря автоклавом герметичности.

2) Неисправность воздушного фильтра в автоклаве, в рабочем цикле которого предусмотрено вакуумирование.

3) Отсутствие заземления в автоклаве.

4) Заправка автоклава жесткой водой.

12. Какие выделяют пути эндогенной бактериальной контаминации ран?

1) через нестерильный хирургический инструмент

2) проникновение непосредственно из полого органа

3) через руки медперсонала

4) с током лимфы и крови из гнойно-воспалительных очагов

Выберите комбинацию ответов:

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

13. Какой из указанных показателей свидетельствует о тяжести кровопотери?

1) Пульс 100/мин.

2) Коллапс.

3) Гемоглобин - 80 г/л.

4) Кол-во эритроцитов 3,0×1012 /л.

14. Для диагностики источника кровотечения в желудочно-кишечном тракте могут быть использованы следующие методы: 1) эзофагоскопия; 2) гастроскопия; 3) дуоденоскопия; 4) колоноскопия; 5) ректороманоскопия.

1) 1 и 2

2) 2 и3

3) 4 и 5

4) все ответы верны

15. При вторичном артериальном кровотечении из инфицированной раны для окончательной его остановки целесообразно предпринять следующие меры:

1) перевязка кровоточащего сосуда в ране;

2) прошивание сосуда в ране;

3) перевязка кровоточащего сосуда на протяжении;

4) сочетание гемостатической терапии с антибиотиками.

16. Назовите периоды ожоговой болезни:

1) острой ожоговой токсемии

2) олигурии

3) микроциркуляторных нарушений

4) все верно

17. В какой фазе острого гнойного процесса показано применение протеолитических ферментов:

1) в фазе воспалительного инфильтрата

2) в фазе гнойного расплавления

3) в любом периоде заболевания

4) их применение не показано в обеих фазах

18. Какое лечение следует проводить в фазе воспалительного инфильтрата:

1) разрез, иммобилизация, антибиотики

2) иссечение, первичный шов, антибиотики

3) иммобилизация, антибиотики

4) возможно все перечисленное

19. Какой микроорганизм «несет ответственность» за зловонный запах при вскрытии гнойника:

1) неклостридиальный анаэроб

2) кишечная палочка

3) вульгарный протей

4) палочка сине-зеленого гноя

20. Флегмона – это:

1) острое разлитое воспаление клетчаточных пространств

2) острое разлитое воспаление естественных полостей тела (суставы, плевральной)

3) верны оба указанных выше утверждения

4) острое разлитое воспаление всех слоев кожи с выраженным отеком

21. Сепсис – это:

1) попадание патогенных микроорганизмов в кровяное русло

2) то же, что и синдром системной воспалительной реакции (ССВР)

3) синдром системной воспалительной реакции (ССВР), развившийся при наличии очага гнойной инфекции

4) Тяжелое инфекционное заболевание, сопровождающееся нарушением функции почек или печени, легких

22. Что входит в определение понятия «Секвестральная коробка»?:

1) участок мертвой кости

2) вновь образованная костная ткань вокруг секвестра

3) неизмененные мягкие ткани вокруг кости, пораженной гнойным процессом

4) неизмененная костная ткань вокруг секвестра

23. Последовательность развития гнойного процесса при остром гематогенном остеомиелите

1) остит, межмышечные и подкожные флегмоны, миелит, периостит

2) остит, миелит, периостит, межмышечные и подкожные флегмоны

3) миелит, остит, периостит, межмышечные и подкожные флегмоны

4) периостит, миелит, остит, межмышечные и подкожные флегмоны

24. Анатомо-физиологические особенности строения детской кости:

1) особенности строения надкостницы

2) наличие зоны роста

3) своеобразная архитектоника капилляров метаэпифиза кости

4) все верно

25. Наиболее ранние местные симптомы острого гематогенного остеомиелита:

1) флюктуация, гиперемия

2) локальная болезненность, боль при нагрузке конечности по оси

3) побледнение конечности

4) локальная отечность и расширение подкожных вен

26. Основной метод диагностики протяженности свища при хроническом гематогенном остеомиелите:

1) пальпация

2) зондирование

3) осмотр

4) фистулография

27. Тактика врача после диагностирования холодного абсцесса верхней трети бедра:

1) консервативное лечение местное

2) операция - разрез

3) пункция

4) дополнительные методы обследования

28. Для туберкулёзного бугорка характерно наличие:

1) Клеток Ашкенази

2) Клеток Пирогова-Ланганса

3) Веретенообразных клеток

4) Остеобластов

29. При костно-суставном туберкулёзе секвестры бывают:

1) Плотные

2) По типу «тающего сахара»

3) Тотальные

4) Значения не имеет

30. Нарушение спинномозговой иннервации характерно для:

1) Преспондилитическая фазы

2) Спондилитическая фазы

3) Постспондилитическая фазы

4) Фаза значения не имеет

31. Пик аутогемодилюции при острой кровопотере наступает:

1) через 0,5

2) через 0,5 – 1 сут

3) через 1,5 – 2 сут

4) через 2,5-3 суток

32. Одно из положений современной гемотрансфузионной тактики звучит следующим образом:

1. Показаний к переливанию эритромассы нет.
2. Показаний к переливанию цельной крови нет.
3. Показаний к переливанию плазмы нет.
4. Вместо переливания крови - переливать кровезаменители.

33. При хронической анемии основанием для переливания эритромассы является:

1. Выраженные клинические проявления анемии.
2. Снижение гемоглобина ниже 90 г/л.
3. Выраженные клинические проявления анемии, неподдающиеся коррекции при проведении патогенетической терапии.
4. Все вышеизложенное.

34. Оптимальная температура при проведении пробы на индивидуальную совместимость по АВО-системе:

1. +20-25 0 С
2. +36-37 0 С
3. +46-48 0 С
4. Можно определять при любой температуре.

35. При проведении пробы на индивидуальную совместимость по АВО-системе соотношение капель крови донора и сыворотки реципиента должно быть:

1. 1:1.
2. 1:5.
3. 1:10.
4. 1:20.

36. Приповедении пробы на индивидуальную совместимость по АВО- и Rh- системам аглютинации не произошло. Ваши действия:

1. Отказаться от переливания крови.
2. Провести пробу Кумбса.
3. Провести биологическую пробу.
4. Осуществить переливание крови.

37. На следующий день после переливания крови у реципиента необходимо:

1. Исследовать кровь на скрытый гемолиз.
2. Определить белковый состав крови.
3. Произвести общий анализ крови и общий анализ мочи.
4. Определить протромбиновый индекс.

38. Выберите кровезаменитель, обладающий дезинтоксикационным действием:

1. Макродез.
2. Желатиноль.
3. Аминон.
4. Дисоль.

39. Перекрестный способ определения группы крови:

1) стандартными сыворотками

2) стандартными эритроцитами

3) цоликлонами

4) одновременно стандартными сыворотками и эритроцитами.

40. Больная К., 36 лет с резус-отрицательной кровью. В анамнезе кровь не переливалась, но было рождение резус-положительного ребенка. Назовите возможные осложнения у больной, если будет сделано переливание резус-положительных эритроцитов:

1) опасности возникновения гемолитического шока нет

2) вопрос не изучен

3) гемолитический шок может возникнуть

4) изменится резус-принадлежность больной

41. При определении группы крови по системе АВО сыворотками одной серии I, II, III групп не возникла агглютинация в капле с сывороткой третьей группы. Определите группу крови:

1) неправомочный результат

2) первая группа крови

3) вторая группа крови

4) третья группа крови

42. Имеются ли у «резус-отрицательного» человека антигены систем «резус»:

1) нет

2) да

3) вопрос не изучен

4) в исключительных случаях имеются

43. Оптимальная температура хранения стандартных сывороток для определения группы крови:

1) + 4-8° С

2) + 2 - 0° С

3) + 12-14° С

4) при комнатной температуре

44. Во время планового переливания больному с II группой крови перелито 200 мл консервированной первой группы крови. Осложнений после гемотрансфузии не было. Объясните правильность выбранной тактики:

1) тактика правильная

2) вопрос не изучен

3) тактика неправильная

4) можно перелить меньшее количество консервированной крови

45. Оптимальная температура окружающей среды для определения группы крови:

1) +26, +28° С

2) комнатная температура

3) +5, +10° С

4) + 46 - 48° С в условиях термостата

46. Назовите показания к применению правила Оттенберга:

1) плановая операция

2) экстренная операция

3) радикальная операция

4) паллиативная операция

47. Опасный универсальный донор - это человек с первой группой крови:

1) перенесший вирусный гепатит

2) имеющий высокий титр естественных агглютининов

3) которому ранее переливалась донорская кровь

4) только что перенесший острое респираторное заболевание

48. Резус-иммунизация происходит, если:

1) мать резус-положительная, а плод резус-отрицательный

2) мать резус-положительная и плод резус-положительный

3) мать резус-отрицательная, а плод резус-положительный

4) мать резус-отрицательная и плод резус-отрицательный

49. Донор считается резус-положительным, если он имеет:

1) С-антиген

2) Д-антиген

3) Е-антиген

4) или Д, или С, или Е-антигены

50. Под гемотрансфузией понимают:

1. Переливание только цельной крови.
2. Переливание цельной крови или компонентов крови.
3. Переливание цельной крови, ее компонентов и кровезаменителей.
4. Переливание цельной крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей.

51. При проведении пробы на индивидуальную совместимость по Rh-системе используют:

1. Кровь донора + сыворотку реципиента + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl.
2. Кровь донора + кровь реципиента + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl.
3. Сыворотка донора + кровь реципиента + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl.
4. Кровь донора + антирезусная стандартная сыворотка + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl .

52. Реинфузию проводят при повреждении:

1. Паренхиматозных органов.
2. Кишечника.
3. Желудка.
4. Мочевого пузыря.
5. 53. Назовите два современных способа обработки рук хирурга:

1) Первомуром. Диоцидом.

2) Диоцидом. Альфельда.

3) Альфельда. Фюрбрингера.

4) Фюрбрингера. Первомуром.

54. При целенаправленной укладке бикса его содержимое предназначается для:

1) Одной экстренной операции.

2) Одной плановой операции.

3) Планового операционного дня в большом хирургическом отделении.

4) Для одной экстренной или плановой операции.

55. В каком ответе приведен один из характерных этапов подготовки операционного поля в особо инфицированных местах:

1) Обработка р-ром сулемы.

2) Ежедневная местная ванна в течение недели перед операцией.

3) Профилактическое назначение антибиотиков.

4) Предварительное физиотерапевтическое лечение.

56. Когда и где осуществляется бактериологический посев для контроля за стерильностью перевязочного материала?

1) После автоклавирования в стерилизационной комнате.

2) В операционной перед операцией.

3) В операционной сразу же после доставки материала из автоклавной.

4) В операционной после операции.

57. Использованный перевязочный материал:

1) Помещают в специальный пакет и выбрасывают в контейнер «Б» (для особо опасных отходов).

2) Замачивают в 0,2% растворе Жавеля, отжимают, помещают в специальный пакет и выбрасывают в контейнер «Б» (для особо опасных отходов).

3) Замачивают в 5% р-ре хлорамина на 1 час, отжимают, помещают в специальный пакет и сжигают.

4) Автоклавируют при 2 атм. В течение 20 минут, помещают в специальный пакет и сжигают.

58. Хирургические перчатки подвергают стерилизации в автоклаве в режиме:

1) 1,1 атм. – 45 минут

2) 1,5 атм. – 30 минут

3) 2 атм. – 20 минут

4) Все вышеуказанное верно

59. Изоляцию операционного поля осуществляют после:

1) первого этапа его обработки

2) второго этапа его обработки

3) третьего этапа его обработки

4) червертого этапа его обработки

60. Стерилизация инструментов проходит в режиме:

1) 2 атм – 20 мин

2) 2 атм – 30 мин

3) 2 атм – 60 мин

4) 1,5 атм – 1,5 часа

61. Для стерилизации оптических инструментов используют:

1) окись этилена

2) закись азота

3) хлороформ

4) трихлорэтилен

62. С чего начинается предстерилизационная обработка использованного инструментария?

1) с промывания в проточной воде

2) с замачивания и промывания в моющем растворе

3) с промывания в дезинфицирующем растворе

4) с обжигания

63. Прямой метод контроля за стерильностью осуществляют:

1) методом посевов

2) применение бензойной кислоты

3) применение ИС-180

4) по методу Микулича

64. Хирургический инструментарий используют:

1) при плановых операциях после получения результатов бактериологического контроля

2) всегда после получения результатов бактериологического контроля

3) сразу же после стерилизации

4) после предстерилизационной подготовки

65. Срок хранения простерилизованного в сухожаровом шкафу инструментария:

1) одни сутки

2) используют сразу после стерилизации

3) трое суток

4) до 6 часов

66. Особенности начала предстерилизационной обработки инструментария, соприкасавшегося с анаэробной инфекцией:

1) начинают с длительного промывания проточной водой

2) на 6 часов замачивают в 96% спирте

3) на 6 часов замачивают в 6% растворе перекиси водорода

4) начинают с механической очистки

67. Какой системе организма принадлежит ведущая роль в механизмах компенсации в первые минуты и часы острой кровопотери?

