

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России)



УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по учебной работе
к.б.н., доцент Большаков В.В.

20 25 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ**

Специальность

31.05.02 «Педиатрия»

Квалификация выпускника

врач-педиатр

Форма обучения

очная

Факультет

Педиатрический

Кафедра-разработчик рабочей программы

общей, факультетской
хирургии и урологии

Семестр	Трудоёмкость		Лекций, ч	Лаб. практикум, ч	Практ. занятий, ч	Клинических практ. занятий, ч	Семинаров, ч	СРС, ч	КР, ч	Экзамен, ч	Форма промежуточного контроля (экзамен/зачет)
	зач. ед.	ч.									
IV	2	72	16			32		24			
V	3	108	16			32		24		36	экзамен
Итого	5	180	32			64		48		36	экзамен

Кемерово 2025

Рабочая программа дисциплины «Общая хирургия» разработана в соответствии с ФГОС ВО - специалитет по специальности 31.05.02 «Педиатрия», утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации № 988 от «12» августа 2020г.

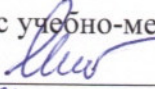
Рабочую программу разработал старший преподаватель кафедры общей, факультетской хирургии и урологии А.А. Малащенко.

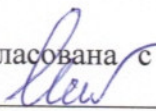
Рабочая программа согласована:

Рабочая программа согласована с научной библиотекой  Г.А. Фролова
« 26 » 02 20 25 г.

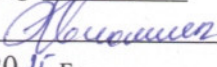
Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры общей, факультетской хирургии и урологии протокол № 7 от «26» февраля 2025 г.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией

Председатель: к.м.н., доцент  О.В. Шмакова
протокол № 3 от « 14 » 04 20 25 г.

Рабочая программа согласована с деканом педиатрического факультета, к.м.н., доцентом О.В. Шмаковой 
« 15 » 04 20 25 г.

Рабочая программа зарегистрирована в учебно-методическом отделе

Регистрационный номер 2572
Руководитель УМО  д.ф.н., профессор Н.Э. Коломиец
« 15 » 04 20 25 г.

1. ПАСПОРТ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

1.1. Цели и задачи освоения дисциплины

- 1.1.1. Цель дисциплины – обеспечить теоретическую и практическую подготовку студентов по общей хирургии.
- 1.1.2. Задачи дисциплины:
- стимулировать интерес студента к выбранной профессии;
 - развивать практические навыки и научить студента: выяснять жалобы больного с историей развития заболевания, повреждения, проводить физикальный осмотр хирургического больного; намечать план обследования хирургического больного;
 - организовать работу младшего и среднего медицинского персонала и роль их в профилактике внутрибольничных инфекций;
 - определять виды санитарной обработки больных;
 - определять методы борьбы с внутрибольничной инфекцией в хирургическом стационаре;
 - оказывать первую медицинскую помощь на месте; определять вид транспортировки больного;
 - работать в роли среднего медицинского персонала в хирургических стационарах и выполнять типовые медицинские лечебные и диагностические процедуры; определять основные хирургические синдромы и диагностировать основные гнойно-воспалительные заболевания и повреждения;
 - общаться с коллегами, больными и родственниками с позиций врачебной этики и деонтологии;
 - ознакомить студентов с организацией труда медицинского персонала в отделениях хирургического профиля с определением функциональных обязанностей; организацией мероприятий по охране труда и технике безопасности, профилактикой профессиональных заболеваний, контролем соблюдения и обеспечением экологической безопасности;
 - организацией работы с медикаментами и правилами их хранения;
 - формировать целостное представление о дисциплине – общей хирургии;
 - обучение приемам подготовки рук к операции, наложения повязок, транспортной иммобилизации, временной остановки кровотечения;
 - выработать умение оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях, травмах, кровотечениях.

1.2. Место дисциплины в структуре ОПОП

- 1.2.1. Дисциплина относится к базовой части.
- 1.2.2. Для изучения дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами/практиками: химия, биология, латинский язык, физика, анатомия, гистология, цитология эмбриология и цитология, нормальная физиология, безопасность жизнедеятельности, первая помощь пострадавшим.
- 1.2.3. Изучение дисциплины необходимо для получения знаний, умений и навыков, формируемых последующими дисциплинами/практиками: факультетская хирургия и урология, детская хирургия, анестезиология, реанимация, интенсивная терапия, медицина катастроф, госпитальная хирургия, онкология, травматология и ортопедия.

В рамках освоения программы специалитета выпускники готовятся к решению задач профессиональной деятельности следующих типов:

- диагностический;
- лечебный;
- реабилитационный;
- профилактический;
- организационно-управленческий.

1.3. Компетенции, формируемые в результате освоения дисциплины.

1.3.1. Общепрофессиональные компетенции.

№ п/п	Наименование категории общепрофессиональных компетенций	Код компетенции	Содержание общепрофессиональной компетенции	Индикаторы общепрофессиональной компетенции	Технология формирования
1.	Этиология и патогенез	ОПК-5	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.	ИД-3 ОПК-5 Уметь определять морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека.	Лекция. Доклад с презентацией. Практические занятия. Самостоятельная работа. Промежуточный контроль. История болезни.
2.	Первая врачебная помощь	ОПК-6	Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	ИД-1 ОПК-6 Уметь оказывать первую медико-санитарную помощь при неотложных состояниях, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и очагах массового поражения.	Лекция. Доклад с презентацией. Практические занятия. Самостоятельная работа. Промежуточный контроль. История болезни.

1.3. Объем учебной дисциплины и виды учебной работы

Вид учебной работы	Трудоемкость всего		Семестры	
	в зачетных единицах (ЗЕ)	в академических часах (ч)	V	VI
			Трудоемкость по семестрам (ч)	
			V	VI
Аудиторная работа, в том числе:	2,67	96	48	48
Лекции (Л)	0,89	32	16	16
Лабораторные практикумы (ЛП)				
Практические занятия (ПЗ)				
Клинические практические занятия (КПЗ)	1,78	64	32	32
Семинары (С)				
Самостоятельная работа обучающегося (СРС), в том числе НИР	1,33	48	24	24
Промежуточная аттестация:	зачёт (З)			
	экзамен (Э)			36
	зачёт с оценкой			
ИТОГО	5	180	72	108

2. Структура и содержание дисциплины

Общая трудоемкость модуля дисциплины составляет 5 зачетных единиц, 180 ч.

2.1. Структура дисциплины

№ п/п	Наименование разделов и тем	Семестр	Всего часов	Виды учебной работы					СРС
				Аудиторные часы					
				Л	ЛП	ПЗ	КПЗ	С	
1	Раздел 1. Асептика. Антисептика	IV	27	6			12		9
1.1	Асептика. Профилактика воздушно-капельного, имплантационного источников инфекции.	IV	9	2			4		3
1.2	Асептика. Профилактика контактного источника инфекции. Асептика. Обработка операционного поля. Обработка рук хирурга.	IV	9	2			4		3
1.3	Антисептика	IV	9	2			4		3
2	Раздел 2. Десмургия	IV	14				8		6
2.1	Десмургия. Бинтовые повязки на голову, шею, верхнюю конечность, грудную клетку.	IV		-			4		3
2.2	Десмургия. Повязки на живот, промежность, нижнюю конечность. Транспортная иммобилизация.	IV		-			4		3
3	Раздел 3. Обезболивание. Хирургическая операция.	IV	27	6			12		9
3.1	Местная анестезия.	IV	9	2			4		3
3.2	Боль и обезболивание.	IV	9	2			4		3
3.3	Хирургическая операция. Предоперационный период. Хирургическая операция.	IV	9	2			4		3

	Послеоперационный период.								
4	Раздел4.Кровотечение	V	27	6			12		9
4.1	Кровотечение. Временная и окончательная остановка кровотечения. Лечение острой анемии.	V	7				4		3
4.2	Учение о группах крови. Переливание крови и ее компонентов.	V	9	2			4		3
4.3	Переливание кровезаменителей, препаратов крови. Осложнения.	V	9	2			4		3
4.4	Водно-электролитные нарушения у хирургических больных. Принципы инфузионной терапии.	V	2	2					
5	Раздел 5. Хирургическая инфекция	V	25	4			12		9
5.1	Общие вопросы хирургической инфекции (воспаление).	V	2	2					
5.2	Поликлиника. Амбулаторная хирургия. Учение о воспалении. Острая гнойная хирургическая инфекция. Фурункул. Фурункулез. Карбункул. Гидраденит. Флегмона. Абсцесс. Лимфангит. Лимфаденит.	V	7				4		3
5.3	Острая гнойная хирургическая инфекция. Панариций. Мастит. Рожь. Парапроктит. Флегмона кисти. Эмпиема плевры. Перитонит.	V	7				4		3
5.4	Остеомиелит. Хирургический сепсис. Септический шок.	V	9	2			4		3
6	Раздел6.Травматология	VI	11	4			4		3
6.1	Повреждения мягких тканей. Вывихи. СДР.	VI	2	2					
6.2	Переломы. Раны. Раневая инфекция (столбняк, анаэробная и гнилостная).	VI	8	2			4		3
7	Раздел7.Ожоги.Отморожения.Некрозы	VI	11	4			4		3
7.1	Ожоги.Отморожения. Некрозы, гангрены, свищи.	VI	9	2			4		3
7.2	Расстройства кровообращения (некрозы).	VI	2	2					
8	Раздел8Порокиразвития. Онкология	VI	2	2					
8.1	Общие вопросы онкологии. Аномалии и пороки развития.	VI	2	2					
	Экзамен	VI	36						
	Всего	V - VI	180	32			64		48

2.2. Тематический план лекционных (теоретических) занятий

№ п/п	Наименование раздела	Кол-во часов	Семестр	Результат обучения в виде формируемых компетенций
Раздел 1. Асептика. Антисептика.		6	IV	<i>ОПК-5 (ИД-3)</i>
1	Тема 1. Асептика. Профилактика воздушного, капельного, имплантационного источников инфекции.	2	IV	
2	Асептика. Обработка операционного поля. Обработка рук хирурга.	2	IV	
3	Тема 3. Антисептика.	2	IV	
Раздел 2. Обезболивание. Хирургическая операция.		6	IV	<i>ОПК-5 (ИД-3)</i>
4	Тема 4. Местная анестезия.	2	IV	
5	Тема 5. Общее обезболивание.	2	IV	
6	Тема 6. Предоперационный период. Хирургическая операция. Послеоперационный период.	2	IV	
Раздел 4. Кровотечение. Переливание крови.		6	IV, V	<i>ОПК-5 (ИД-3)</i>
7	Тема 7. Кровотечение. Временная и окончательная остановка кровотечения. Лечение острой анемии.	2	IV	
8	Тема 8. Учение о группах крови. Переливание крови и ее компонентов. Переливание кровезаменителей препаратов крови. Осложнения.	2	IV	
9	Тема 9. Водно-электролитные нарушения у хирургических больных. Принципы инфузионной терапии.	2	V	
Раздел 5. Хирургическая инфекция.		4	V	<i>ОПК-5 (ИД-3)</i>
10	Тема 10. Острая гнойная хирургическая инфекция.	2	V	
11	Тема 11. Гематогенный остеомиелит. Хирургический сепсис, Септический шок.	2	V	
Раздел 6. Травматология.		4	V	<i>ОПК-5 (ИД-3)</i>
12	Тема 12. Общие вопросы травматологии. СДР.	2	V	
13	Тема 13. Раны. Раневая инфекция.	2	V	
Раздел 7. Ожоги. Отморожения. Некрозы. Онкология. Аномалии развития.		6	V	<i>ОПК-5 (ИД-3)</i>
14	Тема 14. Ожоги.Отморожения. Некрозы, гангрены, свищи.	2	V	
15	Тема 15. Основы хирургической онкологии.	2	V	
16	Тема 16. Основы хирургии пороков развития.	2	V	
Итого:		32		