1) Дыхательная система.

2) Органы кроветворения.

3) Сердечно-сосудистая система.

4) Депо жидкости (подкожно-жировая клетчатка, мышцы).

68. Назовите причину вторичных ранних кровотечений:

1) Повышение АД, снятие спазма сосудов.

2) Гнойное расплавление тромба.

3) Аррозия сосуда.

4) Расплавление стенки сосуда воспалительным процессом.

69. В районную больницу доставлен больной с профузным желудочным кровотечением. Бледен, пульс 110 уд в мин., АД 100/50 мм.рт.ст. Кал "черного цвета". При фиброгастроскопии установлена язва малой кривизны желудка. Трансфузия какой среды наиболее целесообразна в качестве предоперационной подготовки?

1) Желатиноль.

2) Стабизол - рефортан

3) Физиологический раствор.

4) Альбумин.

70. У больного артериальное кровотечение из области средней трети правого предплечья. На каком уровне наложите жгут?

1) В нижней трети плеча.

2) В средней трети плеча.

3) В верхней трети плеча.

4) В верхней трети предплечья.

71.После проведения проб на индивидуальную совместимость по АВО - и Rh-системам пациенту трижды струйно внутривенно введено по 10 мл крови. Объясните правильность выбранной тактики:

1. Тактика правильная, необходимо продолжить переливание.
2. Тактика неправильная, так как введение крови должно было быть капельным.
3. Тактика неправильная. так как нужно было сразу же переливать кровь.
4. Тактика неправильная, так как необходимо было вводить по 25 мл крови.

72. Нужно ли оставить в контейнере небольшое количество крови после ее переливания:

1. Да.
2. Да, если в процессе переливания крови развились какие-то реакции.
3. Да, если в процессе переливания крови развились какие-то осложнения.
4. Нет, если переливание прошло без осложнений

73. Посттрансфузионные осложнения - это:

1. Изменения в состоянии организма, ведущие к длительному расстройству здоровья и опасные для жизни.
2. Изменения в состоянии организма, не ведущие к длительному расстройству здоровья и не опасные для жизни.
3. Изменения в состоянии организма, развивающиеся сразу же после гемотрансфузии.
4. Изменения в состоянии организма, развивающиеся в отдаленном периоде после гемотрансфузии.

74. К препаратам крови комплексного действия относят:

1. Альбумин, протеин.
2. Полиглюкин, жедатиноль.
3. Полиамин, аминон.
4. Инфузолипол, липокаин.

75. У пациента с переломом бедра пульс 120 уд в мин., АД = 90/50 мм рт. ст. Значение шокового индекса Альговера составляет:

1)= 1,3

2)= 0,7

3)= 2,4

4)= 1,8

76. Различают смещение костных отломков:

1. По оси, угловое, по ширине

2. Косое, продольное

3. Дистальное, проксимальное, полное, неполное.

4 Все перечисленные.

77. Источником костной мозоли не является:

1. Эндост.

2. Периост.

3. Хрящевая ткань.

4. Прилегающие к кости мягкие ткани

78. Какой перелом не является осложненным?

1. Закрытый перелом диафиза б/ берцовой кости с образованием гематомы

2. Закрытый перелом б/ берцовой кости с повреждением большеберцовой артерии

3. Закрытый перелом ребра с повреждением легкого

4. Закрытый перелом диафиза плечевой кости с повреждением лучевого нерва

79. Еженедельно в операционной проводят уборку:

1) Заключительную

2) Генеральную

3) Текущую

4) предварительную

80. Несмотря на то, что находившийся в биксе ленточный индикатор паровой стерилизации изменил свою окраску, посевы со стерилизовавшихся материалов дали рост патогенной флоры. В каком из ответов указан дефект, являющийся наиболее вероятной причиной инфицированности автоклавируемого материала:

1) Погрешности в технике посева.

2) Нарушена герметичность в крышке автоклава.

3) Заправка автоклава “жесткой” водой.

4) Неисправность манометра.

81. Какие выделяют пути экзогенной бактериальной контаминации ран?

1) контактный

2) лимфогенный

3) гематогенный

4) имплантационный

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

82.Организационные мероприятия асептики включают:

1) внедрение одноразового белья, перчаток, шовного материала, инструментария

2) дезинфекция рук персонала перед каждым контактом с больным и после него

3) использование антибиотиков

4)обработка операционных ран эффективными антисептиками

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

83. Для проведения биологической антисептики в настоящее время используют:

1) антибиотики

2) поверхностно-активные вещества

3) вакцины

4)окислители

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

84. Какой метод контроля за стерилизацией белья в автоклаве (из приведенных) является наиболее надежным?

1) использование ленточного индикатора стерилизации

2) плавление антипирина

3) плавление пирамидона

4) плавление резорцина

85.Тест с плавлением бензойной кислоты контролирует:

1) экспозицию

2) температуру, достигаемую в автоклаве

3) правильность хранения стерильного материала

4)длительность хранения бикса

86. Азопирамовая проба контролирует:

1) Наличие органических примесей и остатков моющего средства

2) Наличие крови

3) Наличие остатков тканей

4)Стерильность инструмента

87. Метод химической антисептики:

1) применение 0,5% раствора хлоргексидина биглюконата

2) применение антистафилококкового гаммаглобулина

3) проведение первичной хирургической обработки раны

4) стерилизация в сухожаровом шкафу

88. Антисептика – это комплекс мероприятий, направленных на:

1) борьбу с инфекцией в ране или организме человека

2) предупреждение попадания инфекции в рану или внутреннюю среду человека

3) предупреждение развития сепсиса

4) устранение проявлений сепсиса

89. Бактериологический контроль инструментов проводят:

1) После каждой стерилизации

2) Один раз в 10 дней

3) Один раз в месяц

4) По распоряжению заведующего операционной

90. По строению шовный материал может быть:

1) Монофиламентным

2) Рассасывающимся

3) Травматическим

4) Синтетическим

91. Для предстерилизационной обработки общехирургического инструментария используют:

1) 2% раствор лизафина

2) 1% раствор лизафина

3) Верно 1 и 2

4) Лизафин для предстерилизационной обработки инструментов не применяется асептика 2

92. При выполнении операции под местной анестезией операционное поле обрабатывается антисептиком:

1) 3 раза

2) 4 раза

3) 5 раз

4) 6 раз

93. Профилактика имплантационной инфекции осуществляется:

1) стерилизацией металлических инструментов

2) стерилизацией шовного материала

3) стерилизацией воздуха операционной

4) стерилизацией шприцов

94. Какой метод применяется для стерилизации эндоскопических инструментов:

1) паровой стерилизатор

2) кипячение

3) озонатор

4) обжигание

95. Эндотрахеальная трубка после использования подвергается:

1) промыванию дезинфицирующим раствором

2) погружению в моющий раствор

3) длительному промыванию проточной водой

4) механической очистке

96. Можно ли пользоваться хирургическим инструментарием до получения результатов бактериологического контроля?

1) нет нельзя

2) можно только в экстренной ситуации

3) да можно всегда

4) можно только в плановой хирургии

97. К группе инструментов для фиксации тканей относят:

1) Печеночное зеркало

2) Ранорасширитель

3) Ретрактор

4) Все вышеперечисленное

98. Обессоливание, как этап предстерилизационной подготовки, заключается в:

1) промывании инструментов под проточной водой

2) кипячении инструментов в течение 5 минут

3) кипячении инструментов в течение 15 минут

4) подсушивании инструментов в сухожаровом шкафу после предстерилизационной обработки

99. Ленточный индикатор воздушной стерилизации контролирует:

1) Максимальную температуру в сухожаровом шкафу

2) Максимальную температуру в автоклаве

3) Время максимальной температуры в сухожаровом шкафу

4) Время максимальной температуры в автоклаве

100. Какие показатели являются более достоверными в клинике продолжающегося кровотечения?

1) Показатели пульса и АД.

2) Показатели гемоглобина и эритроцитов.

3) Цвет кожных покровов.

4) Центральное венозное давление.

101. Назовите причину вторичных поздних кровотечений:

1) Соскальзывание с сосуда лигатуры.

2) Повышение АД, снятие спазма сосудов.

3) Деструкция сосудистой стенки

4) Недостаточный контроль гемостаза при операции.

102. Во время операции на ключице у больного повреждена подключичная вена. Какое осложнение наиболее опасно для данного повреждения из перечисленного?

1) Воздушная эмболия.

2) Шок.

3) Острая кровопотеря.

4) Флеботромбоз.

103. У пострадавшего с открытым переломом бедра после обезболивания и инфузионной терапии началось обильное кровотечение из раны. К какому виду кровотечения по времени возникновения следует его отнести ?

1) Раннему первичному;

2) Позднему первичному;

3) Раннему вторичному;

4) Позднему вторичному

104. Показаниями к гемотрансфузии при острой кровопотере являются: 1) снижение ОЦК > 25%; 2) снижение ЦВД < 60 мм. вод. ст; 3) снижение АД < 90 мм. рт. ст; 4) снижение Нb < 80 г/л; 5) снижение диуреза < 30,0 в час; 6) снижение Ht < 25%; 7) бледность кожного покрова; 8) предстоящая операция.

1) 2,3 и5

2) 1,4 и6

3) 3,7 и 8

4) 1,7 и 8

105.Для терминальной анестезии предпочтительнее использовать:

1) 0,25% раствор лидокаина

2) 0,5% раствор лидокаина

3) 1% раствор лидокаина

4) 2-10% раствор лидокаина

106.Шейная вагосимпатическая блокада проводится для:

1) Профилактики и лечения плевропульмонального шока при травмах грудной клетки

2) лечения острой кишечной непроходимости

3) лечения острого холецистита

4) лечения почечной колики

107.Артериальный жгут накладывается:

1) При внутривенной регионарной анестезии

2) При внутрикостной регионарной анестезии

3) При анестезии по Оберсту-Лукашевичу

4) Все верно

108.При эпидуральной анестезии происходит блокада:

1) Задних (чувствительных) корешков спинного мозга

2) Передних (двигательных) корешков спинного мозга

3) Задних и передних корешков спинного мозга

4) Ствола спинного мозга

109. Какова максимально допустимая доза 0,25% раствора новокаина в пересчете на сухое вещество, которую можно ввести в организм больного при инфильтрационной анестезии за 1 час операции?

1) До 1 г

2) До 2 – 2,5 г

3) До 3 - 5 г

4) До 6 -10 г

110. Для второй стадии эфирного наркоза характерно:

1)гипотония

2)брадикардия

3)сужение зрачков

4)возбуждение

111. Нейролептаналгезия предполагает введение препаратов:

1)дроперидол и фентанил

2)барбитураты и кетамин

3)закись азота и кислород

4)седуксен и фентанил

112. К общим компонентам анестезии относится:

1) поддержание адекватного газообмена

2) искусственное кровообращение (АИК)

3) поверхностная и глубокая гипотермия

4) гипербарическая оксигенация

113. Какой из симптомов абсолютно достоверен для перелома?

1) Болезненность при пальпации

2) Припухлость в области травмы

3) Крепитация отломков

4) Кровоподтек

114. При измерении оказалось, что изменены и абсолютная, и относительная длина бедра. Какой диагноз подтверждается этим симптомом?

1) Вывих бедра

2) Ушиб бедра

3) Перелом бедра

4) Гемартроз

115. Абсолютную длину бедра измеряют между:

1) Верхушкой большого вертела и латеральным надмыщелком бедра

2) Верхушкой большого вертела и латеральным краем б/берцовой кости

3) Верхней передней остью гребня подвздошной кишки и латеральным надмыщелком бедра

4) Паховой складкой и медиальным надмыщелком бедра

116. К местным осложнениям переломов относят:

1) Повреждения нервов костными отломками

2) Деформацию сегмента

3) Гематому мягких тканей

4) Травматический шок

117. К наиболее опасным осложнениям переломов относят:

1) Травматический шок

2) Кровотечение

3) Жировую эмболию

4) Все перечисленное

118. Транспортная иммобилизация обеспечивает:

1) профилактику развития и углубления травматического шока

2) репозицию отломков

3) остановку кровотечения

4) асептику раны при открытых переломах

119. Репозиция отломков может быть:

1) одномоментной закрытой ручной

2) одномоментной открытой (оперативной)

3) достигнута скелетным вытяжением

4) всё перечисленное верно

120. При экстрамедуллярном остеосинтезе фиксирующую конструкцию располагают:

1) В костномозговом канале

2) Вне зоны перелома

3) На кости

4) Все перечисленное правильно

121. При переломе лучевой кости повязку формируют из:

1) 5-6 слоев гипсовых бинтов

2) 2-3 слоев

3) 7-8 слоев

4) Все верно

122. Для ложного сустава характерными признаками являются:

1) Отсутствие признаков консолидации на рентгенограмме + щель между отломками

2) Остеопороз костных отломков

3) Избыточная костная мозоль

4) Патологическая подвижность отломков + четкая рентгенологическая щель между отломками + замыкательные пластинки костно-мозгового канала

123. К какому из перечисленных видов вывихов в плечевом суставе относится подакроминальный вывих плеча?

1.к передним

2.к нижним

3.к задним

4. к верхним

124. К числу «несвежих» относятся вывихи, с момента возникновения до попытки вправления которых прошло:

1 не более 2-3 суток

2 не более 6-12 часов

3 от 3-х суток до 3-х недель

4 более 3-х недель

125. Как называется шов, накладываемый после иссечения краев гранулирующей раны?

1) провизорный шов

2) ранний вторичный шов

3) поздний вторичный шов

4) первично-отсроченный шов

126. По линии излома различают переломы (выбрать пункт, где все перечисленное верно):

1. Продольные, поперечные, внутрисуставные, диафизарные

2. Винтообразные, косые, поперечные

3. Угловые, осевые, поперечные

4. Внутрисуставные, открытые, винтообразные

127.Транспортную иммобилизацию на догоспитальном этапе при переломе плеча осуществляют:

1) шиной Дитерихса

2) отводящей шиной ЦИТО

3) гипсовой повязкой

4) шиной Крамера

128.Специальные гипсовые повязки в зависимости от формы и областей их наложения имеют названия (выбрать со всеми правильными):

1) торакобрахиальная, шлем, корсет

2) кокситная, тутор, кроватка

3) сапожок, перчатка, подгузник

4) корсет, тутор, портупея

129.При скелетном вытяжении спица может быть проведена через:

1) локтевой отросток, пяточную кость

2) большой вертел, надмыщелки бедра

3) бугристость большеберцовой кости

4) все перечисленное

130.Абсолютными показаниями к оперативному лечению переломов в ранние сроки являются:

1) признаки повреждения отломками жизненно важных органов, интерпозиция мягких тканей

2) невозможность выполнения репозиции консервативными методами

3) отрывные переломы со смещением

4) все перечисленное

131. К осложнениям заживления переломов относят:

1) Гипотрофия мышц

2) Ложный сустав

3) Гипотрихоз конечности

4) Увеличение объема конечности в области нормальной костной мозоли

132. У больного с травмой грудной клетки подозрение на гемоторакс. С какого метода начнете диагностику?

1) Пункция.

2) Физикальное исследование.

3) Рентгеноскопия грудной клетки.

4) Рентгенография легких.

133. Терминальная (контактная) анестезия применима

1) при эндоскопическом исследовании желудка

2) при подкожном панариции

3) при флегмоне предплечья

4) у больного с аппендицитом

134.Какие из следующих достоинств присущи инфильтрационной анестезии по А.В.Вишневскому

1) сопровождается сужением сосудов, расслабляет мышцы оперируемой зоны

2) не травмирует ткани, хорошо управляема

3) быстрое развитие анестезии, позволяет осуществлять гидравлическую препаровку тканей

4) снижает АД, вызывает сонливость

135.Для футлярных новокаиновых блокад по А.В.Вишневскому используют новокаин:

1) 10%

2) 5%

3) 1 - 2%

4) 0,25 - 0,5%

136. При субарахноидальной и эпидуральной анестезии снижение артериального давления связано:

1) С действием анестетиков на сосудодвигательный центр

2) С блокадой преганглионарных симпатических волокон

3) С общерезорбтивным действием анестетиков

4) С расширением капиллярного русла

137. Последовательность прохождения тканей иглой при проведении субарахноидальной анестезии:

1. кожа, подкожная клетчатка, межостистая связка, надостистая связка, желтая связка, твердая мозговая оболочка, паутинная оболочка
2. кожа, подкожная клетчатка, желтая связка, надостистая связка, межостистая связка, твердая мозговая оболочка, паутинная оболочка
3. кожа, подкожная клетчатка, надостистая связка, межостистая связка, желтая связка, твердая мозговая оболочка, паутинная оболочка
4. кожа, подкожная клетчатка, надостистая связка, межостистая связка, желтая связка, паутинная оболочка, твердая мозговая оболочка

138. Какие наркотические вещества являются газообразными?

1) эфир

2) фторотан

3) хлороформ

4) закись азота

139. Комбинацией каких препаратов осуществляется нейролептаналгезия:

1) барбитураты и наркотически анальгетики

2) седативные средства или транквилизаторы и наркотически анальгетики

3) нейролептики и наркотически анальгетики

4) наркотические анестетики и наркотически анальгетики

140. К специальным компонентам анестезии относится:

1)нейролептаналгезия

2)гипотермия

3)интубация трахеи

4)миорелаксация

141. Первый уровень хирургической стадии наркоза:

1)зрачки широкие, реакция на свет отсутствует

2)зрачки узкие, реакция на свет отсутствует

3)зрачки суженные, есть реакция на свет

4)зрачки широкие, есть реакция на свет

142. Верный алгоритм реанимационных мероприятий при клинической смерти:

1. восстановление проходимости дыхательных путей, искусственное дыхание, закрытый массаж сердца, внутривенное введение, адреналина, бикарбоната натрия
2. искусственное дыхание, восстановление проходимости дыхательных путей, закрытый массаж сердца, внутривенное введение, адреналина, бикарбоната натрия.
3. закрытый массаж сердца, восстановление проходимости дыхательных путей, искусственное дыхание, внутривенное введение, адреналина, бикарбоната натрия
4. внутривенное введение, адреналина, бикарбоната натрия, закрытый массаж сердца, восстановление проходимости дыхательных путей, искусственное дыхание

143.Резус-антиген, обладающий наиболее выраженными антигенными свойствами:

1) С-антиген

2) Д-антиген

3) Е-антиген

4) с-антиген

144. Опасный универсальный реципиент – это человек с АВ(IV) группой крови:

1) иммунизированный по эритроцитарному антигену

2) иммунизированный по Rh-фактору

3) перенесший трансплантацию органа

4) перенесший вирусный гепатит

145. Тепловые агглютинины способны агглютинировать одноименные агглютиногены при температуре:

1) +4 - 6º С

2) + 18 – 20º С

3) +46 - 48º С

4) +50 - 52º С

146.При внутрикостной анестезии анестетик вводится:

1) в компактную часть диафиза кости

2) в костномозговой канал

3) в спонгиозную часть метафиза кости

4) в эпифиз кости

147.При внутрикостной анестезии

1) жгут не накладывается

2) накладывается артериальный жгут

3) накладывается венозный жгут

4) наложение жгута не имеет принципиального значения

148. Средство, применяемое для всех видов анестезии (терминальной, инфильтрационной, проводниковой, эпидуральной):

1) Хлорэтил

2) Анестезин

3) Дикаин

4) Лидокаин

149.Самим хирургом могут быть выполнены все виды местной анестезии кроме:

1) Анестезии нервных сплетений и нервных узлов

2) Внутривенной и внутрикостной анестезии

3) Спинномозговой и эпидуральной анестезии

4) Терминальной и инфильтрационной

150. Какой способ анестезии целесообразно применить при выполнении фиброгастроскопии?

1) Анестезия глотки по методу Вишневского

2) Проводниковая анестезия глоточных нервов

3) Орошение и смазывание ротоглотки анестетиком

4) При фиброгастроскопии местная анестезия не применима

151. Какова максимально допустимая доза 0,25% раствора новокаина в пересчете на сухое вещество, которую можно ввести в организм больного при инфильтрационной анестезии за 1 час операции?

1) До 1 г

2) До 2 – 2,5 г

3) До 3 - 5 г

4) До 6 -10 г

152. Средний срок фиксации конечности после вправления неосложненного вывиха плеча составляет:

1. 24 часа
2. 3 суток
3. не менее 2 недель
4. 2 суток

153. Зрелая грануляционная ткань характеризуется наличием

1)эпителиальных клеток

2)волокнистых структур

3)капилляров

4)фибробластов

154. Какие фазы раневого процесса принято выделять в настоящее время:

1) воспаление

2) регенерация

3) гидратация

4) дегидратация

Выберите правильную комбинацию ответов

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

155. Наименее эффективные дренажи для гнойной раны.

1)трубчатые дренажи

2)резиновые выпускники

3)марлевые тампоны

4)резиново-марлевые тампоны

156. Какой из перечисленных симптомов является наиболее достоверным признаком вывиха плеча?

1. деформация области сустава
2. увеличение объема сустава
3. симптом «погона»
4. болезненность при пальпации

157. К числу «свежих» относят вывихи, с момента возникновения до попытки вправления которых прошло:

1. не более 2-3 суток
2. от 3 до 7 суток
3. от 1 до 3 недель
4. более 3 недель

158. Раневое отделяемое издает приторно-сладковатый запах, на повязке синеватые пятна. Назовите наиболее вероятную микрофлору в ране.

1)стафилококк

2)кишечная палочка

3)синегнойная палочка

4)стрептококк

159. Как называется шов накладываемый без иссечения краев гранулирующей раны?

1)провизорный шов

2)ранний вторичный шов

3)поздний вторичный шов

4)первично-отсроченный шов

160. Одним из показаний для назначения общей антибактериальной терапии при лечении гнойных ран является:

1) выделение ассоциаций микроорганизмов из раневого экссудата

2) осложнение раневого процесса лимфангоитом, лимфаденитом

3) определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам

4) все перечисленное верно

161. Активное дренирование гнойной раны - это

1) отток гноя по дренажной трубке по силе тяжести

2) отток гноя по капиллярному дренажу

3) дренирование ушитой раны с постоянной вакуумаспирацией

4) оставление в ране резинового выпускника

162.Для септической раны характерно наличие следующих признаков

1) "сочные" грануляции и краевая эпителизация

2) обильное гнойное отделяемое

3) выраженная отечность краев раны

4) вялые грануляции

163. Противопоказанием к ПХО является:

1) Загрязнение раны

2) Размозжение краев раны

3) Наличие признаков гнойного воспаления

4) Повреждение сухожилий

164. Каково современное название II фазы раневого процесса?

1) Дегидратация

2) Воспаления

3) Реорганизации рубца

4) Регенерации

165. Для фазы реорганизации рубца характерно:

1) уменьшение содержания воды в рубце,

2) перестройка богатой коллагеном рубцовой ткани,

3) приобретение рубцом устойчивости на разрыв,

4) миграция лейкоцитов в область рубца,

5) замещение фибрина капиллярами и коллагеном

Выберите правильную комбинацию ответов:

1. 1,2,3

2. 2,3,4

3. 1,2,4

4. 1,2,5

166. Шов накладываемый на рану сразу после ПХО следует считать:

1) Первично-отсроченным

2) Первичным

3) Вторичным ранним

4) Вторичным поздним

167. Асептические раны могут осложняться:

1) Ранним вторичным кровотечением

2) Поздним вторичным кровотечением

3) Любым видом кровотечения

4) Осложнение кровотечением не характерно

168. Какие показатели наиболее полно характеризуют глубину шока:

1) Пульс. АД, дыхание.

2) Пульс, АД, диурез.

3) Пульс. дыхание, температура.

4) Пульс, дыхание, цвет кожных покровов.

169.При ожогах IIIб степени некроз распространяется:

1) На эпителий и все слои собственно кожи.

2) При повреждении всего эпителия.

3) На кожу и подкожную клетчатку.

4) На эпителий и поверхностные слои дермы.

170. При ожоге IIIа степени самостоятельное заживление и эпителизация возможны в случаях, когда диаметр площади поражения не превышает:

1) 10-12 см.

2) 15-20 см.

3) возможны вне зависимости от площади.

4) 5-6 см.

171. Индекс Франка у больного с термическим ожогом составляет 68 ед. Это свидетельствует о:

1) Благоприятном прогнозе.

2) Относительно благоприятном.

3) Сомнительном.

4) Неблагоприятном

172. Преимущества закрытого способа лечения ожогов:

1) профилактика вторичного инфицирования

2) применение средств, подавляющих рост бактерий и способствующий эпителизации раны

3) амбулаторное лечение

4) все вышеперечисленное верно

173. При какой площади поверхностных ожогов развивается ожоговая болезнь?