2.3. Тематический план практических занятий

№ п/п	Наименование раздела	Вид занятия (ПЗ, С, КПЗ, ЛП)	Количество часов		Семестр	Результат обучения в виде формируемых компетенций
			Аудитор.	СРС		
Раздел 1. Асептика. Антисептика.			12	9	IV	ОПК-5 (ИД-3) ОПК-6 (ИД-1)
1	Тема 4. Асептика. Профилактика воздушного, капельного, имплантационного источников инфекции.	КПЗ	4	3	IV	
2	Тема 5-6. Асептика. Профилактика контактного источника инфекции. Обработка операционного поля. Обработка рук хирурга.	КПЗ	4	3	IV	
3	Тема 7. Антисептика. Промежуточный контроль по разделу.	КПЗ	4	3	IV	
Раздел 2 Десмургия.			8	6	IV	ОПК-5 (ИД-3) ОПК-6 (ИД-1)
4	Десмургия. Бинтовые повязки на голову, шею, верхнюю конечность, грудную клетку.	КПЗ	4	3	IV	
5	Десмургия. Повязки на живот, промежность нижнюю конечность. Транспортная иммобилизация.	КПЗ	4	3	IV	
Раздел 3. Анестезиология. Реанимация. Хирургическая операция.			12	9	IV	ОПК-5 (ИД-3) ОПК-6 (ИД-1)
4	Тема 11. Местная анестезия.	КПЗ	4	3	IV	
5	Тема 12. Боль и обезболивание.	КПЗ	4	3	IV	
6	Тема 13. Предоперационный период. Хирургическая операция. Послеоперационный период. Промежуточный контроль по разделу.	КПЗ	4	3	IV	
Раздел 4. Кровотечение.			12	9	V	ОПК-5 (ИД-3) ОПК-6 (ИД-1)
7	Тема 14. Кровотечение. Временная и окончательная остановка кровотечения. Лечение острой анемии.	КПЗ	4	3	V	
8	Тема 15. Учение о группах крови. Переливание крови и ее компонентов.	КПЗ	4	3	V	
9	Тема 16. Переливание кровезаменителей, препаратов крови. Осложнения. Промежуточный контроль по разделу. Зачет по временной остановке кровотечения.	КПЗ	4	3	V	
Раздел 5. Хирургическая инфекция.			12	9	V	ОПК-5 (ИД-3) ОПК-6 (ИД-1)
10	Тема 17-18. Поликлиника. Амбулаторная хирургия. Учение о воспалении. Острая гнойная хирургическая инфекция. Фурункул. Фурункулез. Карбункул. Гидраденит. Флегмона. Абсцесс. Лимфангит. Лимфаденит.	КПЗ	4	3	V	
11	Тема 19. Острая гнойная хирургическая инфекция. Панариций. Мастит. Рожь. Парапроктит. Флегмона кисти. Эмпиема плевры. Перитонит.	КПЗ	4	3	V	
12	Тема 20. Остеомиелит. Хирургический сепсис. Септический шок. Промежуточный контроль по разделу.	КПЗ	4	3	V	

Раздел 6. Травматология.			12	9	V	<i>ОПК-5 (ИД-3)</i> <i>ОПК-6 (ИД-1)</i>
13	Тема 22-23. Переломы. Раны. Раневая инфекция (столбняк, анаэробная и гнилостная).	КПЗ	4	3	V	
Раздел 7. Ожоги. Отморожения. Некрозы.			4	3	V	<i>ОПК-5 (ИД-3)</i> <i>ОПК-6 (ИД-1)</i>
16	Тема 24-25. Ожоги.Отморожения. Некрозы, гангрены, свищи.	КПЗ	4	3	V	
Итого:			64	48		

2.4. Содержание дисциплины.

РАЗДЕЛ 1. АСЕПТИКА. АНТИСЕПТИКА.

Тема 4. Асептика. Профилактика воздушного, капельного, имплантационного источников инфекции.

Содержание темы:

- 1) Определение асептики.
- 2) Источники и пути распространения инфекции.
- 3) Этапы подготовки хирургического инструментария к операции.
- 4) Профилактика имплантационной инфекции.
- 5) Организация работы хирургического отделения и операционного блока.
- 6) Специальные функциональные зоны операционного блока.
- 7) Виды уборок операционной.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, контрольные вопросы, тесты.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий:нет.

Тема 5-6. Асептика. Профилактика контактного источника инфекции. Обработка операционного поля. Обработка рук хирурга.

Содержание темы:

- 1) Источники и пути распространения инфекции.
- 2) Устройство автоклава. Посещение автоклавной.
- 3) Методы и способы дезинфекции и стерилизации операционной одежды, белья, хирургических перчаток, перевязочного и шовного материала, хирургического инструментария, дренажей. Контроль стерильности.
- 4) Этапы подготовки рук хирурга. Общие правила, техника и современные способы обработки рук перед операцией.
- 5) Подготовка и обработка операционного поля.
- 6) Облачение в стерильную одежду, одевание, ношение и смена резиновых перчаток.
- 7) Правила работы в условиях строгой асептики.
- 8) Решение ситуационных задач.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, контрольные вопросы, тесты.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий:да.

Тема 7. Антисептика.

Содержание темы:

- 1) Виды антисептики.
- 2) Механическая антисептика. Понятие о первичной и вторичной хирургической обработке ран, принципы и этапы выполнения.
- 3) Физическая антисептика. Высушивание, тампонирование, дренирование ран и полостей, вакуумная обработка, вакуумная аспирация, обработка пульсирующей струей жидкости, аспирационно-промывной метод, УФО, лазерное облучение, ультразвуковая кавитация, гипербарическая оксигенация, озонотерапия.
- 4) Химическая антисептика. Способы использования различных химических веществ.
- 5) Различные виды местного и общего применения антисептиков. Основные группы антисептических средств. Основы рациональной антисептической химиотерапии.
- 6) Биологическая антисептика. Виды биологической антисептики. Средства биологической антисептики.
- 7) Показания к антибактериальной терапии. Выбор антибактериального препарата. Оценка эффективности антибактериальной терапии. Смена антибактериального препарата в процессе лечения. Длительность антибактериальной терапии.
- 8) Методы воздействия на иммунные силы организма. Пассивная и активная иммунизация в хирургии.

Иммунокоррекция и иммуностимуляция.

9) Промежуточный контроль по разделу.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, контрольные вопросы по промежуточному контролю по разделу.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий:нет.

РАЗДЕЛ 2. ДЕСМУРГИЯ.

Тема 8. Десмургия. Бинтовые повязки на голову, шею, верхнюю конечность, грудную клетку.

Содержание темы:

- 1) Виды и классификация повязок.
- 2) Правила наложения повязок.
- 3) Правила бинтования.
- 4) Наложения мягких бинтовых повязок на разные части тела.

Форма контроля и отчетности усвоения материала:опорный конспект, ситуационные задачи.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий:нет.

Тема 9-10. Десмургия. Бинтовые повязки на живот, промежность, нижнюю конечность.

Транспортная иммобилизация.

Содержание темы:

- 1) Правила наложения и показания для працевидных, косыночных и клеевых повязок.
- 2) Правила наложения гипсовой повязки.
- 3) Правила, показания для транспортной иммобилизации.
- 4) Виды транспортных шин, их характеристика.
- 5) Зачет по практическим навыкам по десмургии.

Форма контроля и отчетности усвоения материала:тесты, ситуационные задачи, зачет по практическим навыкам.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий:да.

РАЗДЕЛ 3. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ. РЕАНИМАЦИЯ. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ.

Тема 11. Местная анестезия

Содержание темы:

- 1) Местная анестезия: показания, методы, осложнения и их профилактика.
- 2) Сущность методов местной анестезии. Терминальная анестезия.
- 3) Методика местной анестезии по А.В. Вишневскому.
- 4) Проводниковая анестезия: понятие, методика анестезии по Оберсту-Лукашевичу.
- 5) Понятие о плексусной анестезии и об анестезии по Куленкампу.
- 6) Перидуральная анестезия: показания, механизм действия, методика проведения.
- 7) Спинальная анестезия: показания, механизм действия, осложнения, методика проведения.
- 8) Методика внутривенной и внутрикостной местной (регионарной) анестезии.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, тесты, ситуационные задачи.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий:нет.

Тема 12. Боль и обезболивание.

Содержание темы:

- 1) Механизмы и причины возникновения боли. Характеристика болей.
- 2) Понятие об общей анестезии.
- 3) Методы общей анестезии. Методика и клиническая картина современной общей анестезии, стадии наркоза.
- 4) Аппаратура и методы ингаляционного наркоза. Современные ингаляционные анестетические средства, мышечные релаксанты.
- 5) Подготовка больных к анестезии, премедикация и ее выполнение.
- 6) Стандартизированный мониторинг с оценкой оксигенации, вентиляции, циркуляции и температуры.
- 7) Осложнения общей анестезии, их профилактика и лечение.
- 8) Терминальные состояния.
- 9) Реанимация.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, тесты, контрольные вопросы.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Тема 13. Предоперационный период. Хирургическая операция. Послеоперационный период.

Содержание темы:

- 1) Хирургическая операция, классификация.
- 2) Типы операций: судалением патологического очага, восстановительные (реконструктивные) и пластические операции. Принципы выбора операционного доступа.
- 3) Абсолютные, относительные показания коперации в плановой и экстренной хирургии.
- 4) Понятие о противопоказаниях к операции.
- 5) Критерии операционного риска, пути его снижения.
- 6) Подготовка больного к операции. Цели подготовки. Деонтологическая подготовка. Медикаментозная и физическая подготовка больного.
- 7) Периоды, осложнения и их профилактика.
- 8) Промежуточный контроль по разделу.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, тесты, промежуточный контроль по разделу.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: нет.

РАЗДЕЛ 4. КРОВОТЕЧЕНИЕ.

Тема 14. Кровотечение. Временная и окончательная остановка кровотечения. Лечение острой анемии.

Содержание темы:

- 1) Определение, классификация, клиника, диагностика кровотечения. Клиническая картина внутреннего и наружного кровотечения. Отдельные виды кровоизлияний и кровотечений.
- 2) Лабораторная диагностика кровопотери. Значение специальных методов диагностики кровотечения.
- 3) Оценка тяжести кровопотери и определение ее величины. Транспортировка больных с кровотечением и кровопотерей.
- 4) Методы временной и окончательной остановки кровотечения. Первая помощь при кровотечениях.
- 5) Химические методы остановки кровотечения. Биологические методы остановки кровотечения.
- 6) Принципы лечения осложнений и последствий кровотечений.
- 7) Адаптационные механизмы при кровопотере.
- 8) Правила наложения жгута.
- 9) Отработка практических навыков по временной остановке наружных кровотечений.
- 10) Принципы лечения больных с острой анемией.
- 11) Демонстрация больных в отделениях хирургического профиля с острой постгеморрагической анемией.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, ситуационные задачи.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий:да.

Тема 15. Учение о группах крови. Переливание крови и ее компонентов.

Содержание темы:

- 1) Методы определения групповой и резус -принадлежности крови.
- 2) Практическое определение группы крови цоликлонами. Пробы на совместимость, проводимые перед переливанием крови.
- 3) Показания для переливания крови. Техника переливания крови.
- 4) Виды и методы переливания крови, ее компонентов и препаратов: показания и техника. Осложнения при переливании крови, их профилактика и лечение.
- 5) Осложнения при переливании кровезаменителей. Первая помощь и лечение этих осложнений.
- 6) Служба крови в РФ. Донорство. Методы консервации и стабилизации препаратов крови.Условия и сроки хранения препаратов крови.
- 7) Юридические аспекты гемотрансфузиологии. Посещение отделения гемотрансфузиологии.
- 8) Значение резус-фактора в акушерстве.
- 9) Кровезаменители.

Форма контроля и отчетности усвоения материала:опорный конспект, контрольные вопросы, тесты.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий:да.

Тема 16. Переливание кровезаменителей, препаратов крови. Осложнения. Промежуточный контроль по разделу. Зачет по временной остановке кровотечения.

Содержание темы:

- 1) Классификация кровезаменителей.
- 2) Показания к их переливанию.
- 3) Реинфузия, аутоотрансфузия крови и кровозамещающие жидкости. Классификация растворов для инфузионной терапии.Растворы с водемическим эффектом: солевые растворы, растворы декстрана, растворы желатина. Растворы с дезинтоксикационным эффектом. Корректоры водно-электролитных нарушений, Инфузионные растворы для парентерального питания.
- 4) Осложнения при переливании препаратов крови и кровезаменителей, диагностика, лечение. Профилактика осложнений.
- 5) Зачет по временной остановке кровотечения.
- 6) Промежуточный контроль по разделу.

Форма контроля и отчетности усвоения материала:ситуационные задачи, контрольные вопросы.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий:нет.

РАЗДЕЛ 5. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ.

Тема 17-18. Поликлиника. Амбулаторная хирургия. Учение о воспалении. Острая гнойная хирургическая инфекция. Фурункул. Фурункулез. Карбункул. Гидраденит. Флегмона. Абсцесс. Лимфангит.Лимфаденит.

Содержание темы:

- 1) Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение воспаления.
- 2) Особенности асептики в гнойно-септической хирургии.
- 3) Современные принципы профилактики и лечения гнойных заболеваний.
- 4) Местное неоперативное и оперативное лечение.
- 5) Общие принципы техники оперативных вмешательств.
- 6) Современные методы обработки гнойного очага и способы послеоперационного ведения.
- 7) Общее лечение при гнойных заболеваниях: рациональная антибактериальная терапия, иммунотерапия, гормоно- и ферментотерапия, симптоматическая терапия.
- 8) Острая хирургическая инфекция: Фурункул: ЭПКЛ. Фурункулез: ЭПКЛ.Карбункул: ЭПКЛ.Гидраденит: ЭПКЛ. Флегмона: ЭПКЛ Абсцесс: ЭПКЛ.Лимфангит: ЭПКЛ.Лимфаденит: ЭПКЛ.
- 9) Возможные осложнения, гнойные заболевания лимфатических и кровеносных сосудов.
- 10) Посещение гнойной перевязочной.

11) Посещение кабинета хирурга в поликлинике.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, контрольные вопросы.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: нет.

Тема 19. Острая гнойная хирургическая инфекция. Панариций. Мастит. Рожа. Парапроктит. Флегмона кисти. Эмпиема плевры. Перитонит.

Содержание темы:

- 1) Острая хирургическая инфекция. Принципы диагностики и лечения (местного и общего). Профилактика гнойных заболеваний.
- 2) Панариций: ЭПКЛ. Особые виды панариция.
- 3) Флегмоны кисти: ЭПКЛ.
- 4) Мастит: ЭПКЛ. Острые и хронические гнойные маститы. Симптоматика, профилактика, лечение острого лактационного послеоперационного мастита.
- 5) Острый гнойный плеврит и эмпиема плевры.
- 6) Гнойные заболевания брюшины и органов брюшной полости. Острый перитонит. Классификация. Этиология и патогенез. Симптоматология и диагностика. Общие нарушения в организме при остром перитоните. Принципы лечения.
- 7) Первая помощь при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.
- 8) Рожа: ЭПКЛ.
- 9) Парапроктит: ЭПКЛ.
- 10) Посещение гнойной перевязочной.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, тесты, ситуационные задачи

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: нет.

Тема 20. Остеомиелит. Хирургический сепсис. Септический шок. Промежуточный контроль по разделу.

Содержание темы:

- 1) Остеомиелит. Классификация.
- 2) Понятие об экзогенном (травматическом) и эндогенном (гематогенном) остеомиелите.
- 3) Симптоматика острого остеомиелита.
- 4) Понятие о первично-хронических формах остеомиелита.
- 5) Хронический рецидивирующий остеомиелит.
- 6) Диагностика различных форм остеомиелита.
- 7) Принципы общего и местного (оперативного и неоперативного) лечения остеомиелита.
- 8) Сепсис: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
- 9) Понятие об эндогенной интоксикации.
- 10) Основные виды эндотоксикоза у хирургических больных. Эндотоксикоз, эндотоксемия.
- 11) Общеклинические и лабораторные признаки эндотоксикоза.
- 12) Критерии тяжести эндогенной интоксикации.
- 13) Принципы комплексного лечения синдрома эндогенной интоксикации в хирургической клинике. Стимуляция естественной детоксикации, искусственная детоксикация, синдромная терапия.
- 14) Хирургическое устранение источника интоксикации.
- 15) Промежуточный контроль по разделу.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, промежуточный контроль по разделу.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: нет.

РАЗДЕЛ 6. Травматология.

Тема 22-23. Переломы. Раны. Раневая инфекция (столбняк, анаэробная и гнилостная).

Содержание темы:

- 1) Определение. Классификация.
- 2) Клиническая картина свежих переломов.
- 3) Достоверные и вероятные признаки перелома.
- 4) Основы рентгенодиагностики вывихов и переломов, понятие о заживлении переломов.
- 5) Процесс образования костной мозоли, первая медицинская помощь при закрытых и открытых переломах.
- 6) Осложнения травматических переломов: шок, жировая эмболия, острая кровопотеря, развитие инфекции и их профилактика.
- 7) Первая помощь при переломах (шины, фиксирующие и асептические повязки, болеутоляющие средства). Помощь при открытых и закрытых переломах.
- 8) Транспортная иммобилизация, ее особенности в зависимости от локализации перелома.
- 9) Общие принципы лечения переломов. Этапы лечения переломов.
- 10) Определение раны. Достоверные признаки раны. Виды ран.
- 11) Понятие об одиночных, множественных, сочетанных и комбинированных ранах.
- 12) Общие и местные проявления раневого процесса. ПМП.
- 13) Виды заживления ран.
- 14) Гнойные раны: первичные и вторичные.
- 15) Общие и местные признаки нагноения ран.
- 16) Лечение гнойной раны в зависимости от фазы течения раневого процесса.
- 17) Осложнения ран.
- 18) Столбняк: этиология, патогенез, классификация, клиника, принципы лечения. Профилактика столбняка: специфическая и неспецифическая.
- 19) Острая анаэробная хирургическая инфекция. Понятие о клостридиальной и неклостридиальной анаэробной инфекции. Основные возбудители. Условия и факторы, способствующие возникновению анаэробной гангрены и флегмоны. Инкубационный период. Клинические формы. Комплексная профилактика и лечение клостридиальной анаэробной инфекции. Профилактика и лечение (местное и общее) анаэробной хирургической инфекции.
- 20) Газовая гангрена: этиология, патогенез, классификация, клиника, принципы лечения.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, тесты, ситуационные задачи.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: нет.

РАЗДЕЛ 7. ОЖОГИ. ОТМОРОЖЕНИЯ. НЕКРОЗЫ.

Тема 24-25. Ожоги. Отморожения. Некрозы, гангрены, свищи.

Содержание темы:

- 1) Классификация ожогов. Клиника, диагностика, лечение больных с ожогами.
- 2) Определение площади ожога. Прогностические приемы определения тяжести ожога. Первая помощь при ожогах.
- 3) Общие принципы инфузионной терапии различных периодов ожоговой болезни, энтерального питания и ухода за больными.
- 4) Виды лучевых ожогов. Особенности первой помощи при них.
- 5) Воздействие едких химических веществ на ткани. Особенности местного проявления. Первая помощь при химических ожогах кожи, полости рта, пищевода, желудка. Осложнения и последствия ожогов пищевода.
- 6) ПМП при ожогах.
- 7) Определение отморожения. Патогенез. Периоды течения. Диагностика и лечение при отморожениях.
- 8) Общее и местное лечение отморожений в реактивный период в зависимости от степени поражения.
- 9) Общая комплексная терапия пострадавших от холодовой травмы.
- 10) ПМП при отморожениях.
- 11) Понятие об электротравме. Местное и общее действие электрического тока, первая помощь при электротравме.
- 12) Посещение ожогового отделения. Демонстрация больных с ожогами и отморожениями.
- 13) Некрозы. Клинические формы. Причины возникновения.
- 14) Гангрена, пролежни, трофические язвы. Динамика развития пролежня. Профилактика и принципы лечения.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, тесты, ситуационные задачи.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: нет.

2.5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы.