1) 5-9%

2) 10-15%

3) 30-35%

4) 25-30%

174. Наиболее рациональным методом закрытия ожоговых ран является свободная кожная плактика. Укажите виды свободной кожной пластики:

1) пластика лоскутом на питательной ножке

2) применение культивированных аллофибробластов

3) временное биологическое закрытие дефекта

4) пересадка расщепленного кожного лоскута

175. У больного В., 10 лет, туберкулёз 1, 2, 3 поясничных позвонков, спондилитическая фаза. На передне-внутренней поверхности верхней трети бедра диагностирован безболезненный инфильтрат. Ваше мнение:

1) Холодный абсцесс

2) Воспалительный инфильтрат

3) Лимфаденит

4) Поднадкостничный абсцесс

176. К радикальным методам лечения злокачественных опухолей относятся:

1) Хирургический

2) Лучевой

3) Всё перечисленное

4) Химиотерапия

177. Факультативный предрак – это:

1. Предопухолевое заболевание, обязательно со временем переходящее в злокачественное
2. Предопухолевое заболевание, необязательно со временем переходящее в злокачественное
3. Злокачественное новообразование I стадии
4. Доброкачественное новообразование

178. Лучевая терапия является методом лечения:

1. Радикальным
2. Паллиативным
3. Симптоматическим
4. Все перечисленное

179. Количество клинических групп онкологических больных:

1. Три
2. Пять
3. Четыре
4. Шесть

180. Завершающим этапом диагностики опухолей является:

1. Врачебный осмотр
2. Эндоскопическая диагностика
3. Морфологическая диагностика
4. Ультразвуковая диагностика

181. Для профилактики аспирационного синдрома (Мендельсона) у ургентных больных необходимо:

1) опорожнить желудок через зонд

2) дать слабительные

3) назначить соду по 1 ч. ложке за 30 минут до еды

4) назначить спазмолитик

182. Если после интубации трахеи дыхание в легких при аускультации не прослушивается необходимо:

1) прочистить интубационную трубку

2) начать реанимационные мероприятия

3) переинтубировать больного

4) произвести трахеостомию

183. В какой стадии наркоза наблюдается расширение зрачка с сохранением

живой реакции на свет?

1) первая стадия

2) вторая стадия

3) третья стадия - первый уровень

4) третья стадия - второй уровень

184. Для белкового парентерального питания применяют:

1) желатиноль

2) альбумин

3) гемодез

4) кристаллоиды

185. К ранним послеоперационным осложнениям, возникающим в первые 2 суток относят:

1) ранние вторичные кровотечения

2) поздние вторичные кровотечения

3) нагноение послеоперационной раны

4) пролежни

186. Как называются операции, при которых с целью лечения одного заболевания вмешательство проводится на нескольких органах?

1) Симультантные

2) повторные

3) многомоментные

4) комбинированные

187. Срок появления рентгенологических признаков вторичной костной мозоли при переломе лучевой кости в типичном месте и сохранении условий регенерации составляет:

1) 20-30 суток

2) 2-3 суток

3) 10-14 суток

4. 60-70 суток

188. Правило Гориневской применимо для переломов костей:

1) Таза

2) Бедра

3) Стопы

4) Кисти

189. У больного патологическая подвижность на уровне диафиза бедра, бледность кожных покровов, тахикардия 110 в одну минуту, АД 90/60 мм рт. ст.; заторможен. Ваш диагноз:

1) Закрытый перелом бедра, осложненный травматическим шоком в эректильной фазе

2) Закрытый перелом бедра, артериальная гипотония

3) Закрытый перелом бедра, осложненный травматическим шоком в торпидной фазе

4) Ушиб бедра, коллапс

190. К ранним осложнениям переломов относят:

1) Повреждение отломками внутренних органов

2) Жировую эмболию, травматический шок

3) Повреждение отломками сосудов, нервов

4) Все перечисленное

191. Для блокады области перелома применяют раствор новокаина:

1) 0,25%

2) 0,5%

3) 10%

4) 1-2%

192. К правилам лечения переломов с помощью скелетного вытяжения относят:

1) вытяжение конечности с обеспечением противотяги массой тела путем подъёма ножного конца кровати

2) вытяжение производить по оси центрального отломка

3) постепенное увеличение нагрузки

4) все перечисленное

193. Компрессионно-дистракционный остеосинтез позволяет:

1) осуществлять постепенную репозицию и длительную фиксацию при функциональной нагрузке конечности

2) выполнить операцию без обезболивания

3) осуществить интрамедуллярный остеосинтез

4) отказаться от стимуляции процессов консолидации

194. Рентгенологический метод позволяет установить:

1) формирование первичной костной мозоли

2) формирование вторичной костной мозоли

3) степень асептического воспаления в области перелома

4) состояние гематомы в области перелома

195. При переломе диафиза большеберцовой кости без смещения гипсовая повязка должна быть наложена:

1) От нижней трети бедра до кончиков пальцев

2) От верхней трети бедра до плюстнофаланговых суставов

3) От средней трети бедра до середины стопы

4) Все перечисленное верно

196. К числу «застарелых» относятся вывихи, с момента возникновения до попытки вправления которых прошло:

1. более 24 часов
2. более 2-3 суток
3. более 7 суток
4. более 3 –х недель

197. К какому виду из перечисленных вывихов бедра относится вывих седалищный?

1. к передне-нижним
2. к задне-нижним
3. к передне-верхним
4. к центральным

198. Активное хирургическое лечение гнойных ран заключается в ее:

1) рациональной хирургической обработке

2) применении трубчатых дренажей

3) хирургической обработке, дренировании, ушивании с вакуумаспирацией

4) хирургической обработке, дренировании, ушивании с дискретным проточно-аспирационным промыванием

199.При заживлении раны вторичным натяжением целесообразным во второй фазе является

1) противовоспалительное лечение

2) стимулирование роста грануляций

3) стимулирование процессов очищения раны

4) адекватное дренирование

200. Какой из перечисленных симптомов является наиболее достоверным признаком вывиха?

1. деформация области сустава
2. пружинящая фиксация конечности
3. укорочение конечности
4. ограничение подвижности

201. Какой из перечисленных способов фиксации конечности предпочтителен после вправления неосложненного вывиха плеча:

1. лонгетная гипсовая повязка в положении приведения плеча к туловищу
2. скелетное вытяжение на отводящей шине ЦИТО
3. глухая гипсовая торакобрахиальная повязка
4. косыночная повязка

202..К какому из перечисленных вывихов бедра относят вывих подвздошный?

1. к задне-нижним
2. к задне-верхним
3. к передне-верхним
4. к центральным

203. Какая из особенностей является наиболее частой причиной возникновения привычного вывиха?

1. грубое насильственное вправление
2. индивидуальные особенности анатомии связочного аппарата сустава
3. индивидуальные особенности анатомии мышечного футляра сустава
4. индивидуальные особенности анатомии сочленяющихся костных сегментов

204. Выберите из следующих ответов наиболее соответствующий сущности фазы регенерации в гнойной ране

1)восполнение раневого дефекта

2)восстановление утраченных тканей

3)самоочищение раны

4)развитие рубцовой ткани

205. В гнойной ране имеются остатки некротизированной ткани. Повязка с каким из лекарственных веществ наиболее показана?

1)мазь Вишневского

2)протеолитические ферменты

3)антибиотики

4)сульфаниламиды

206. При лечении гнойной раны в фазе регенерации показано

1) применение мазевых повязок

2) антибиотиков внутримышечно

3) сульфаниламидных препаратов внутрь

4) гипертонического раствора

207. В I фазу раневого процесса используются мази на:

1) жировой основе

2) водорастворимой основе

3)любая иазь на усмотрение врача

4) мази в I фазе не используются

208. Гнойной раной называется рана:

1) в которой имеется гнойное воспаление

2) в которую попали микроорганизмы

3) после операции, если по ходу ее выполнения вскрывался просвет полого органа

4) верно 1 ми 2 утверждения

209. Больной поступил в хирургическое отделение с рвано-ушибленной раной лобной области, которую получил 5 часов назад. Какова хирургическая тактика?

* 1. Наложение стерильной повязки
  2. Наложение повязки с антисептиками
  3. Наложение первично-отсроченных швов
  4. Первичная хирургическая обработка раны

210. Комплексная экстренная профилактика анаэробной инфекции ран включает:

1)первичную хирургическую обработку ран;

2)использование перевязочного материала, пропускающего воздух к поверхности раны;

3)применение протеолитических ферментов;

4)использование противостолбнячной сыворотки;

Выберите правильный ответ:

* 1. 1 и 4
  2. 2 и 4
  3. 3 и 4
  4. все перечисленное

211. Когда проводят ПХО больному в состоянии шока?

* 1. Тотчас при поступлении
  2. На следующий день
  3. После выведения больного из шока
  4. Не позже 2 часов после поступления

212. Шов, накладываемый на рану в срок от 1 до 3 дней с момента ранения считают:

* 1. Первичным
  2. Первично-отсроченным
  3. Вторичным ранним
  4. Вторичным поздним

213. Поздним осложнением асептической раны является:

* 1. Грыжа послеоперационная
  2. Шок
  3. Острая анемия
  4. Эвентрация

214. Наиболее частый возбудитель гнойных заболеваний мягких тканей:

1) стафилококк

2) стрептококк

3) кишечная палочка

4) палочка сине-зеленого гноя

215. Что означает понятие «активное хирургическое лечение» острых гнойных заболеваний:

1) иссечение гнойного очага в пределах здоровых тканей, ушивание раны и ее проточно-аспирационное промывание

2) пункция гнойного очага с эвакуацией гноя, промывание полости антисептиком и введением в нее раствора антибиотика

3) широкое вскрытие гнойного очага, промывание раны и адекватное дренирование

4) рассечение гнойника с ежедневной сменой повязок

216. Что означает термин «фурункулез»:

1) многократное развитие фурункулов в течение года

2) одновременное возникновение нескольких фурункулов

3) верны обе указанные выше ситуации

4) ежегодное развитие фурункулов

217. Оперативное лечение карбункула заключается в:

1) широком иссечении инфильтрата и адекватном дренировании

2) крестообразном разрезе и иссечении некротических тканей

3) два параллельных разреза и сквозное дренирование

4) небольшой разрез и некрэктомия

218. Выбор метода лечения острого гнойного интрамаммарного лактационного мастита:

1) иммобилизация, УВЧ, антибиотики широкого спектра действия

2) иссечение молочной железы

3) наложение широких радиарных разрезов

4) нанесение крестообразного разреза

219. При поверхностных ожогах некрозу подвергаются:

1) Кожа и подкожная клетчатка.

2) Весь эпителий и собственно кожа до подкожной клетчатки.

3) Эпителий,верхушка сосочкового слоя дермы

4) Не только мягкие ткани, но и кости.

220. Ожоговая поверхность занимает больше половины правой руки и правую половину туловища. Каким методом определения площади ожога можно получить наиболее достоверные данные?

1) Метод Постникова.

2) Правило "Девятки".

3) Метод Вилявина.

4) Правило "ладони".

221. Окончательная установка глубины поражения при III А и III Б ст. возможна через:

1) 2 недели

2) 1 неделю

3) 3 недели

4) сразу после поражения

222. Какое сочетание симптомов характерно для III степени торпидной фазы шока?

1) АД менее 70 мм.рт.ст., пульс 140/мин., диурез около 5 мл. в час.

2) АД 90 мм.рт.ст., пульс 100/мин., поверхностное дыхание.

3) АД не определяется. Пульс прощупывается на сонных артериях.

дыхание поверхностное.

4) Больной возбужден, пульс 120/мин., АД 100/60 мм.рт.ст.

223. Основные клинические признаки выведения больного из состояния ожогового шока:

1) восстановление у больного сознания

2) купирование болевого синдрома

3) восстановление диуреза (почасового)

4) тахикардия

224. Аутодермопластика для закрытия ожоговых ран проводится следующими способами:

1) расщепленным кожным лоскутом

2) оболочками эмбриона

3) закрытием раны с помощью фибринных пленок

4) высокопористым полимером коллагена

225. Аллопластика для закрытия ожоговых ран проводится следующими методами:

1) кожным трансплантатом от трупа

2) расщепленным лоскутом собственной кожи, полученной с помощью дерматома

3) перфорированным трансплантатом собственной кожи

4) марочным методом

226. Симптом «ласточкиных гнёзд» характерен для:

1) Туберкулёза позвоночника

2) Остеомиелита позвоночника

3) Метастатического поражения позвонков

4) Остеохондроза

227. Операции, устраняющие деформацию кости при костно-суставном туберкулёзе, выполняются:

1) В преартритическую фазу

2) В артритическую фазу

3) В постартритическую фазу

4) Фаза значения не имеет

228. Показаниями для профилактического назначения антибиотиков в послеоперационном периоде являются: (выбрать неправильный ответ)

1) операции у больных с иммунодефицитами

2) операции, связанные с имплантацией сосудистого протеза

3) плановое грыжесечение

4) операции, связанные с вскрытием просвета полого органа

229. По срочности выполнения различают операции:

1) немедленные

2) плановые

3) отсроченные

4) условно срочные

230. Перечислите основные виды предоперационной подготовки:

1) психологическая

2) общесоматическая

3) специальная

4) все вышеперечисленное

231. Предоперационный период включает в себя следующие этапы:

1) этап диспансерного обследования больного

2) диагностический этап

3) этап предоперационной подготовки в операционной

4) догоспитальный этап предоперационной подготовки

232. Выраженность катаболической фазы в большей мере обусловлена:

1) весом больного

2) комплексом мероприятий, связанных с общим обезболиванием

3) травматичностью перенесенной операции

4) интенсивной инфузионной терапией

233. В клиническом течении отморожений выделяют следующие периоды:

1) ранний дореактивный

2) поздний дореактивный

3) дореактивный

4) постреактивный

234. Что является источником образования секвестральной коробки:

1) надкостница, эндост, костный мозг

2) только костный мозг

3) только надкостница

4) окружающие мышцы

235. Какое наиболее грозное осложнение может возникнуть при длительно существующем хроническом остеомиелите свищевой формы?