Наименование раздела, тема.	Вид самостоятельной работы обучающегося (аудиторной и внеаудиторной)	Кол- во часов	Семестр
Раздел 1. АСЕПТИКА. АНТИСЕПТИКА.		9	4
Тема 4. Асептика. Профилактика воздушно-капельного, имплантационного источников инфекции.	Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), проработка лекционного материала, опорный конспект, ситуационные задачи.	3	4
Тема 5-6. Асептика. Профилактика контактного источника инфекции. Асептика. Обработка операционного поля. Обработка рук хирурга.	Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), проработка лекционного материала, ситуационные задачи.	3	4
Тема 7. Антисептика.	Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), проработка лекционного материала, ситуационные задачи.	3	4
Итого		9	4
Раздел 2. ДЕСМУРГИЯ.		6	6
Тема 8. Десмургия. Бинтовые повязки на голову, шею, верхнюю конечность, грудную клетку.	Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), ситуационные задачи, опорный конспект, отработка практических навыков (наложение бинтовых повязок).	3	4
Тема 9-10. Десмургия. Бинтовые повязки на живот, промежность, нижнюю конечность. Транспортная иммобилизация.	Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), опорный конспект, отработка практических навыков (наложение бинтовых повязок, шин для транспортной иммобилизации)	3	4
Итого		6	4
Раздел 3. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ. РЕАНИМАЦИЯ. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ.		9	4
Тема 11. Местная анестезия.	Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), проработка лекционного материала, ситуационные задачи.	3	4
Тема 12. Боль и обезболивание.	Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), проработка лекционного материала, опорный конспект, ситуационные задачи.	3	4
Тема 13. Предоперационный период. Хирургическая операция. Послеоперационный период.	Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), проработка лекционного материала, ситуационные задачи.	3	4
Итого		9	5
Раздел 4. КРОВОТЕЧЕНИЕ.			
Тема 14. Кровотечение. Временная и окончательная остановка кровотечения. Лечение острой анемии.	Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), проработка лекционного материала, опорный конспект, отработка практических навыков по временной остановке кровотечения (наложение жгута, пальцевое прижатие артерий).	3	5
Тема 15. Учение о группах крови. Переливание крови и ее компонентов.	Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), проработка лекционного материала, опорный конспект, ситуационные задачи.	3	5
Тема 16. Переливание кровезаменителей, препаратов крови. Осложнения.	Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), проработка лекционного материала, ситуационные задачи.	3	5
Итого		9	5

Раздел 5. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ.		9	5
Тема 17-18. Поликлиника. Амбулаторная хирургия. Учение о воспалении. Острая гнойная хирургическая инфекция. Фурункул. Фурункулез. Карбункул. Гидраденит. Флегмона. Абсцесс. Лимфангит. Лимфаденит.	Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), проработка лекционного материала, опорный конспект, ситуационные задачи.	3	5
Тема 19. Острая гнойная хирургическая инфекция. Панариций. Мастит. Рожжа. Параноситит. Флегмона кисти. Эмпиема плевры. Перитонит.	Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), проработка лекционного материала, опорный конспект, ситуационные задачи.	3	5
Тема 20. Остеомиелит. Хирургический сепсис. Септический шок.	Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), проработка лекционного материала, ситуационные задачи.	3	5
Итого		9	5
Раздел 6. ТРАВМАТОЛОГИЯ.		3	5
Тема 22-23. Переломы. Раны. Раневая инфекция (столбняк, анаэробная и гнилостная).	Проработка учебной литературы и учебного материала по конспектам лекций, контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки).	3	5
Итого		3	5
Раздел 7. ОЖОГИ. ОТМОРОЖЕНИЯ. НЕКРОЗЫ.		3	5
Тема 24-25. Ожоги. Отморожения. Некрозы, гангрены, свищи.	Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), проработка лекционного материала, опорный конспект, ситуационные задачи.	3	5
Всего		48	4,5

3. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

3.1. Занятия, проводимые в интерактивной форме.

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Вид учебных занятий	Кол-во час.	Формы интерактивного обучения	Кол-во час.
	Раздел 1. АСЕПТИКА. АНТИСЕПТИКА.		12		
1	Тема 5-6. Асептика. Профилактика контактного источника инфекции. Асептика. Обработка операционного поля. Обработка рук хирурга.	Практическое занятие.		Презентация, деловая игра. (Надевание и ношение стерилизованной операционной маски, облачение в стерильный халат самостоятельно и с помощью операционной сестры. Надевание и смена стерильных перчаток. Поведение в операционной в стерильной одежде и перчатках. Обработка рук хирурга).	4
	Раздел 2. ДЕСМУРГИЯ.		8		
	Тема 8. Десмургия. Бинтовые повязки на голову, верхнюю конечность, грудную клетку.	Практическое занятие.		Презентация, деловая игра (наложение бинтовых повязок).	4
	Тема 9-10. Десмургия. Повязки на живот,	Практическое занятие.		Презентация, деловая игра (наложение бинтовых	4

	промежность, нижнюю конечность. Транспортная иммобилизация.			повязок, шин для транспортной иммобилизации).	
	Раздел 3. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ. РЕАНИМАЦИЯ. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ.		12		
2	Тема 12. Боль и обезболивание.	Практическое занятие.		Презентация, деловая игра (методика проведения ИВЛ «рот в рот» и «рот в нос». Методика реанимации при остановке дыхания и сердца	4
	Раздел 4. КРОВОТЕЧЕНИЕ.		12		
3	Тема 14. Кровотечение. Временная и окончательная остановка кровотечения. Лечение острой анемии.	Практическое занятие.		Презентация, деловая игра (временная остановка кровотечения: пальцевое прижатие артерий, наложение жгута).	4
4	Тема 15. Учение о группах крови. Переливание компонентов крови.	Практическое занятие.		Презентация, деловая игра (определение группы крови цоликлонами).	4
	Раздел 6. ТРАВМАТОЛОГИЯ.		4		
5	Тема 22-23. Переломы. Раны. Раневая инфекция (столбняк, анаэробная и гнилостная).	Практическое занятие.		Презентация, деловая игра (наложение шин при переломах).	4
	Итого:		48		28

4. КОНТРОЛЬ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ.

4.1. Контрольно-диагностические материалы для промежуточной аттестации.

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме экзамена. Студенты допускаются к сдаче экзамена по дисциплине при выполнении всех запланированных форм текущего контроля согласно рабочей программе дисциплины. Билет включает в себя 5 теоретических вопроса по всем разделам дисциплины.

4.2. Оценочные средства (представлены в приложении 1).

4.3. Критерии оценки по дисциплине в целом.

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы вРС	Оценкаи тоговая
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний по дисциплине, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знания об объекте демонстрируются на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа..	A -B	100-91	5

Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя.	C-D	90-81	4
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	E	80-71	3
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания студентом их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	Fx- F	<70	2 Требуется пересдача/ повторное изучение материала

5.ИНФОРМАЦИОННОЕ И УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

5.1. Информационное обеспечение дисциплины

№ п/п	Наименование и краткая характеристика библиотечно-информационных ресурсов и средств обеспечения образовательного процесса, в том числе электронно-библиотечных систем (ЭБС) и электронных образовательных ресурсов (электронных изданий и информационных баз данных)
1	ЭБС «Консультант Студента» : сайт / ООО «КОНСУЛЬТАНТ СТУДЕНТА». – Москва, 2013-2025. - URL: https://www.studentlibrary.ru . - Режим доступа: по IP-адресу университета, удаленный доступ по логину и паролю. - Текст : электронный.
2	Справочно-информационная система «MedBaseGeotar» : сайт / ООО «КОНСУЛЬТАНТ СТУДЕНТА». – Москва, 2024-2025. – URL: https://mbasegeotar.ru - Режим доступа: по IP-адресу университета, удаленный доступ по логину и паролю. - Текст : электронный.
3	Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (ЭБС «MEDLIB.RU») : сайт / ООО «Медицинское информационное агентство». - Москва, 2016-2025. - URL: https://www.medlib.ru . - Режим доступа: по IP-адресу университета, удаленный доступ по логину и паролю. - Текст : электронный.
4	«Электронная библиотечная система «Букап» : сайт / ООО «Букап». - Томск, 2012-2025. - URL: https://www.books-up.ru . - Режим доступа: по IP-адресу университета, удаленный доступ по логину и паролю. - Текст : электронный.
5	«Электронные издания» издательства «Лаборатория знаний» / ООО «Лаборатория знаний». - Москва, 2015-2025. - URL: https://moodle.kemsma.ru . – Режим доступа: по логину и паролю. - Текст : электронный.
6	База данных ЭБС «ЛАНЬ» : сайт / ООО «ЭБС ЛАНЬ» - СПб., 2017-2025. - URL: https://e.lanbook.com . - Режим доступа: по IP-адресу университета, удаленный доступ по логину и паролю. - Текст : электронный.
7	«Образовательная платформа ЮРАЙТ» : сайт / ООО «ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО ЮРАЙТ». - Москва, 2013-2025. - URL: https://urait.ru . - Режим доступа: по IP-адресу университета, удаленный доступ по логину и паролю. – Текст : электронный.
8	«JAYPEE DIGITAL» (Индия) - комплексная интегрированная платформа медицинских ресурсов : сайт - URL: https://www.jaypeedigital.com/ - Режим доступа: по IP-адресу университета, удаленный доступ по логину и паролю. - Текст : электронный.

9	Информационно-справочная система «КОДЕКС»: код ИСС 89781 «Медицина и здравоохранение»: сайт / ООО «ГК «Кодекс». - СПб., 2016 -2025. - URL: http://kod.kodeks.ru/docs . - Режим доступа: по IP-адресу университета, удаленный доступ по логину и паролю. - Текст : электронный.
10	Электронная библиотека КемГМУ (Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2017621006 от 06.09. 2017 г.). - Кемерово, 2017-2025. - URL: http://www.moodle.kemsma.ru . - Режим доступа: по логину и паролю. - Текст : электронный.
	Интернет-ресурсы:
	http://www.kemsma.ru/mediawiki/index.php/Кафедра_общей_хирургии_КемГМУ
	Российская государственная библиотека http://www.rsl.ru
	Открытая русская электронная библиотека "OREL" http://orel.rsl.ru
	Факультет фундаментальной медицины МГУ http://ns.fbm.msu.ru/Science
	Библиотеки ВУЗов России http://instruct11.narod.ru/BIBLIOTEK/index.html
	Русский медицинский сервер http://rusmedserv.com
	Книги, журналы, статьи http://www.springer.de http://www.thieme.com http://www.wilkins.com .
	Антибиотики http://www.mediasphera.aha.ru/antibiot/antb-mnl .
	Русский Медицинский Журнал http://www.rmj.net .
	Хирургический журнал им.Пирогова http://mediasphera.aha.ru/surgery/surg-mn.htm .
	Эндоскопическая хирургия http://www.mediasphera.aha.ru/endoscop/endsc-mn .
	НИИ гематологии и трансфузиологии http://www.ihna.ru .
	ЦНМБ http://www.scsml.rssi.ru .
	Учебники http://www.medbook.net.ru .
	Компьютерные презентации:
1	Антисептика
2	Сердечно-легочная реанимация
3	Средства транспортной иммобилизации
4	Анаэробная инфекция
5	Ожоги
6	Отморожения
7	Некрозы, гангрены, свищи.
8	Гнойная хирургическая инфекция.
9	Онкология.
10	Травма груди.
11	Травма живота.
	Учебные фильмы:
1	Обработка рук хирурга
2	Десмургия
3	ПХО раны

5.2. Учебно-методическое обеспечение дисциплины

№п/п	Библиографическое описание рекомендуемого источника литературы
	Основная литература
1	Гостищев, В.К. Общая хирургия: учебник / В.К. Гостищев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 727 с. // ЭБС «Консультант студента». – URL: https://www.studentlibrary.ru . – Режим доступа: по IP-адресу университета, удаленный доступ по логину и паролю. - Текст: электронный.
2	Петров С. В. Общая хирургия : учебник для студентов вузов, обучающихся по специальности Лечебное дело, "Медико-профилактическое дело" / С.В. Петров. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 832 с. // ЭБС «Консультант студента». – URL: https://www.studentlibrary.ru . – Режим доступа: по IP-адресу университета, удаленный доступ по логину и паролю. - Текст: электронный.
	Дополнительная литература
3	Шевченко, А.А. Клинический уход за хирургическими больными "Уроки доброты" : учебное пособие для студентов медицинских вузов / А.А. Шевченко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-0617-5. - Текст : непосредственный.

5.2. Методические разработки кафедры

№п/п	Библиографическое описание рекомендуемого источника литературы
1	Методические указания для самостоятельной подготовки студентов к практическим занятиям по программе «Общий уход за хирургическими больными : методические указания / Кемеровская государственная медицинская академия ; ред.: Ю. И. Кривов, А. П. Торгунаков. - Кемерово : КемГМА, 2011. - 109 с. // Электронные издания КемГМУ. - URL: http://www.moodle.kemsma.ru . – Режим доступа: для авторизованных пользователей. - Текст : электронный.
2	Переливание крови, ее компонентов и препаратов (проблемы и альтернативы): учебное пособие / А.П. Торгунаков, Г.П. Красильников, В.И. Рудаев, Е.Е. Шерстенникова; под ред. А.П. Торгунакова. - Кемерово, 2019. - 102 с. // Электронные издания КемГМУ. - URL: http://www.moodle.kemsma.ru . – Режим доступа: для авторизованных пользователей. - Текст : электронный.

6. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Помещения:

- учебные комнаты № 2, 3, 4;
- учебно-методический кабинет (преподавательская);
- кабинет профессора.

Оборудование:

столы, стулья, доски

Средства обучения:

Технические:

Диапроектор «Альфа»
 Проектор Ricon PJ
 МФУ лазерное Ricon SP 230 FNw
 Монитор «Philips»
 Монитор «Samsung-15»
 Системный блок «Система»
 Ноутбук 15,6 Asus K56CB (2 шт).
 Ноутбук Asus F80S
 Ноутбук Asus X 550SA
 Ноутбук Asus X 540SA

Принтер HP Laser G
Принтер HP лазерный

Демонстрационные материалы:

- наборы мультимедийных презентаций;
- табличный фонд на каждую тему;
- банки Боброва;
- иглы для местной анестезии;
- наркозный аппарат;
- шины для транспортной иммобилизации;
- жгуты, эластичные бинты;
- стенд по оперативному методу лечения переломов;
- угломеры.

Оценочные средства:

- тесты открытого типа;
- тесты закрытого типа;
- ситуационные задачи.

Учебные материалы:

- учебники;
- учебные пособия;
- методические разработки кафедры на каждую тему;
- презентации на каждую тему.

Программное обеспечение:

Linux лицензия GNUGPL

LibreOfficелицензия GNULGPLv3

Список вопросов для подготовки к экзамену.

1. Асептика. Антисептика.

1. Определение асептики. За какие предложения Э. Бергмана считают основоположником асептики? Основной закон асептики.
2. Понятие об экзогенной инфекции и три ее источника. Четыре пути внедрения микробов в макроорганизм.
3. Структура хирургического отделения. Мероприятия по профилактике воздушно-капельной инфекции в хирургическом отделении.
4. Требования к планировке операционного блока. Зоны в операционном блоке. Мероприятия по профилактике воздушно-капельной инфекции в операционном блоке.
5. Виды уборки в операционной, их сущность.
6. Понятие о дезинфекции. Методы дезинфекции. Методика дезинфекции инструментария после операции. Пробы на качество предстерилизационной подготовки инструментария.
7. Понятие о стерилизации. Методы стерилизации. Режимы автоклавирования и сухожаровой стерилизации.
8. Виды перевязочного материала. Определение перевязочных средств (салфетка, тампон, турунда, шарик, тупфер.)
9. Требования к перевязочному материалу. Раскрой перевязочного материала и приготовление перевязочных средств.
10. Устройство горизонтального автоклава. Изложить последовательность процесса автоклавирования.
11. Устройство бикса Шиммельбуша. Способы укладки материала в бикс.
12. Перечислите принципы непрямого контроля качества стерилизации в автоклаве. Прямой метод контроля качества стерилизации в автоклаве. Что можно стерилизовать в автоклаве?
13. Стерилизация нережущих, режущих хирургических инструментов и аппаратов с оптикой.
14. Классический способ мытья рук по Спасокукоцкому-Кочергину. Назначение дубления кожи спиртом.
15. Методика обработки рук хирурга раствором С-4, современными антисептиками (пример).
16. Подготовка операционного поля накануне и в день операции. Этапы обработки операционного поля по принципу Гроссиха-Филончикова.
17. Определение антисептики. За какие предложения Джозеф Листер считается основоположником антисептики? Понятие об эндогенной инфекции. Сущность поверхностной и глубокой антисептики
18. Перечислите способы применения антисептиков.
19. Виды антисептики, их определения.
20. Определение механической антисептики. Способы проведения механической антисептики.
21. Перечислите факторы физической антисептики. Назначение дренажей. Виды пассивных дренажей. Варианты активного дренирования.
22. Определение химической антисептики и способы ее проведения.
23. Определение и классификация биологической антисептики, ее сущность.
24. На какие структуры микробной клетки действуют разные группы антибиотиков. Перечислите возможные осложнения при применении антибиотиков.
25. Профилактика каждого возможного осложнения при применении антибиотиков (кандидомикоз, дисбактериоз, аллергические реакции, ототоксическое и нефротоксическое действия аминогликозидов).
26. Правила применения антибиотиков.

2. Обезболивание. Хирургическая операция.

27. Местная анестезия: определение, препараты для местной анестезии и механизм их обезболивающего действия.

28. Сущность методов местной анестезии: терминальной, инфильтрационной, проводниковой (стволовой, футлярной, плексусной, паравертебральной, перидуральной, спинальной), внутривенной, внутрикостной.
29. Терминальная анестезия (примеры). Методика местной анестезии по А.В. Вишневскому.
30. Проводниковая анестезия: понятие, методика анестезии по Оберсту-Лукашевичу.
31. Понятие о плексусной анестезии и об анестезии по Куленкампу.
32. Перидуральная анестезия: показания, механизм действия, методика проведения.
33. Спинальная анестезия: показания, механизм действия, осложнения, методика проведения.
34. Методика внутривенной и внутрикостной местной (регионарной) анестезии.
35. Определение наркоза. Подготовка больного к наркозу. Премедикация перед операцией.
36. Способы проведения наркоза и их сущность: гипнонаркоз, элетронаркоз, фармакодинамический наркоз (ингаляционный, внутривенный). Сравнительная характеристика и осложнения масочного и интубационного наркоза (эндотрахеального и эндобронхиального).
37. Стадии эфирного наркоза и уровни третьей стадии, клинические проявления.
38. Внутривенный наркоз: понятие, три способа внутривенного введения анестетиков. Показания.
39. Физиология нервно-мышечного синапса. Механизм действия деполяризующих и недеполяризующих миорелаксантов, их представители.
40. Основные части наркозного аппарата. Четыре способа наркоза в зависимости от отношения наркотической смеси к атмосферному воздуху (открытый, полукоткрытый, полузакрытый, закрытый).
41. Классификация терминальных состояний. Клинические признаки преагонального и агонального состояния.
42. Признаки клинической и биологической смерти.
43. Перечислите варианты методов восстановления сердечной и дыхательной функции при реанимации.
44. Показания и методика проведения ИВЛ «рот в рот» и «рот в нос».
45. Методика реанимации при остановке дыхания и сердца.
46. Электроимпульсная дефибрилляция при остановке сердца: понятие, методика проведения.
47. Предоперационный период: определение, основная цель и задачи.
48. Основные группы исследований в предоперационном периоде.
49. Хирургическая операция: определение, 3 этапа операции и требования к ним.
50. Показания к операциям (абсолютные, относительные). Примеры.
51. Показатели контроля за больным во время операции.
52. Классификация операций по цели, этапности, лечебного эффекту. Понятие о срочных, отсроченных и плановых операциях.
53. Послеоперационный период: определение, понятие о раннем и позднем послеоперационном периодах. Фазы течения послеоперационного периода (стресса).
54. Какие функциональные отклонения наблюдаются в послеоперационном периоде со стороны сердечно - сосудистой системы, легких, ЖКТ, мочевыделительной системы.
55. Обязательные показатели контроля в раннем послеоперационном периоде за состоянием сердечно -сосудистой системы, легких, ЖКТ, мочевыделительной системы.
56. Осложнения в послеоперационном периоде со стороны раны. Профилактика расхождения краев раны.
57. Профилактика послеоперационного кровотечения и нагноения со стороны раны.
58. Осложнения в послеоперационном периоде со стороны сердечно -сосудистой системы. Профилактика тромбо - эмболических осложнений.
59. Осложнения в послеоперационном периоде со стороны органов дыхания и их профилактика.
60. Паротит, как бактериальное осложнение послеоперационного периода. Патогенез,

клиническая картина; лечение в серозной и гнойной стадии. Профилактика.

3.Кровотечение. Переливание препаратов компонентов крови и кровезаменителей.

- 61.Определение кровотечения, кровоизлияния и гематомы. Клинические признаки поверхностного кровоизлияния и гематомы; лечебная тактика при них.
- 62.Признаки кровотечения в зависимости от поврежденного сосуда: артериального, венозного, смешанного (в том числе паренхиматозного, капиллярного). Почему паренхиматозное кровотечение менее склонно к остановке?
63. Опасность каждого вида кровотечения в зависимости от поврежденного сосуда в сравнительном аспекте.
- 64.Понятие о наружном, внутреннем (открытом, закрытом, интерстициальном), скрытом кровотечении и их диагностика.
- 65.Классификация кровотечения по этиологии, по объему, по временному признаку; привести примеры.
- 66.Какие критерии используются при оценке тяжести кровопотери.
- 67.Методы определения количества потерянной крови (визуальный, весовой, по индексу Альговера).
68. Методика диагностики продолжающегося внутреннего кровотечения и степени его тяжести (легкая, средняя, тяжелая), используя 5 показателей.
- 69.Диагностика кровотечения в плевральную полость (анамнез, жалобы, объективные, лабораторные данные, специальные методы исследования).
- 70.Диагностика кровотечения в брюшную полость (анамнез, жалобы, объективные, лабораторные данные, специальные методы исследования).
- 71.Диагностика гемартроза (анамнез, жалобы, объективные, лабораторные данные, специальные методы исследования).
72. Механизм действия пяти ранних компенсаторных реакции при острой кровопотере (спазм сосудов, тахипное, тахикардия, депо крови, тканевая жидкость).
73. Перечислите методы временной остановки кровотечения.
74. Перечислите точки пальцевого прижатия артерий для остановки кровотечения.
75. Изложите правила наложения жгута.
- 76.Перечислите методы временной остановки кровотечения в ране.
77. Способы окончательной остановки кровотечения в ране (механические, физические, химические, биологические) примеры.
78. Физические способы остановки кровотечения, механизм действия.
- 79.Фармакологические препараты, применяемые для окончательной остановки кровотечения (сосудосуживающие, гемокоагуляционные), методика их применения.
- 80.Биологические препараты местного действия для окончательной остановки кровотечения, их характеристика.
- 81.Способ остановки кровотечения путем эмболизации артерий, методика его проведения.
- 82.Эндоскопический способ остановки желудочного кровотечения. Варианты местного гемостаза эндоскопическим путем.
- 83.Назовите известные способы определения группы крови. Что такое цоликлоны? Методика определения группы крови цоликлонами, оценка результатов.
- 84.Что такое резус – фактор, его значение при гемотрансфузиях и в акушерской практике. Методика определения резус-фактора цоликлоном анти-D.
- 85.Структура службы крови в России. Виды доноров. Источники крови для гемотрансфузий.
- 86.Известные методы консервации крови. Хранение крови и ее компонентов в зависимости от способа консервации.
- 87.Макроскопическая оценка пригодности крови. Как определить отсутствие гемолиза

крови, если плазма четко не дифференцируется?

88. Показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов.

89. Механизм действия перелитой крови и ее компонентов.

90. Изложите последовательность действия врача при переливании крови (правила переливания крови).

91. Методика проведения проб на индивидуальную и резус совместимость.

92. Методика проведения биологической пробы. Проба Бакстера.

93. Что такое реинфузия, показания и противопоказания к ней. Понятие об аутоотрансфузии.

94. Виды плазмы. Понятие о плазмо- и цитоферезе.

95. Перечислите возможные осложнения при переливании крови и ее компонентов механического, реактивного, инфекционного порядка.

96. Возможные механизмы инфицирования приготавливаемой крови для переливания.

97. Пирогенные и аллергические реакции при переливании крови, клинические симптомы, оказание первой медицинской помощи.

98. Осложнения механического характера при переливании крови, диагностика.

99. Понятие о воздушной эмболии при ранении вен и инфузиях. Оказание первой медицинской помощи.

Профилактика.

100. Осложнения реактивного характера (гемолитический шок, цитратный шок) при переливании крови, клиническая симптоматика, оказание первой медицинской помощи. Профилактика цитратного шока.

101. Синдром массивных переливаний крови, клиника, оказание первой медицинской помощи. Профилактика.

102. Классификация кровезаменителей (6 групп), их представители.

103. Кровезаменители для восстановления ОЦК и для увеличения кислородной емкости крови; представители и их характеристика.

104. Общие требования к кровезаменителям. Понятие о препаратах комплексного действия, примеры.

4. Хирургическая инфекция.

105. Определение острой воспалительной реакции; 4 группы причин ее развития. Понятие о синдроме системного воспалительного ответа.

106. Структура, оборудование хирургического кабинета поликлиники.

107. Классификация острой и хронической хирургической инфекции. Пути распространения инфекции в организме.

108. Местные признаки воспалительной реакции. Профилактика хирургической инфекции.

109. Общие клинические симптомы острой хирургической инфекции.

110. Стереотипные изменения лабораторных показателей крови при острой хирургической инфекции

111. Три клинические стадии острой хирургической инфекции.

112. Местное лечение острой хирургической инфекции в зависимости от клинической стадии.

113. Общее лечение острой хирургической инфекции.

114. Фурункул: определение, этиология, патогенез, клиника, лечение. Особенности клинического течения фурункула лица. Понятие о фурункулезе.

115. Карбункул: определение, этиология, патогенез, клиника, лечение.

116. Абсцесс: определение, клиника, лечение.

117. Флегмона: определение, клиника, лечение.

118. Рожь: определение, этиология, классификация, клиника, лечение.

119. Мастит: классификация по локализации и стадиям развития. Этиология, клиника, лечение.

120. Перитонит: определение, классификация. Распространенный (разлитой) гнойный перитонит: этиология,

патогенез, клиника, лечение.

121. Острый гнойный плеврит (эмпиема плевры). Этиология, патогенез, клиника, лечение.

122. Панариций: классификация, этиология, патогенез, клиника, лечение подкожного панариция.

123. Классификация флегмон кисти. ЭПКЛ флегмоны срединного пространства кисти.

124. Остеомиелит: определение, классификация.

125. Предрасполагающие и провоцирующие факторы развития острого гематогенного остеомиелита. Классификация ОГО по клиническому течению.

126. Местные симптомы острого гематогенного остеомиелита. Специальные методы исследования при остром гематогенном остеомиелите.

127. Общие изменения в организме при остром гематогенном остеомиелите (синдром интоксикации).

128. Местное лечение острого гематогенного остеомиелита (консервативное, оперативное).

129. Основные принципы общего лечения острого гематогенного остеомиелита.

130. Формы первично-хронического остеомиелита. ЭПКЛ абсцесса Броди.

131. Возможные исходы и осложнения острого гематогенного остеомиелита.

132. Возможные исходы и осложнения хронического остеомиелита.

133. Определение и классификация сепсиса (по возбудителю, источнику, по клиническому течению).

134. Три основных фактора в патогенезе развития сепсиса, их характеристика.

135. Общие клинические симптомы при сепсисе (по системам). 136. Бактериологические исследования при сепсисе.

Что исследуется? Понятие о транслокации микробов в макроорганизме.

137. Основные принципы лечения очага при сепсисе (консервативное, оперативное).

138. Основные принципы лечения сепсиса.

139. Современные экстра- и интракорпоральные методы детоксикации.

140. Специфические и неспецифические способы повышения защитных сил макроорганизма.

141. Костно-суставной туберкулез. Этиология, патогенез с учетом классификации по стадиям: клиническая картина, лечение.

142. Актиномикоз. ЭПКЛ.

143. Аскаридоз. ЭПКЛ. Осложнения аскаридоза, требующие срочной хирургической помощи.

144. Эхинококкоз. ЭПКЛ.

145. Виды операций при эхинококкозе. Понятие об альвеококкозе.

5. Травматология. Повреждения головы, грудной клетки, живота.

Переломы. Вывихи. Раны. Раневая инфекция.

146. Понятие о травме, травматологии, травматизме. Классификация травматизма.

147. Структура организации травматологической помощи в России. Вклад Н.И. Пирогова в развитие травматологии.

148. Ушибы мягких тканей, растяжение и разрывы связок, сухожилий, мышц (клиника, диагностика, ПМП, лечение).

149. СДР мягких тканей: этиология, патогенез, клинические периоды течения по М.И. Кузину.

150. СДР мягких тканей: первая медицинская помощь, лечение (консервативное, оперативное).

151. Вывихи. ЭПКЛ. Методика вправления вывиха плеча по Кохеру и Джанелидзе.

152. Сотрясение головного мозга. ЭПКЛ.

153. Сдавление головного мозга. ЭПКЛ.

154. Ушиб головного мозга. ЭПКЛ.

155. Раны: определение, классификация, клинические симптомы раны. Инфекционные осложнения ран.

156. Фазы раневого процесса и раны, соответствующие им по А.П. Торгунакову.

157. Три вида заживления ран, их характеристика.

- 158.Определение и 5 элементов ПХО ран. Первичные швы, противопоказания к их наложению.
- 159.Определение и 5 элементов ВХО ран. Виды вторичных швов.
- 160.Классификация открытых повреждений грудной клетки. Гемоторакс: классификация, определение, клиника, диагностика, лечение.
- 161.Открытая травма живота: определение, классификация. Диагностика повреждений внутренних органов. Хирургическая тактика.
- 162.Классификация закрытых повреждений грудной клетки. Пневмоторакс: классификация, клиника, диагностика. Первая медицинская помощь при открытом и напряженном пневмотораксе.
- 163.Закрытая травма живота: определение, классификация. Диагностика повреждений внутренних органов, хирургическая тактика.
- 164.Проникающие ранения грудной клетки: клиника, диагностика, хирургическая тактика.
- 165.Проникающие ранения живота: клиника, диагностика, хирургическая тактика.
- 166.Столбняк. Этиология, клинические проявления. Профилактика столбняка.
- 167.Гнойная инфекция ран. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
- 168.Гнилостная инфекция ран. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
- 169.Анаэробная клостридиальная инфекция ран. Газовая гангрена. Клиника, лечение.
- 170.Переломы: определение, классификация.
171. Абсолютные (достоверные) признаки перелома. Значение рентгенографии в диагностике и лечении переломов. ПМП.
- 172.Местные и общие осложнения при переломах. Виды смещения костных отломков.
- 173.Основные этапы в лечении переломов. Закрытые методы лечения переломов. Характеристика лечения переломов гипсовой повязкой.
- 174.Характеристика открытого метода лечения переломов (экстрамедуллярный и интрамедуллярный металлоостеосинтез).
- 175.Внеочаговый остеосинтез аппаратом Г.А.Илизарова. Характеристика метода.
- 176.Источники образования костной мозоли. Фазы образования костной мозоли.
- 177.Общие и местные факторы, влияющие на сращение костных отломков.
- 178.Травматический шок: определение, классификация (фазы, степени тяжести), патогенез развития.
- 179.Травматический шок: клиника, диагностика, основные принципы лечения. ПМП.

6. Ожоги. Отморожения. Некрозы. Онкология. Аномалия развития.

- 180.Определение ожогов. Классификация по этиологии, глубине.
- 181.Клиническая симптоматика ожогов по степеням поражения (по Вишневскому). Тесты на болевую чувствительность, применяемые при ожогах.
- 182.Методика измерения площади ожогов (правило «ладони», правило «девяток», по Постникову (гравитационный).
- 183.Первая медицинская помощь при термических ожогах.
- 184.Термоингаляционная травма. ЭПКЛ.
- 185.Оценка тяжести ожога по индексу Франка.
- 186.Понятие об ожоговой болезни и периоды ожоговой болезни. Особенности ожогового шока и основные принципы его лечения.
- 187.Период токсемии при ожоговой болезни, его характеристика.
- 188.Период септикотоксемии при ожоговой болезни, его характеристика.
- 189.Какая срочная операция применяется при глубоких циркулярных ожогах груди, шеи, конечностей. Виды некрэктомии.
- 190.Сущность закрытого метода лечения ожогов, показания. Способы свободной кожной аутопластики.
- 191.Варианты открытого метода лечения ожогов, показания. Способы несвободной кожной пластики.