1) опухоль в области свища

2) осложнений не развивается

3) амилоидоз почек

4) флегмона мягких тканей

236. Как выглядит на рентгенограмме секвестр костной ткани при остром гематогенном остеомиелите:

1) участок разрежения (просветления)

2) участок затемнения с ободком просветления вокруг

3) периостальная реакция

4) нечеткость костной структуры

237. Ранее щадящее оперативное лечение острого гематогенного остеомиелита:

1) пункция межмышечной флегмоны

2) вскрытие поднадкостничного абсцесса

3) декомпрессивная трепанация остеомиелитического очага

4) разрез и дренирование межмышечной флегмоны

238. Понятие «остеомиелит» включает в себя:

1) острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге и эндоосте

2) острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге, эндоосте и кости

3) острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге, эндоосте, кости и надкостнице

4) острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге, эндоосте, кости, надкостнице и окружающих мягких тканях

239. Наличие местных признаков гнойного воспаления в области натечника:

1) выражены

2) слабо выражены

3) отсутствуют

4) можно доказать специальными методами исследования

240. Наиболее частая локализация туберкулезного процесса при спондилите:

1) шейные позвонки

2) верхние грудные позвонки

3) копчиковые позвонки

4) поясничные и нижние грудные позвонки

241. Радикальные операции при костно-суставном туберкулезе:

1) некрэктомия

2) артродез

3) спондилодез

4) пункция

242. Характерные рентгенологические признаки в преартритическую фазу костно-суставного туберкулеза:

1) остеосклероз

2) остеопороз

3) формирование секвестральной коробки

4) крупноочаговый секвестр

243.Клинический симптом туберкулёзного спондилита:

1) «Спотыкающегося пальца»

2) «Вожжей»

3) «Гордая походка»

4) Всё перечисленное – верно

244.Какова цель паллиативной операции?

1) излечение больного

2) облегчение состояния больного

3) уточнение диагноза

4) завершение многомоментной операции

245. В послеоперационном периоде выделяют:

1) поздний послеоперационный период

2) период лечения операционной раны

3) период интенсивного наблюдения в реанимации

4) период 3-х летней выживаемости больного

246. Какие операции относятся к категории экстренных?

1) выполняемые немедленно или в ближайшие часы после поступления больного в стационар

2) операции, выполняемые в ближайшие дни после поступления

3) операции, выполняемые в ближайшие 3-4 недели

4) операции, выполняемые через 1 месяц с момента поступления

247.Операция по жизненным показаниям выполняется:

1) в экстренном порядке

2)в срочном порядке

3)в плановом порядке

4)выполняется в неограниченные сроки

248. Мерой профилактики тромбоэмболии легочной артерии в послеоперационном периоде не является:

1) введение 5-10 тыс. ЕД Гепарина 3 раза в сутки

2) ранняя активизация больного

3) строгий постельный режим в течение 3-5 дней

4) лечебная физкультура для нижних конечностей с 1 дня после операции

249. У больной выявлен рак левой молочной железы: опухоль до 1,5 см в диаметре – в верхнем наружном квадранте, плотный увеличенный безболезненный лимфатический узел – в левой подмышечной области. Отдалённых метастазов не выявлено. Стадия заболевания по системе TNM:

1. T1N1M0

2. T4 N1M0

3. T1N0M0

4. T1N1M1

250. Злокачественная опухоль характеризуется:

1. Инфильтрирующим ростом
2. Отсутствием капсулы
3. Всем перечисленным
4. Метастазами

251. По степени инфицированности раны бывают:

1. Колотые, рубленные, укушенные, ушибленные

2. Инфицированные, операционные, случайные

3. Асептические, свежеинфицированные, гнойные

4. Проникающие, непроникающие, рваные

252. Раннюю ПХО проводят в течение:

1. 1 суток

2. 2 суток

3. 3 суток

4. До развития инфекции в ране

253. К поздним осложнениям ран относят:

1. Образование гематомы в ране

2. Боли в ране

3. Лигатурный свищ

4. Шок

254. Дренирование асептической раны осуществляют с целью

1. Уменьшения болевого синдрома

2. Профилактики кровотечения из раны

3. Для оттока раневого отделяемого

4. Всё перечисленное верно

255. Особенностями ПХО в области суставов являются:

1. Широкое иссечение тканей

2.Сохранение суставной капсулы

3. Проведение гемостаза в ране

4. Удаление инородных тел

256. Первая фаза острого воспалительного процесса:

1) фаза альтерации

2) фаза воспалительного инфильтрата

3) фаза экссудации

4) фаза гнойного расплавления

257. Отличительная особенность гнойной инфекции на современном этапе:

1) острое начало

2) склонность к вялотекущему течению и хронизации процесса

3) чаще развивается несколько гнойных очагов

4) склонность к наиболее выраженной местной реакции на внедрение возбудителя

258. Воспалительный инфильтрат - это:

1) скопление серозного экссудата в межклеточном пространстве с уплотнением тканей

2) скопление гнойного экссудата в межклеточном пространстве с уплотнением тканей

3) скопление гнойного экссудата в межтканевом пространстве с уплотнением тканей

4) скопление серозного экссудата в межтканевом пространстве с уплотнением тканей

259. Абсцесс – это:

1) отграниченное скопление гноя в различных тканях и органах

2) отграниченное скопление гноя в естественных полостях тела (суставе, плевральной)

3) верны оба указанных выше утверждения

4) острое разлитое гнойное воспаление клетчаточных пространств

260. Синдром системной воспалительной реакции (ССВР) регистрируется при наличии у пациента:

1) повышенной температуры тела более 38º С и повышении уровня лейкоцитов в крови более 12 · 109/л

2) частоты сердечных сокращений > 90 в минуту и числа дыханий более 20 в минуту

3) верны оба указанных выше утверждения

4) верно только первое утверждение

261. Через четверо суток после ожога II-III степени 40% поверхности тела пульс у больного 100 уд./мин., АД 100/70 мм.рт.ст., по катетеру выделяется по 5-10 мл. мочи в час. Как оценить состояние больного?

1) Продолжающийся ожоговый шок.

2) Тяжелая общая инфекция.

3) Острая почечная недостаточность.

4) Хроническая почечная недостаточность

262. Ожоговая поверхность занимает небольшие участки кожи на различных сегментах. Какой метод определения площади ожога следует использовать?

1) Правило "девятки".

2) Правило "ладони".

3) Метод Постникова.

4) Метод Вилявина.

263. В соответствии с классификацией к понятию «глубокие ожоги» относят:

1. Ожоги только IV степени
2. Ожоги IIIа, IIIб и IVстепеней
3. Ожоги IIIб и IVстепеней
4. Ожоги II - IIIа степеней

264. При ожогах IIIб степени некроз распространяется:

1) На кожу и подкожную клетчатку.

2) На все слои дермы

3) Сосочковый слой дермы

4) На весь эпителий.

265. Для лечения глубоких ожогов площадью 20x20 см2 используют следующие методы:

1) лечение под повязками с антибактериальными эмульсиями до полного заживления ожоговой раны

2) лечение с закрытием ожоговой раны ежедневно меняющимися влажно-высыхающими повязками до эпителизации ожоговой раны

3)закрытый способ лечения с последующей аутодермопластикой

4) традиционное лечение, как обычной инфицированной раны

266. В течение ожоговой болезни различают следующие периоды:

1) ожогового шока

2) анурии

3) заживления

4) микроциркуляторных нарушений

267. Эффективность инфузионной терапии контролируется по следующим данным:

1) по клиническим данным

2) величины ЦВД, показателям гематокрита

3) по часовому и суточному диурезу

4) все вышеперечисленное

268. Объем трансфузионных сред в первые 2 дня после ожога не должен превышать % от масы тела больного:

1) 20%

2) 10%

3) 40%

4) 30%

269. Оптимальный хирургический метод лечения острого гематогенного остеомиелита:

1) ранняя декомпрессивная остеоперфорация

2) дренирование межмышечной флегмоны

3) вскрытие поднадкостничного абсцесса

4) секвестрэктомия

270. Периостит, который виден на рентгенограмме при наличии деструктивных изменений в кости характерен для:

1) остеомиелита

2) костно-суставного туберкулеза

3) консолидированного перелома

4) опухоли

271. Закрытый дыхательный контур характеризуется способом введения газонаркотической смеси и ее элиминации:

1) вдох газонаркотической смеси с атмосферным воздухом и выдох в атмосферу

2) вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата и выдох в атмосферу

3) вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата, выдох в аппарат с возвратом в циркуляцию и частично в атмосферу

4) вдох газонаркотической смеси из наркозного аппарата, выдох в наркозный аппарат с полным возвратом в циркуляцию

272. Рвота, как осложнение, скорее всего, может возникнуть:

1) в стадии анальгезии

2) в стадии возбуждения

3) в стадии хирургического сна

4) в стадии пробуждения

273. При определении группы крови двумя сериями стандартных сывороток через 5 минут агглютинация определялась с сыворотками I, II, III групп. Ваше заключение:

1) первая группа крови

2) четвертая группа крови

3) добавить физ. раствор

4) требуются дополнительные исследования

274. При определении группы крови цоликлонами определялась агглютинация с цоликлоном анти-А. Ваше заключение:

1) первая группа крови

2) вторая группа крови

3) третья группа крови

4) требуется дополнительной исследование.

275. Прошло 4 минуты с момента начала определения группы крови по системе АВО. Агглютинация определялась с сывороткой А(II) группы:

1) продолжить наблюдение

2) определить группу крови заново

3) добавить физ. раствор

4) сделать заключение о группе крови

276. Возраст человека, при котором начинает определяться устойчивый титр агглютининов:

1) до рождения

2) в возрасте старше 2-х лет

3) к концу первого года жизни

4) к моменту рождения

277. При определении группы крови цоликлонами определялась агглютинация с цоликлоном анти-В. Ваше заключение:

1) третья группа крови

2) вторая група крови

3) неправомочный результат

4) требуются дополнительные исследования

278. Возраст человека, при котором начинают определяться агглютиногены:

1) до рождения

2) в возрасте старше 2-х лет

3) в течение первого года жизни

4) в первые дни после рождения

279. Больному с резус-положительной кровью во время плановой операции врач решил перелить резус-отрицательную кровь. В анамнезе кровь не переливалась. Объясните правильность выбранной тактики:

1) тактика правильная

2) вопрос не изучен

3) тактика неправильная

4) можно перелить 500,0 крови

280. При острой анемии вследствие массивной кровопотери основанием для переливания эритромассы является:

1) Снижение уровня гемоглобина ниже 70-80 г/л

2)Потеря 25-30 % ОЦК.

3)Снижение гематокрита ниже 25%.

4) Все вышеизложенное.

281. Максимальный срок хранения эритроцитной массы, консервированной глюгициром:

1) 1 неделя.

2) 2 недели.

3) 3 недели.

4)4 недели.

282. При постановке пробы на индивидуальную совместимость по АВО системе используют:

1) Кровь больного и сыворотку донора.

2) Сыворотку реципиента и кровь донора.

3) Кровь донора и кровь реципиента.

4)Кровь донора, сыворотку реципиента и 33% раствор полиглюкина.

283. Пробу на индивидуальную совместимость по Rh-системе проводят:

1) С 33% раствором полиглюкина

2) С 10% раствором желатина

3) Путем проведения непрямой пробы Кумбса

4)Любым из указанных выше способов

284. После проведения проб на индивидуальную совместимость следует провести:

1) Переливание крови.

2) Биологическую пробу.

3) Оценить пригодность ампулы к переливанию.

4)Определить группу крови в ампуле.

285. Аутогемотрансфузия - это:

1) Переливание крови от ближайших родственников.

2) Переливание собственной крови, взятой у больного заблаговременно перед операцией.

3) Переливание собственной крови, излившейся в серозные полости.

4)Переливание одногруппной крови от человека к человеку.

286. Биологическую пробу проводят путем:

1) Однократного введения 5о мл донорской крови

2) Капельного 3-х кратного введения донорской крови по 10 мл

3) Струйного 3-х кратного введения донорской крови по 25 мл

4)Струйного 3-х кратного введения донорской крови по 10-15 мл

287. Что является основным звеном в патогенезе острого гематогенного остеомиелита по теории Э. Лексера:

1) микробная эмболия концевых сосудов кости

2) нервно-рефлекторный механизм

3) сенсибилизация

4) травма

288. Принципы лечения острого гематогенного остеомиелита:

1) иммобилизация и антибиотикотерапия

2) консервативное лечение

3) физиотерапевтическое лечение

4) раннее щадящее оперативное лечение

289. Типичные рентгенологические изменения костной ткани, характерные для хронического гематогенного остеомиелита:

1) линейный периостит

2) остеопороз

3) разрушение кости и периостит

4) секвестр, секвестральная коробка

290. Выберите правильный ответ: патогистологический признак, характерный для костно-суставного туберкулеза:

1) лейкоцитарная инфильтрация

2) клетки Пирогова-Ланганса

3) пролиферация сосудов

4) гнойно-некротическая ткань

291. Характерные рентгенологические признаки активного костно-суставного туберкулеза:

1) периостит

2) склероз

3) остеопороз

4) параоссальное костеобразование

292. Назовите типичные для костно-суставного туберкулеза морфологические проявления в начале заболевания:

1) первичный остит

2) вторичный артрит

3) первичный артрит

4) периартрит

293. Опухоль обозначается буквой «Р», что характеризует:

1. Величину опухоли
2. Наличие метастазов
3. Степень инвазии
4. Быстроту роста

294. Характеристика клинических проявлений метастатического лимфатического узла:

1. Болезненный, мягкий, чёткий
2. Плотный, увеличенный, утративший бобовидную форму
3. С флюктуацией и гиперемией кожи над ним
4. Увеличенный, мягкий, болезненный

295.К синдрому малых признаков злокачественной опухоли по Савицкому тносятся:

1. Кровотечение
2. Утомляемость
3. Боль
4. Рвота

296. У больного имеется рак тела желудка, прорастающий все слои, метастазы в большой сальник. Определите стадию заболевания.

1. I
2. II
3. III
4. IV

297. Больной радикально оперирован по поводу рака желудка, выписан из стационара и направлен на диспансерный учёт к онкологу. К какой клинической группе относится пациент?

1. 1-я
2. 2-я
3. 3-я
4. 4-я

298. Доброкачественная опухоль характеризуется (выбрать неправильное):

1. Инвазивностью
2. Медленным ростом или его отсутсвием
3. Наличием капсулы
4. Пальпаторной чёткостью границ

299. Комплексное лечение злокачественных опухолей – это:

1. Лучевая терапия + хирургическое лечение
2. Лучевая терапия + хирургическое лечение + химиотерапия
3. Хирургическое лечение + гормонотерапия
4. Всё перечисленное

300. Для постановки окончательного диагноза «злокачественная опухоль»

достаточно:

1. Данных опроса, осмотра, объективных исследований
2. Данных опроса, осмотра, объективных исследований, гистологических результатов
3. Макроскопической картины опухолевого поражения
4. Рентгенологических, эндоскопических данных и результатов ультразвукового исследования

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра общей хирургии

направление подготовки лечебное дело

дисциплина общая хирургия

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №\_1\_\_**

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №\_1\_\_\_/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

1. Тест с плавлением бензойной кислоты контролирует:

1) экспозицию

2) температуру, достигаемую в автоклаве

3) правильность хранения стерильного материала

4)длительность хранения бикса

2. Азопирамовая проба контролирует:

1) Наличие органических примесей и остатков моющего средства

2) Наличие крови

3) Наличие остатков тканей

4)Стерильность инструмента

3. Метод химической антисептики:

1) применение 0,5% раствора хлоргексидина биглюконата

2) применение антистафилококкового гаммаглобулина

3) проведение первичной хирургической обработки раны

4) стерилизация в сухожаровом шкафу

4. Антисептика – это комплекс мероприятий, направленных на:

1) борьбу с инфекцией в ране или организме человека

2) предупреждение попадания инфекции в рану или внутреннюю среду человека

3) предупреждение развития сепсиса

4) устранение проявлений сепсиса

5. Бактериологический контроль инструментов проводят:

1) После каждой стерилизации

2) Один раз в 10 дней

3) Один раз в месяц

4) По распоряжению заведующего операционной

6. По строению шовный материал может быть:

1) Монофиламентным

2) Рассасывающимся

3) Травматическим

4) Синтетическим

7. Для предстерилизационной обработки общехирургического инструментария используют:

1) 2% раствор лизафина

2) 1% раствор лизафина

3) Верно 1 и 2

4) Лизафин для предстерилизационной обработки инструментов не применяется асептика 2

8. Какой вид перевязочного материала можно стирать и использовать повторно:

1) Вата.

2) Лигнин.

3) Марля.

4) Перевязочный материал повторно не используется.

9. Бритье операционного поля проводится:

1) В день операции.

2) Накануне операции.

3) Не имеет значения.

4) За сутки до операции.

10. При универсальной укладке бикса его содержимое предназначается для:

1) Использования в перевязочной.

2) Одной плановой операции.

3) Одной экстренной операции.

4) Планового операционного дня в большом хирургическом отделении.

11. В каком ответе правильно указан предельный срок хранения простерилизованного материала в биксе Шиммельбуша после однократного открывания его крышки?

1) 6 часов.

2) 12 часов.

3) 24 часа.

4) 48 часов.

12. К физической антисептике относят:

1) Дренирование ран

2) Туалет раны

3) Первичную хирургическую обработку ран

4) Промывание раны антисептиком

13. Несмотря на то, что находившийся в биксе ленточный индикатор паровой стерилизации изменил свою окраску, посевы со стерилизовавшихся материалов дали рост патогенной флоры. В каком из ответов указан дефект, являющийся наиболее вероятной причиной инфицированности автоклавируемого материала:

1) Потеря автоклавом герметичности.

2) Неисправность воздушного фильтра в автоклаве, в рабочем цикле которого предусмотрено вакуумирование.

3) Отсутствие заземления в автоклаве.

4) Заправка автоклава жесткой водой.

14. Какие выделяют пути эндогенной бактериальной контаминации ран?

1) через нестерильный хирургический инструмент

2) проникновение непосредственно из полого органа

3) через руки медперсонала

4) с током лимфы и крови из гнойно-воспалительных очагов

Выберите комбинацию ответов:

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

15. Какой из указанных показателей свидетельствует о тяжести кровопотери?

1) Пульс 100/мин.

2) Коллапс.

3) Гемоглобин - 80 г/л.

4) Кол-во эритроцитов 3,0×1012 /л.

16. Для диагностики источника кровотечения в желудочно-кишечном тракте могут быть использованы следующие методы: 1) эзофагоскопия; 2) гастроскопия; 3) дуоденоскопия; 4) колоноскопия; 5) ректороманоскопия.

1) 1 и 2

2) 2 и3

3) 4 и 5

4) все ответы верны

17. При вторичном артериальном кровотечении из инфицированной раны для окончательной его остановки целесообразно предпринять следующие меры:

1) перевязка кровоточащего сосуда в ране;

2) прошивание сосуда в ране;

3) перевязка кровоточащего сосуда на протяжении;

4) сочетание гемостатической терапии с антибиотиками.

18. Пик аутогемодилюции при острой кровопотере наступает:

1) через 0,5

2) через 0,5 – 1 сут

3) через 1,5 – 2 сут

4) через 2,5-3 суток

19. Одно из положений современной гемотрансфузионной тактики звучит следующим образом:

1. Показаний к переливанию эритромассы нет.
2. Показаний к переливанию цельной крови нет.
3. Показаний к переливанию плазмы нет.
4. Вместо переливания крови - переливать кровезаменители.

20. При хронической анемии основанием для переливания эритромассы является:

1. Выраженные клинические проявления анемии.
2. Снижение гемоглобина ниже 90 г/л.
3. Выраженные клинические проявления анемии, неподдающиеся коррекции при проведении патогенетической терапии.
4. Все вышеизложенное.

21. Оптимальная температура при проведении пробы на индивидуальную совместимость по АВО-системе:

1. +20-25 0 С
2. +36-37 0 С
3. +46-48 0 С
4. Можно определять при любой температуре.

22. При проведении пробы на индивидуальную совместимость по АВО-системе соотношение капель крови донора и сыворотки реципиента должно быть:

1. 1:1.
2. 1:5.
3. 1:10.
4. 1:20.

23. Приповедении пробы на индивидуальную совместимость по АВО- и Rh- системам аглютинации не произошло. Ваши действия:

1. Отказаться от переливания крови.
2. Провести пробу Кумбса.
3. Провести биологическую пробу.
4. Осуществить переливание крови.

24. На следующий день после переливания крови у реципиента необходимо:

1. Исследовать кровь на скрытый гемолиз.
2. Определить белковый состав крови.
3. Произвести общий анализ крови и общий анализ мочи.
4. Определить протромбиновый индекс.

25. Выберите кровезаменитель, обладающий дезинтоксикационным действием:

1. Макродез.
2. Желатиноль.
3. Аминон.
4. Дисоль.

26. Перекрестный способ определения группы крови:

1) стандартными сыворотками

2) стандартными эритроцитами

3) цоликлонами

4) одновременно стандартными сыворотками и эритроцитами.

27. Больная К., 36 лет с резус-отрицательной кровью. В анамнезе кровь не переливалась, но было рождение резус-положительного ребенка. Назовите возможные осложнения у больной, если будет сделано переливание резус-положительных эритроцитов:

1) опасности возникновения гемолитического шока нет

2) вопрос не изучен

3) гемолитический шок может возникнуть

4) изменится резус-принадлежность больной

28. При определении группы крови по системе АВО сыворотками одной серии I, II, III групп не возникла агглютинация в капле с сывороткой третьей группы. Определите группу крови:

1) неправомочный результат

2) первая группа крови

3) вторая группа крови

4) третья группа крови

29. Имеются ли у «резус-отрицательного» человека антигены систем «резус»:

1) нет

2) да

3) вопрос не изучен

4) в исключительных случаях имеются

30. Оптимальная температура хранения стандартных сывороток для определения группы крови:

1) + 4-8° С

2) + 2 - 0° С

3) + 12-14° С

4) при комнатной температуре

31. Во время планового переливания больному с II группой крови перелито 200 мл консервированной первой группы крови. Осложнений после гемотрансфузии не было. Объясните правильность выбранной тактики:

1) тактика правильная

2) вопрос не изучен

3) тактика неправильная

4) можно перелить меньшее количество консервированной крови

32. Оптимальная температура окружающей среды для определения группы крови:

1) +26, +28° С

2) комнатная температура

3) +5, +10° С

4) + 46 - 48° С в условиях термостата

33. Назовите показания к применению правила Оттенберга:

1) плановая операция

2) экстренная операция

3) радикальная операция

4) паллиативная операция

34. Опасный универсальный донор - это человек с первой группой крови:

1) перенесший вирусный гепатит

2) имеющий высокий титр естественных агглютининов

3) которому ранее переливалась донорская кровь

4) только что перенесший острое респираторное заболевание

35. Резус-иммунизация происходит, если:

1) мать резус-положительная, а плод резус-отрицательный

2) мать резус-положительная и плод резус-положительный

3) мать резус-отрицательная, а плод резус-положительный

4) мать резус-отрицательная и плод резус-отрицательный

36. Донор считается резус-положительным, если он имеет:

1) С-антиген

2) Д-антиген

3) Е-антиген

4) или Д, или С, или Е-антигены

37. Под гемотрансфузией понимают:

1. Переливание только цельной крови.
2. Переливание цельной крови или компонентов крови.
3. Переливание цельной крови, ее компонентов и кровезаменителей.
4. Переливание цельной крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей.

38. При проведении пробы на индивидуальную совместимость по Rh-системе используют:

1. Кровь донора + сыворотку реципиента + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl.
2. Кровь донора + кровь реципиента + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl.
3. Сыворотка донора + кровь реципиента + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl.
4. Кровь донора + антирезусная стандартная сыворотка + 33% раствор полиглюкина + физиологический раствор NaCl .

39. Реинфузию проводят при повреждении:

1. Паренхиматозных органов.
2. Кишечника.
3. Желудка.
4. Мочевого пузыря.

40. После проведения проб на индивидуальную совместимость по АВО - и Rh-системам пациенту трижды струйно внутривенно введено по 10 мл крови. Объясните правильность выбранной тактики:

1. Тактика правильная, необходимо продолжить переливание.
2. Тактика неправильная, так как введение крови должно было быть капельным.
3. Тактика неправильная. так как нужно было сразу же переливать кровь.
4. Тактика неправильная, так как необходимо было вводить по 25 мл крови.

41. Нужно ли оставить в контейнере небольшое количество крови после ее переливания:

1. Да.
2. Да, если в процессе переливания крови развились какие-то реакции.
3. Да, если в процессе переливания крови развились какие-то осложнения.
4. Нет, если переливание прошло без осложнений

42. Посттрансфузионные осложнения - это:

1. Изменения в состоянии организма, ведущие к длительному расстройству здоровья и опасные для жизни.
2. Изменения в состоянии организма, не ведущие к длительному расстройству здоровья и не опасные для жизни.
3. Изменения в состоянии организма, развивающиеся сразу же после гемотрансфузии.
4. Изменения в состоянии организма, развивающиеся в отдаленном периоде после гемотрансфузии.

43. К препаратам крови комплексного действия относят:

1. Альбумин, протеин.
2. Полиглюкин, жедатиноль.
3. Полиамин, аминон.
4. Инфузолипол, липокаин.