- 192.Электротравма. ЭПКЛ.
- 193.Классификация операций в зависимости от вида трансплантата. Понятие о протезировании.
- 194.Отморожение: определение, периоды течения, классификация по глубине поражения.
- 195.Отморожения: патогенез, причины, факторы, способствующие отморожению (эндогенные, экзогенные).
- 196.Клиника отморожений в дореактивном и раннем реактивном периодах. ПМП. Принципы общего лечения отморожений по периодам течения.
- 197.Местное лечение отморожений по периодам течения (консервативное, оперативное).
- 198.Некрозы: определение, виды некрозов (коагуляционный, коликвационный, сухой, влажный).ЭПКЛ.
- 199.Язвы: определение, ЭПКЛ.
- 200.Пролежни. Этиология, патогенез, клиника, профилактика, лечение.
- 201.Тромбоз и эмболия артерий конечности. ЭПКЛ.
- 202.Острый тромбофлебит. ЭПКЛ. Понятие о флеботромбозе.
- 203.Облитерирующий эндартериит. ЭПКЛ.
- 204.Облитерирующий атеросклероз. ЭПКЛ.
- 205.Определение опухолей. Теории происхождения опухолей. Предраковые заболевания.
- 206.Названия доброкачественных опухолей из соединительной, хрящевой, костной, мышечной ткани, сосудов и нервов. Краткая характеристика, лечение.
207. Пять отличий злокачественных опухолей от доброкачественных . Определение рака, саркомы, меланомы.
Понятие о системе TNM при онкологических заболеваниях.
- 208.Консервативные методы лечения злокачественных опухолей.
- 209.Хирургическое лечение злокачественных опухолей (радикальное, паллиативное).
Онкологические принципы хирургического лечения (абластика, антибластика, футлярность, зональность).
- 210.Классификация злокачественных опухолей по стадиям. Профилактика рака.
- 211.Организация онкологической помощи в России.
- 212.Причины развития врожденных пороков. Понятия о мозговых грыжах (клиника, лечение).
- 213.Понятие о гидроцефалии (клиника, лечение).
- 214.Понятие о краниостенозе (клиника, лечение).
- 215.Понятие о спинномозговых грыжах (клиника, лечения).
- 216.Понятие о незаращении дужек позвонков (клиника, лечение).
- 217.Понятие о незаращении верхней губы и неба (клиника, лечение).
- 218.Понятие о врожденных срединных и боковых свищах и кистах шеи (клиника, лечение).
- 219.Пороки развития: врожденный вывих бедра. Принципы хирургического лечения.
- 220.Пороки развития мочеиспускательного канала: эписпадия, гипоспадия, крипторхизм.
Принципы хирургического лечения.

Тестовые задания.

Закрытые тесты:

- 1.В течение 1 мин обрабатывают руки перед операцией в растворе:
 - 1.гибитана;
 2. первомура (С-4);
 3. нашатырного спирта;
 4. йодоната.
2. Дезинфекция - это:
 1. комплекс мероприятий, предупреждающих попадание микроорганизмов в рану;

2. уничтожение всех микроорганизмов, в том числе и спорообразующих;
 3. уничтожение патогенных микроорганизмов;
 4. механическое удаление микроорганизмов с поверхности изделий медицинского назначения.
3. Проба на качество предстерилизационной обработки инструментов:
1. бензидиновая;
 2. азопирамовая;
 3. бензойная;
 4. никотинамидовая.
4. Применение лазера в хирургии относится к антисептике:
1. механической;
 2. физической;
 3. биологической;
 4. химической.
5. При аутогенной трансплантации донор и реципент являются:
1. одним и тем же лицом;
 2. однояйцевыми близнецами;
 3. родственниками первой степени;
 4. относятся к одному и тому же виду.
6. Агглютиногены А и В относятся к системе антигенов:
1. лейкоцитарных;
 2. тромбоцитарных;
 3. эритроцитарных;
 4. сывороточных.
7. Если при определении групповой принадлежности агглютинация наступила с сыворотками первой и третьей группы, то испытуемая кровь принадлежит к группе:
1. O(I);
 2. A(II);
 3. B(III);
 4. AB(IV).
8. II стадия наркоза - стадия:
1. хирургического сна;
 2. возбуждения;
 3. аналгезии;
 4. пробуждения.
9. Для внутривенного наркоза применяют:
1. трилен;
 2. лидокаин;
 3. тиопентал натрия;
 4. галотан (Фторотан).
10. При спинномозговой анестезии анестезирующее вещество вводится в:
1. субарахноидальное пространство;
 2. перидуральное пространство;
 3. вещество спинного мозга;
 4. футляры мышц.
11. При общей внутривенной анестезии менее выражена следующая стадия наркоза:
1. аналгезии;
 2. возбуждения;
 3. хирургическая;
 4. пробуждения.
12. Для окончательной остановки кровотечения механическим способом применяют:
1. наложение жгута;
 2. пузырь со льдом;
 3. сосудистый зажим;
 4. лигирование сосуда.
13. Развитием воздушной эмболии опасно кровотечение из:
1. пищевода;

2. вен голени;
 3. крупных вен шеи;
 4. плечевой артерии.
14. Биологический препарат общего действия для остановки кровотечения:
1. нативная плазма;
 2. этамзилат (Дицинон);
 3. гемостатическая губка;
 4. тромбин.
15. Ограниченное скопление гноя в тканях - это:
1. гематома;
 2. флегмона;
 3. абсцесс;
 4. атерома.
16. Абсолютным признаком перелома, выявляемым с помощью клинического исследования, является:
1. гиперемия кожи;
 2. бледность кожных покровов;
 3. костная крепитация;
 4. отек конечности.
17. Неоартроз может развиваться в результате:
1. компрессионного перелома;
 2. перелома по типу зеленой веточки;
 3. диафизарного перелома;
 4. внутрисуставного перелома.
18. Отличительной чертой электроожогов является наличие струпа:
1. бледного;
 2. черного;
 3. бурого;
 4. черно-бурого.
19. Тризм характерен для:
1. фурункулеза;
 2. газовой гангрены;
 3. столбняка;
 4. рожистого воспаления.
20. Осложнение сепсиса:
1. анафилактический шок;
 2. септический шок;
 3. септицемия;
 4. септикопиемия.
21. Укажите факторы, которые влияют на развитие осложнений в послеоперационном периоде.
1. наличие послеоперационной раны;
 2. недостаточное питание;
 3. вынужденное положение;
 4. влияние наркоза.
22. Максимальная длительность наложения жгута зимой составляет:
1. 30 минут;
 2. 60 минут;
 3. 90 минут;
 4. 120 минут.
23. Почему наркотические анальгетики обычно не применяют в послеоперационном периоде дольше, чем 3–5 суток?
1. риск развития привыкания и психофизической зависимости;
 2. отсутствие обезболивающего эффекта;
 3. появление галлюцинаций, риск делирия;
 4. риск развития анафилаксии.
24. Для временной остановки капиллярного кровотечения используют:
1. жгут;

2. давящая повязка;
3. шунтирование сосудов;
4. наложение зажима в ране.

25. Временный гемостаз можно провести:

1. сосудистым швом;
2. перевязкой сосуда в ране;
3. диатермокоагуляцией;

4. пальцевым прижатием.

26. С целью профилактики пролежней у больных с переломами конечностей, находящихся на скелетном вытяжении, придерживаются следующих принципов:

1. ранняя активизация больного;
2. соблюдение гигиены кожи;
3. обработка «пролежневых» зон растворами антисептиков;
4. назначение массажа.

27. Для предотвращения образования пролежней необходимо:

1. использовать противопролежневые матрасы;
2. обрабатывать кожу 3% раствором перекиси водорода;
3. регулярное измерение температуры тела;
4. применять горчичники.

28. Транспортная иммобилизация осуществляется пострадавшим:

1. с повреждением только конечностей;
2. с повреждением внутренних органов;
3. с повреждением только черепа и головного мозга;
4. с любой травмой опорно-двигательного аппарата.

29. Туалет раны проводится, за исключением:

1. при любой перевязке;
2. снимают пропитанную раневым содержанием повязку;
3. обрабатывают кожу вокруг раны, снимая при этом расслоенный эпидермис, следы

раневого экссудата, остатки креолы;

4. пинцетом или зажимом с марлевым шариком удаляют гнойный экссудат, инфицированные сгустки крови, свободно лежащие некротические ткани.

30. При острой анемии целесообразно применять:

1. эритроцитарную массу;
2. тромбоцитарную массу;
3. лейкоцитарную массу;
4. нативную плазму.

31. При сдавлении грудной клетки пострадавшему нужно ввести обезболивающее и:

1. уложить на живот;
2. уложить на спину;
3. уложить на бок;
4. придать полусидячее положение.

32. Больному в коме придается устойчивое боковое положение для предупреждения:

1. западания языка;
2. аспирации рвотными массами;
3. шока;
4. снижения АД.

33. Укажите один из компонентов общего лечения при гнойных заболеваниях:

1. профилактика грибковых поражений кожи;
2. отказ от дезинтоксикационной терапии;
3. воздержание от антибиотикотерапии;
4. подавление жизнедеятельности инородных микробов.

34. При размягчении воспалительного инфильтрата следует:

1. наложить компресс с Линиментом бальзамическим (мазью Вишневского);
2. наложить пузырь со льдом;
3. наложить грелку;
4. произвести широкий разрез и дренирование.

35. После вскрытия абсцесса накладывают повязку с:
1. гипертоническим раствором натрия хлорида;
 2. линиментом бальзамическим (по Вишневскому) (мазью Вишневского);
 3. преднизолоновой мазью;
 4. 3% раствором водорода пероксида (Перекись водорода).
36. Что следует предпринять в начальной стадии образования пролежней?
1. усилить все профилактические мероприятия (содержание постели, смена положения больного, тщательный туалет кожи);
 2. использовать различные биологически активные мази;
 3. провести хирургическое лечение;
 4. назначить физиопроцедуры на пораженную область (УВЧ, УФО), обработать пораженные участки 1% раствором бриллиантового зеленого, крепким раствором марганцовокислого калия, 5–10% раствором йода.
37. Нужно ли при носовом кровотечении рекомендовать больному запрокидывать голову назад?
1. да, поскольку при этом быстрее остановится кровотечение;
 2. следует рекомендовать только при очень сильном носовом кровотечении;
 3. не нужно, так как кровотечение не остановится: кровь будет стекать по задней стенке носоглотки, что затруднит правильную оценку динамики кровотечения;
 4. не нужно, может возникнуть аспирация излившейся кровью.
38. Могут ли возникать пролежни при вынужденном сидячем положении больных?
1. не могут, поскольку пролежни образуются только при положении больного на спине, на животе или на боку;
 2. могут в области седалищных бугров;
 3. не могут, поскольку при сидячем положении между костными выступами и матрацем остается большой слой подкожно-жировой клетчатки и мышечной ткани;
 4. могут, в любом положении больного.
39. Что означает понятие «специальный» уход?
1. уход, осуществляемый особенно тщательно;
 2. уход, проводимый в специальных условиях;
 3. уход, требующий присутствия определенных специалистов;
 4. уход, который предусматривает дополнительные мероприятия в связи со спецификой заболевания.
40. В какую палату должна быть госпитализирована больная с инфильтратом, признаками флюктуации?
1. в палату интенсивного послеоперационного наблюдения;
 2. изолятор;
 3. общую палату;
 4. палату гнойного отделения.

ОТВЕТЫ: 1-2; 2-3; 3-2; 4-2; 5-1; 6-3; 7-2; 8-2; 9-3; 10-1; 11-2; 12-4;

13-3; 14-1; 15-3; 16-3; 17-4; 18-2; 19-3; 20-2; 21-3; 22-2;

23-1; 24-2; 25-4; 26-5; 27-1; 28-4; 29-3; 30-1; 31-4; 32-1;

33-4; 34-4; 35-1; 36-1; 37-3; 38-4; 39-3; 40-4.

Открытые тесты.