44. У пациента с переломом бедра пульс 120 уд в мин., АД = 90/50 мм рт. ст. Значение шокового индекса Альговера составляет:

1. = 1,3
2. = 0,7
3. = 2,4
4. = 1,8

45. Различают смещение костных отломков:

1. По оси, угловое, по ширине
2. Косое, продольное
3. Дистальное, проксимальное, полное, неполное.
4. 4 Все перечисленные.

46. Источником костной мозоли не является:

1. Эндост.

2. Периост.

3. Хрящевая ткань.

4. Прилегающие к кости мягкие ткани

47. Какой перелом не является осложненным?

1. Закрытый перелом диафиза б/ берцовой кости с образованием гематомы
2. Закрытый перелом б/ берцовой кости с повреждением большеберцовой артерии
3. Закрытый перелом ребра с повреждением легкого
4. Закрытый перелом диафиза плечевой кости с повреждением лучевого нерва

48. По линии излома различают переломы (выбрать пункт, где все перечисленное верно):

1. Продольные, поперечные, внутрисуставные, диафизарные
2. Винтообразные, косые, поперечные
3. Угловые, осевые, поперечные
4. Внутрисуставные, открытые, винтообразные

49. Транспортную иммобилизацию на догоспитальном этапе при переломе плеча осуществляют:

1) шиной Дитерихса

2) отводящей шиной ЦИТО

3) гипсовой повязкой

4) шиной Крамера

50. Специальные гипсовые повязки в зависимости от формы и областей их наложения имеют названия (выбрать со всеми правильными):

1) торакобрахиальная, шлем, корсет

2) кокситная, тутор, кроватка

3) сапожок, перчатка, подгузник

4) корсет, тутор, портупея

51. При скелетном вытяжении спица может быть проведена через:

1) локтевой отросток, пяточную кость

2) большой вертел, надмыщелки бедра

3) бугристость большеберцовой кости

4) все перечисленное

52. Абсолютными показаниями к оперативному лечению переломов в ранние сроки являются:

1) признаки повреждения отломками жизненно важных органов, интерпозиция мягких тканей

2) невозможность выполнения репозиции консервативными методами

3) отрывные переломы со смещением

4) все перечисленное

53. К осложнениям заживления переломов относят:

1) Гипотрофия мышц

2) Ложный сустав

3) Гипотрихоз конечности

4) Увеличение объема конечности в области нормальной костной мозоли

54. Какой из перечисленных симптомов является наиболее достоверным признаком вывиха?

1. деформация области сустава
2. пружинящая фиксация конечности
3. укорочение конечности
4. ограничение подвижности

55. Какой из перечисленных способов фиксации конечности предпочтителен после вправления неосложненного вывиха плеча:

1. лонгетная гипсовая повязка в положении приведения плеча к туловищу
2. скелетное вытяжение на отводящей шине ЦИТО
3. глухая гипсовая торакобрахиальная повязка
4. косыночная повязка

56. К какому из перечисленных вывихов бедра относят вывих подвздошный?

1. к задне-нижним
2. к задне-верхним
3. к передне-верхним
4. к центральным

57 Какая из особенностей является наиболее частой причиной возникновения привычного вывиха?

1. грубое насильственное вправление
2. индивидуальные особенности анатомии связочного аппарата сустава
3. индивидуальные особенности анатомии мышечного футляра сустава
4. индивидуальные особенности анатомии сочленяющихся костных сегментов

58. Выберите из следующих ответов наиболее соответствующий сущности фазы регенерации в гнойной ране

1)восполнение раневого дефекта

2)восстановление утраченных тканей

3)самоочищение раны

4)развитие рубцовой ткани

59. В гнойной ране имеются остатки некротизированной ткани. Повязка с каким из лекарственных веществ наиболее показана?

1)мазь Вишневского

2)протеолитические ферменты

3)антибиотики

4)сульфаниламиды

60. При лечении гнойной раны в фазе регенерации показано

1) применение мазевых повязок

2) антибиотиков внутримышечно

3) сульфаниламидных препаратов внутрь

4) гипертонического раствора

61. В I фазу раневого процесса используются мази на:

1) жировой основе

2) водорастворимой основе

3)любая иазь на усмотрение врача

4) мази в I фазе не используются

62. Гнойной раной называется рана:

1) в которой имеется гнойное воспаление

2) в которую попали микроорганизмы

3) после операции, если по ходу ее выполнения вскрывался просвет полого органа

4) верно 1 ми 2 утверждения

63. Больной поступил в хирургическое отделение с рвано-ушибленной раной лобной области, которую получил 5 часов назад. Какова хирургическая тактика?

* 1. Наложение стерильной повязки
  2. Наложение повязки с антисептиками
  3. Наложение первично-отсроченных швов
  4. Первичная хирургическая обработка раны

64. Комплексная экстренная профилактика анаэробной инфекции ран включает:

1)первичную хирургическую обработку ран; 2)использование перевязочного материала, пропускающего воздух к поверхности раны; 3)применение протеолитических ферментов; 4)использование противостолбнячной сыворотки;

* 1. 1 и 4
  2. 2 и 4
  3. 3 и 4
  4. все перечисленное

65 Когда проводят ПХО больному в состоянии шока?

* 1. Тотчас при поступлении
  2. На следующий день
  3. После выведения больного из шока
  4. Не позже 2 часов после поступления

66. Шов, накладываемый на рану в срок от 1 до 3 дней с момента ранения считают:

* 1. Первичным
  2. Первично-отсроченным
  3. Вторичным ранним
  4. Вторичным поздним

67. Поздним осложнением асептической раны является:

* 1. Грыжа послеоперационная
  2. Шок
  3. Острая анемия
  4. Эвентрация

68. Наиболее частый возбудитель гнойных заболеваний мягких тканей:

1) стафилококк

2) стрептококк

3) кишечная палочка

4) палочка сине-зеленого гноя

69. Что означает понятие «активное хирургическое лечение» острых гнойных заболеваний:

1) иссечение гнойного очага в пределах здоровых тканей, ушивание раны и ее проточно-аспирационное промывание

2) пункция гнойного очага с эвакуацией гноя, промывание полости антисептиком и введением в нее раствора антибиотика

3) широкое вскрытие гнойного очага, промывание раны и адекватное дренирование

4) рассечение гнойника с ежедневной сменой повязок

70. Что означает термин «фурункулез»:

1) многократное развитие фурункулов в течение года

2) одновременное возникновение нескольких фурункулов

3) верны обе указанные выше ситуации

4) ежегодное развитие фурункулов

71. Оперативное лечение карбункула заключается в:

1) широком иссечении инфильтрата и адекватном дренировании

2) крестообразном разрезе и иссечении некротических тканей

3) два параллельных разреза и сквозное дренирование

4) небольшой разрез и некрэктомия

72. Выбор метода лечения острого гнойного интрамаммарного лактационного мастита:

1) иммобилизация, УВЧ, антибиотики широкого спектра действия

2) иссечение молочной железы

3) наложение широких радиарных разрезов

4) нанесение крестообразного разреза

73. При поверхностных ожогах некрозу подвергаются:

1) Кожа и подкожная клетчатка.

2) Весь эпителий и собственно кожа до подкожной клетчатки.

3) Эпителий,верхушка сосочкового слоя дермы

4) Не только мягкие ткани, но и кости.

74. Ожоговая поверхность занимает больше половины правой руки и правую половину туловища. Каким методом определения площади ожога можно получить наиболее достоверные данные?

1) Метод Постникова.

2) Правило "Девятки".

3) Метод Вилявина.

4) Правило "ладони".

75. окончательная установка глубины поражения при III А и III Б ст. возможна через:

1) 2 недели

2) 1 неделю

3) 3 недели

4) сразу после поражения

76. Какое сочетание симптомов характерно для III степени торпидной фазы шока?

1) АД менее 70 мм.рт.ст., пульс 140/мин., диурез около 5 мл. в час.

2) АД 90 мм.рт.ст., пульс 100/мин., поверхностное дыхание.

3) АД не определяется. Пульс прощупывается на сонных артериях.

дыхание поверхностное.

4) Больной возбужден, пульс 120/мин., АД 100/60 мм.рт.ст.

77. Основные клинические признаки выведения больного из состояния ожогового шока:

1) восстановление у больного сознания

2) купирование болевого синдрома

3) восстановление диуреза (почасового)

4) тахикардия

78. Аутодермопластика для закрытия ожоговых ран проводится следующими способами:

1) расщепленным кожным лоскутом

2) оболочками эмбриона

3) закрытием раны с помощью фибринных пленок

4) высокопористым полимером коллагена

79. Аллопластика для закрытия ожоговых ран проводится следующими методами:

1) кожным трансплантатом от трупа

2) расщепленным лоскутом собственной кожи, полученной с помощью дерматома

3) перфорированным трансплантатом собственной кожи

4) марочным методом

80. В клиническом течении отморожений выделяют следующие периоды:

1) ранний дореактивный

2) поздний дореактивный

3) дореактивный

4) постреактивный

81. Что является источником образования секвестральной коробки:

1) надкостница, эндост, костный мозг

2) только костный мозг

3) только надкостница

4) окружающие мышцы

82. Какое наиболее грозное осложнение может возникнуть при длительно существующем хроническом остеомиелите свищевой формы?

1) опухоль в области свища

2) осложнений не развивается

3) амилоидоз почек

4) флегмона мягких тканей

83. Как выглядит на рентгенограмме секвестр костной ткани при остром гематогенном остеомиелите:

1) участок разрежения (просветления)

2) участок затемнения с ободком просветления вокруг

3) периостальная реакция

4) нечеткость костной структуры

84. Ранее щадящее оперативное лечение острого гематогенного остеомиелита:

1) пункция межмышечной флегмоны

2) вскрытие поднадкостничного абсцесса

3) декомпрессивная трепанация остеомиелитического очага

4) разрез и дренирование межмышечной флегмоны

85. Понятие «остеомиелит» включает в себя:

1) острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге и эндоосте

2) острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге, эндоосте и кости

3) острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге, эндоосте, кости и надкостнице

4) острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге, эндоосте, кости, надкостнице и окружающих мягких тканях

86. Наличие местных признаков гнойного воспаления в области натечника:

1) выражены

2) слабо выражены

3) отсутствуют

4) можно доказать специальными методами исследования

87. Наиболее частая локализация туберкулезного процесса при спондилите:

1) шейные позвонки

2) верхние грудные позвонки

3) копчиковые позвонки

4) поясничные и нижние грудные позвонки

88. Радикальные операции при костно-суставном туберкулезе:

1) некрэктомия

2) артродез

3) спондилодез

4) пункция

89. Характерные рентгенологические признаки в преартритическую фазу костно-суставного туберкулеза:

1) остеосклероз

2) остеопороз

3) формирование секвестральной коробки

4) крупноочаговый секвестр

90 Клинический симптом туберкулёзного спондилита:

1) «Спотыкающегося пальца»

2) «Вожжей»

3) «Гордая походка»

4) Всё перечисленное – верно

91. Какова цель паллиативной операции?

1) излечение больного

2) облегчение состояния больного

3) уточнение диагноза

4) завершение многомоментной операции

92. В послеоперационном периоде выделяют:

1) поздний послеоперационный период

2) период лечения операционной раны

3) период интенсивного наблюдения в реанимации

4) период 3-х летней выживаемости больного

93. Какие операции относятся к категории экстренных?

1) выполняемые немедленно или в ближайшие часы после поступления больного в стационар

2) операции, выполняемые в ближайшие дни после поступления

3) операции, выполняемые в ближайшие 3-4 недели

4) операции, выполняемые через 1 месяц с момента поступления

94. Операция по жизненным показаниям выполняется:

1) в экстренном порядке

2)в срочном порядке

3)в плановом порядке

4)выполняется в неограниченные сроки

95. Мерой профилактики тромбоэмболии легочной артерии в послеоперационном периоде не является:

1) введение 5-10 тыс. ЕД Гепарина 3 раза в сутки

2) ранняя активизация больного

3) строгий постельный режим в течение 3-5 дней

4) лечебная физкультура для нижних конечностей с 1 дня после операции

96. У больной выявлен рак левой молочной железы: опухоль до 1,5 см в диа-

метре – в верхнем наружном квадранте, плотный увеличенный безболезненный лимфатический узел – в левой подмышечной области. Отдалённых метастазов не выявлено. Стадия заболевания по системе TNM:

* 1. T1N1M0
  2. T4 N1M0
  3. T1N0M0
  4. T1N1M1

97. Злокачественная опухоль характеризуется:

1. Отсутствием капсулы
2. Инфильтрирующим ростом
3. Всем перечисленным
4. Метастазами

98 Доброкачественная опухоль характеризуется (выбрать неправильное):

1. Инвазивностью
2. Медленным ростом или его отсутсвием
3. Наличием капсулы
4. Пальпаторной чёткостью границ

99. Комплексное лечение злокачественных опухолей – это:

1. Лучевая терапия + хирургическое лечение
2. Лучевая терапия + хирургическое лечение + химиотерапия
3. Хирургическое лечение + гормонотерапия
4. Всё перечисленное

100. Для постановки окончательного диагноза «злокачественная опухоль»

достаточно:

1. Данных опроса, осмотра, объективных исследований
2. Данных опроса, осмотра, объективных исследований, гистологических результатов
3. Макроскопической картины опухолевого поражения
4. Рентгенологических, эндоскопических данных и результатов ультразвукового исследования

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Антисептика и асептика. Определение понятия, история вопроса. Развитие антисептики в России. Н.П. Пелехин и Н.В.Склифософский.

2. Общие принципы лечения переломов трубчатых костей.

3. Понятие о хирургической операции. Этапы, их сущность и значение. Типовые хирургические приемы.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

У больного, попавшего под поезд, травматическая ампутация нижней трети правого предплечья. Вы прибыли к месту травмы в качестве врача скорой помощи. Каков план Ваших действий?

Продемонстрируйте технику наложения кровоостанавливающего жгута.

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.**

Эмалированные тазы для мытья рук, биксы, халаты, перчатки, марля, дез. растворы, макет сухожарового шкафа и парового стерилизатора, кровоостанавливающие жгуты и закрутки, сыворотки для определения групповой принадлежности к системе АВО и Rh, система для внутривенных вливаний, сантиметровая лента, рентгенограммы больных, Шины Крамера, Шины Дитерихса, бинты, муляж бедренной кости, муляж б/берцовой кости, муляж плечевой кости, муляж лопаточной кости, муляж костей таза.

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОПК-4 способен применять медицинские технологии, специализированное оборудование и медицинские изделия, дезинфекционные средства, лекарственные препараты, в том числе иммунобиологические, и иные вещества и их комбинации при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины | **Знать** источники и пути распространения хирургической инфекции, общие принципы организации работы хирургического отделения и санитарно-гигиенического режима; методы профилактики воздушного, контактного, имплантационного инфицирования; методы антисептики | экзаменационные вопросы № 5-18 |
| **Уметь** интерпретировать результаты наиболее распространенных методов функциональной диагностики, применяемых для выявления патологии органов желудочно-кишечного тракта, легких, почек, печени; | практические задания №1-3, 20-23 |
| **Владеть** навыками сопоставления морфологических и клинических проявлений болезней | практические задания  № 15, 17 |
| 2 | ОПК-6 способен организовывать уход за больными и оказывать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения, а также обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения | **Уметь** собрать анамез, провести физикальное обследование, оценить состояние пациента на основе выявленных клинических синдромов и оказать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе в условиях чрезвычайных ситуаций, в очагах массового поражения | практические задания  № 1-3, 9-11, 17-26 |
|  |  |

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМНЕНИЮ БРС ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ**

В рамках организации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине «Общая хирургия» в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусного фактического рейтинга обучающегося.

**Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.**

Текущий фактический рейтинг по дисциплине можно расчитывать в 5 балльной системе (максимальное количество баллов – 5), который складывается из средней суммы оценок, набранных в результате:

* текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;
* рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины;
* самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 5 баллов включительно. Количество баллов складывается из оценки за занятие по двум контрольным точкам (входной контроль и опрос) Входной контроль осуществляется путем тестирования с использованием 5 тестовых заданий и оценивается следующим образом: 5 правильных ответов – 5 баллов, 4 – 4 балла, 3 – 3 балла, 2, 1, 0 правильных ответов – 0 баллов. Таким же образом оценивается устный ответ.

На последнем практическом занятии модуля определяется среднеарифметическая оценка за модуль, определяемая по двум контрольным точкам. На первом этапе вычисляется среднеарифметическая оценка по первой контрольной точке (тестирование) по формуле

**Ст** – средняя оценка по тестам за модуль;

**∑От** – сумма оценок по тестам;

**N** – число тестирований.

Затем рассчитывается средняя оценка по второй контрольной точке (опрос) по формуле:

**Со** – средняя оценка по опросу за модуль;

**∑Оо** – сумма оценок по опросу;

**N** – число занятий, на которых был проведен опрос.

За выполнение задания по самостоятельной внеаудиторной работе к средней оценке за модуль добавляется 0,1 или 0,2 балла в зависимости от качества выполненной работы, или вовсе не добавляется в соответствии с критериями оценивания, указанных в ФОС. Если заданий было несколько, то вычисляется среднее арифметическое значение.

Средняя оценка за модуль (текущий рейтинг модуля в 5 балльной системе - **Ртм**) вычисляется по формуле (опрос оценивается в 4 раза дороже, чем тестирование):

**+ Бср**

**Ртм** – текущий рейтинг модуля;

**Ст** – средняя оценка по тестам за модуль;

**Со** – средняя оценка по опросу за модуль;

**Бср** – балл за самостоятельную внеаудиторную работу.

Текущий рейтинг модуля с учетом самостоятельной внеаудиторной работы не может быть более 5. Переводить среднюю оценку в баллы не обязательно, информационная система сделает это автоматически.

По окончанию каждого модуля дисциплины проводится рубежный контроль (определяет рубежный рейтинг модуля **- Ррм**) в форме итогового тестирования, включающего 50 тестовых заданий по всем темам практических занятий, входящих в этот модуль. Деятельность студента на рубежном контроле оценивается в 5-и балльной системе по количеству правильных ответов (максимальное количество баллов - 5). 92-100% правильных ответов –5 баллов, 82-90% - 4 балла, 72-80% - 3 балла и 70% и менее – 0 баллов.

Текущий фактический рейтинг определяется путем вычисления средней оценки текущего и рубежного рейтинга модуля. Текущий рейтинг оценивается в 4 раза дороже, чем рубежный рейтинг:

**Рфм** – фактический рейтинг модуля;

**Ртм** – текущий рейтинг модуля;

**Ррм** – рубежный рейтинг модуля.

После прохождения всех модулей дисциплины рассчитывается суммарный фактический рейтинг модуля, как среднеарифметическое значений фактических рейтингов пройденных модулей. Фактический рейтинг первого модуля из-за большего количества занятий оценивается в 3 раза дороже.

***∑* Рфм = 3Рфм1+Рфм2+Рфм3+Рфм4**

**6**

или, если предусмотрено 3 модуля

***∑* Рфм = 3Рфм1+Рфм2+Рфм3**

**5**

**ΣРфм** – суммарный фактический рейтинг модуля;

**Рфм1, Рфм2, Рфм3, Рфм4** – текущий фактический рейтинг модуля №1- №4.

Суммарный фактический рейтинг модуля в 5 балльной системе вводится в информационную систему, где автоматически определяется текущий фактический стандартизированный рейтинг и если он составляет менее 35 баллов, то результаты промежуточной аттестации признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. При наличии пропусков занятий студент считается не выполнившим программу и рейтинг не выводится. При наличии низкого рейтинга студент может воспользоваться процедурой добора рейтинговых баллов.

Пропуски практических занятий отрабатываются в двухнедельный срок после их проведения. Неудовлетворительные оценки отрабатываются по желанию студента. В случае превышения указанных сроков к студенту применяются меры воздействия: приглашение на кафедральное совещание, представление сведений об академической задолженности в деканат.

Если студент получил низкую оценку на рубежном испытании или не сдавал его, то по согласованию со своим преподавателем он должен в обязательном порядке пересдать/сдать этот рубежный контроль до начала следующего рубежного испытания.

Процедура добора рейтинговых баллов:

-пропуск занятия по уважительной причине отрабатывается путем тестирования, собеседования с преподавателем и демонстрации ему практических навыков, предусмотренных программой на этом практическом занятии. При получении неудовлетворительной оценки отработка занятия считается несостоявшейся;

-пропуск занятия без уважительной причины – отрабатывается путем подготовки подробного реферата с ответами на все вопросы, предлагаемые студентам при самоподготовке к практическому занятию и далее как при пропуске по уважительной причине;

-пропуск лекции без уважительной причины отрабатывается путем представления реферата по теме пропущенной лекции.

Неудовлетворительная оценка отрабатывается путем собеседования с преподавателем, при положительном ответе вносятся изменения в электронный журнал, и происходит автоматическая корректировка рейтинга. При получении отрицательной оценки изменения в электронный журнал не вносятся и к повторной отработке студент не допускается.

**Правила формирования бонусного фактического рейтинга обучающегося.**

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине (максимально 15 баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате участия обучающихся в следующих видах деятельности (табл. 1).

Таблица 1.

Виды деятельности, по результатам которых определяется бонусный фактический рейтинг

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид деятельности** | **Вид контроля** | **Баллы** |
| Подготовка обзора по заданной тематике, поиск научных публикаций и электронных источников информации | Оценка обзора, отчета | От 0 до 10 |
| Проведение научно-исследовательской работы | Оценка отчета | От 0 до 5 |
| Участие в заседаниях кружка СНО | Оценка куратора кружка | От 0 до 5 |
| Участие в создании наглядных учебных пособий | Оценка пособий | От 0 до 5 |
| Разработка обучающих компьютерных программ | Оценка программ | От 0 до 5 |
| Составление тестовых заданий по изучаемым темам | Оценка пакетов тестов | От 0 до 5 |
| Составление проблемно-ситуационных задач | Оценка пакетов задач | От 0 до 5 |
| Создание презентаций | Оценка презентации | От 0 до 5 |
| Создание учебных кинофильмов | Оценка фильма | От 0 до 5 |
| Участие в конференциях разного уровня | Оценка отчета | От 0 до 5 |
| 100% посещение лекций и практических занятий | Оценка посещаемости | От 0 до 5 |

Бонусный фактический рейтинг вводится в информационную систему в 15 балльной системе.

Дисциплина завершается сдачей экзамена, включающего тестирование, устный опрос по билетам, контроль усвоения практических навыков и умения клинически оценивать рентгенограммы. По результатам экзамена выставляется экзаменационный рейтинг – максимум 15 баллов (табл. 2).

Таблица 2

**ОРИЕТИРОВОЧНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| теоретические знания | навыки клинического мышления | практические навыки | % выполне-ния тестовых заданий | ориентировочная шкала экзаменационных оценок | |
| комбинация показателей | балл |
| 1. Безупречное изложение всех вопросов с использованием информации из дополнительных литературных источников  2. Самостоятельное полное изложение всех вопросов в пределах содержания стандартного учебника  3:а) Недостаточно полное изложение содержания билета, потребовавшее задания наводящих вопросов;  в) незнание одного из трех вопросов при самостоятельном и правильном изложении двух других  4. Незнание двух вопросов билета | 5. Наличие навыков клинического мышления и умение клинически оценивать рентгенограммы  6. Недостаточно развитые навыки клинического мышления и умения клинически оценивать рентгенограммы  7. Отсутствие навыков клинического мышления и умений клинически оценивать рентгенограммы | 8. Правильное выполнение практических манипуляций  9. Недостаточное развитие навыков выполнения практических манипуляций | 10. 91-100  11. 81-90  12. 71-80  13. 70 и менее | 1+5+8+10  1+5+8+11  1+5+8+12  2+5+8+10  2+5+8+11  1+6+9+10  1+6+9+11  2+6+8+10  2+6+8+11  2+6+8+12  2+5+9+10  3+5+8+10  3+5+8+11  3+5+8+12  2+6+9+10  2+6+9+11  2+6+9+12  2+7+9+10  2+7+9+11  3+7+9+10  3+7+9+11  3+7+9+12  4+5+8+10  4+6+8+10  4+5+9+10  4+6+9+10  4+6+9+11  4+7+9+10  4+7+9+11  4+7+9+10  4+7+9+11  4+7+9+12  4+7+9+13 | 15  14  13  12  11  10  9  8  7  6  5  4  3  2  1  0 |

В случае получения обучающимся экзаменационного рейтинга менее 7 баллов результат промежуточной аттестации по дисциплине признается неудовлетворительным и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг в этом случае не высчитывается.

Расчет дисциплинарного рейтинга проводится автоматически в информационной системе, на основании которого ставится экзаменационная оценка в зачетную книжку и экзаменационную ведомость (табл. 3).

Таблица 3

Правила перевода дисциплинарного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дисциплинарный рейтинг по БРС | Оценка по дисциплине | |
| Экзамен | Зачет |
| 85-100 баллов | 5 (отлично) | Зачтено |
| 65-84 баллов | 4 (хорошо) | Зачтено |
| 43-64 баллов | 3 (удовлетворительно) | Зачтено |
| 42 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | Не зачтено |

Таблица 4

Правила перевода дисциплинарного рейтинга по практике в пятибалльную систему.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дисциплинарный рейтинг по БРС | Оценка по практике | |
| Дифференцированный зачет | Зачет |
| 91-100 баллов | 5 (отлично) | Зачтено |
| 71-89 баллов | 4 (хорошо) | Зачтено |
| 65-70 баллов | 3 (удовлетворительно) | Зачтено |
| 64 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | Не зачтено |

**Разработчик:** д.м.н.,

профессор кафедры общей хирургии П.П. Курлаев