1. На здравпункт обратилась работница с жалобами на боль в области правой ягодицы, высокую температуру. Три дня назад ей внутримышечно ввели раствор магнезии. Объективно: состояние средней тяжести, температура 38,5°, пульс 110 в 1', ритмичный. В области правой ягодицы – гиперимия, пальпируется плотный, резко болезненный инфильтрат 5х8 см, в центре – четкая флюктуация.

Расскажите о причинах данного осложнения.

ОТВЕТ: Причина – нарушение асептики при проведении инъекции.

2. В поликлинику обратилась женщина 38 лет с жалобами на жгучую боль в области лица, недомогание, слабость, высокую температуру, головную боль, тошноту. На коже левой половины лица в день обращения появилась яркая краснота с четко ограниченными контурами, кожа в месте воспаления болезненна, гиперимирована, горячая на ощупь. Быстро нарастает отек губы, верхнего века. Состояние средней тяжести, t 38,2°, пульс 86 в 1'.

Составьте план обследования больной.

ОТВЕТ: Анамнез, осмотр, пальпация.

3. Молодой мужчина упал с перекладки, ударившись левым подреберьем. Сразу почувствовал боли в животе, головокружение. Фельдшер по «скорой» помощи отметил: больной бледен, покрыт холодным потом, пульс 120 в 1'. АД 80/40 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезнен в левом подреберье.

Положительный симптом Пастернацкого слева.

Назовите предположительный диагноз.

ОТВЕТ: Тупая травма живота, разрыв селезенки.

4. Фельдшер «скорой» помощи осматривает женщину, кормящую мать 25 лет, которая жалуется на боль в правой молочной железе, озноб, головную боль, повышение температуры до 39,5°. Больна неделю, лечилась водочными компрессами. При осмотре в молочной железе пальпируется плотное болезненное образование, 6х8 см, кожа над ним синюшная, в центре размягчение диаметром до 2 см. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

ОТВЕТ: Гнойный мастит.

5. 43-летний мужчина много лет страдает пахово-мошоночной грыжей. Час тому назад при подъеме тяжести почувствовал сильную боль в паховой области, была один раз рвота. Фельдшер по «скорой» помощи оценил состояние больного как удовлетворительное, в правой паховой области отметил образование резко болезненное, напряженное, невправимое.

Обоснуйте тактику фельдшера при данном заболевании.

ОТВЕТ: Срочная госпитализация в хирургическое отделение, оперативное лечение – грыжесечение в экстренном порядке.

6. На ФАП обратился мальчик с жалобами на боли в левой пяточной области. Болям 2 дня. Фельдшер обнаружил инфицированную потертость, провел туалет раны, наложил повязку с мазью Вишневского.

В последующие сутки состояние ухудшилось, ходить не может, боль по всей стопе. Объективно: состояние средней тяжести, температура 38,2°, пульс 92 в 1'. В левой пяточной области поверхностная

рана 1х1,5 см, покрыта фибрином, края гиперимированы.

Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

ОТВЕТ: Обработка раны дезраствором, наложить повязку с 10% раствором хлористого натрия, назначить антибиотики, обезболивающие, жаропонижающие средства.

7. Вызов фельдшера скорой помощи к больному 17 лет на третий день болезни. Жалобы на постоянную

боль в животе, которая вначале была только в правой подвздошной области. При осмотре состояние тяжелое, температура 38,4°, многократная рвота застойным содержимым, черты лица заострены, кожа бледная. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Пульс 120 в 1', живот вздут, не участвует в акте

дыхания, при пальпации разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей брюшной стенке. Резко положителен симптом Щеткина-Блюмберга, перистальтики нет.

Сформулируйте предварительный диагноз.

ОТВЕТ: Острый аппендицит, перитонит.

8. Доставленный в травмпункт больной 7 часов назад получил ушибленную рану правой голени. При осмотре выяснилось, что рана размерами 5 x 3 x 1 см имеет неровные края, загрязнена частицами земли. Хирург на операционном столе после обработки операционного поля иссек края и дно раны, остановил кровотечение, наложил первичные швы и отпустил больного на амбулаторное лечение.

Укажите какие ошибки допущены хирургом при проведении первичной хирургической обработки?

ОТВЕТ: Не проводил обезболивание и экстренную профилактику столбняка свежееинфицированной раны, не промыл рану антисептиками.

9. Больному с обширной гнойной раной проводилась антибиотикотерапия комбинацией антибиотиков пенициллина и гентамицина, которые были назначены сразу после поступления пациента в отделение.

Через 2 дня больного стал беспокоить зуд кожных покровов, появился отек тканей лица.

Какой вид антисептики использовался в данном случае?

ОТВЕТ: Использована биологическая антисептика.

10. Больной Н., 47 лет, был оперирован по поводу правосторонней паховой грыжи. Произведено оперативное вмешательство под местным обезболиванием. На 4 сутки отмечалось ухудшение состояния: повышение температуры до субфебрильных значений и появление локальных болей в области послеоперационной раны.

Ваша тактика лечения.

ОТВЕТ: Снять один или несколько швов, развести края раны, удалить жидкость, дренировать рану.

11. У больного на 3 сутки после операции по поводу дуоденального кровотечения (резекция желудка)

появились жалобы на усиливающиеся боли в области послеоперационной раны, повышение температуры

до 39°C, рвота застойным содержимым желудка. Объективно: бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония, выраженная болезненность при в верхних отделах живота, положительный симптом

Щеткина – Блюмберга.

Дальнейшая лечебная тактика.

ОТВЕТ: При подтверждении диагноза – перитонит – экстренная операция.

12. Больной 50 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке через 1 час после получения

травмы. Из анамнеза: упал с высоты на тупой предмет правой половиной грудной клетки. Беспокоят боли

в месте травмы, одышка. При физикальном обследовании пальпация резко болезненна в месте травмы, отмечается крепитация, обнаружен коробочный звук в проекции правого легкого, ослабление голосового дрожания, аускультативно дыхание прослушивается плохо. На рентгенограмме: перелом 5 ребра слева,

полоска газа в плевральной полости.

Какое осложнение развилось у больного?

ОТВЕТ: У больного пневмоторакс.

13. Женщина 32 лет, преподаватель музыки, поскользнулась и упала с упором на разогнутую правую кисть. Почувствовала резкую боль, «хруст» в области кистевого сустава. Самостоятельно добралась до травматологического пункта через 20 минут. При осмотре: штыковидная деформация с выпиранием

дистального конца лучевой кости кпереди; умеренно выраженный отек в нижней трети предплечья и у основания кисти; резкая локальная болезненность при пальпации и нагрузке по оси; активные движения в кистевом суставе невозможны; почти полностью отсутствует функция пальцев.

Ваш предварительный диагноз.

ОТВЕТ: Закрытый разгибательный перелом правой лучевой кости в типичном месте со смещением.

14. Мужчина 28 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через два часа после травмы. Получил удар ножом

в левую половину груди. Состояние тяжелое, сознание ясное. Покрит холодным потом, кожа бледная,

пульс 120 в мин, АД 80 и 40 мм рт ст. В четвертом межреберье по среднеключичной линии слева рана 1,5 на 0,5 см с ровными краями, острыми углами, из раны выделяется воздух и алая кровь. При перкуссии укорочение перкуторного звука с уровня средней подмышечной линии (больной лежит), при аускультации дыхание слева резко ослаблено. Левая и правая граница сердца перкуторно расширены, верхушечный толчок не определяется. На ЭКГ – зона ишемии в передне-боковых отделах левого желудочка.

На рентгеновском снимке в прямой проекции сглажена талия сердца, тень сердца в форме трапеции. В плевральной полости равномерное затемнение над всем легочным полем.

Ваш диагноз.

ОТВЕТ: Проникающее ножевое ранение груди слева, ранение сердца, тампонада сердца.

15. У девушки 17 лет появился болезненный ярко-красный угорь 0,5 см в диаметре на верхней губе слева,

в центре его черная точка. С целью ускорения излечения пыталась его выдавить. На второй день увеличилась инфильтрация, поднялась температура до 38 С. За медицинской помощью не обращалась еще в течение 6 суток. Принимала аспирин, ампициллин, но состояние прогрессивно ухудшалось. Доставлена в стационар в тяжелом состоянии с жалобами на сильную головную боль преимущественно в затылочной

области, оцепенелость затылка, слабость, тошноту, рвоту, высокую температуру, диплопию.

Объективно: состояние больной тяжелое. Кожа бледная, температура 39 С. Пульс ритмичный 102 в 1 минуту,

артериальное давление 105/70 мм рт ст. Одышка в покое до 20-22 в 1 минуту. При пальпации печень выступает из-под края реберной дуги.

Местный статус: лицо отечно слева глаз заплыл выбухает вперед, глазная щель – 4 мм. В области левой носогубной складки болезненный инфильтрат 1х4 см, распространяющийся к углу глаза, гиперемия,

участок некроза 0,2 см расположен левее крыла носа в направлении к левому глазу. При наклоне головы

вперед появляется боль в затылочной области, ригидность затылочных мышц.

Осмотр окулиста: слева признаки венозного глазного застоя, ограничение движений глазного яблока, отек соска с застоем и венозными кровоизлияниями.

Ваш окончательный диагноз?

ОТВЕТ: Абсцедирующий фурункул лица. Осложнения: тромбоз пещеристого синуса. Сепсис.

16. Больная 41 года обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в области заднего прохода,

повышение температуры до 38⁰С. До этого несколько дней находилась на больничном листе, выданным терапевтом по поводу субфебрилитета, общего недомогания. Из анамнеза выяснилось, что 5 лет назад

было кратковременное воспаление в области ануса с незначительным выделением гноя. Объективно: в области ануса на 5 – 8 часах имеется болезненный воспалительный инфильтрат 2 х 3 см. с деформацией наружного анального отверстия и его зиянием. С трудом удерживает газы, из прямой кишки выделяется слизь.

О каком заболевании идет речь?

ОТВЕТ: Острый парапроктит.

17. На пятые сутки после операции по поводу паховой грыжи появились признаки нагноения операционной

раны. В результате расследования было выяснено, что накануне операции пациент по распоряжению медицинской сестры принял душ и побрил операционное поле.

Какие мероприятия по профилактике подобных осложнений надо выполнить?

ОТВЕТ: Необходимо провести инструктаж с постовыми сестрами о соблюдении правил асептики при

подготовке пациентов к операции.

18. После операции кесарева сечения хирургический инструментарий тщательно промыли под

проточной

водой "ершом" с мылом, дважды ополоснули и поместили в моющий раствор для предстерилизационной очистки.

На каком этапе допущена ошибка?

ОТВЕТ: Не была выполнена дезинфекция хирургического инструментария.

19. После дорожно-транспортного происшествия у пострадавшего на волосистой части головы имеются множественные раны с обильным венозным кровотечением.

Какие действия входят в неотложную помощь?

ОТВЕТ: Гемостаз давящей повязкой, обезболивание.

20. Пациенту по поводу острой кровопотери назначено введение декстрана [ср. мол. масса 50 000-70 000] (Полиглюкина*). После внутривенного струйного введения 15 мл

Полиглюкина* появились чувство

стеснения в груди, затрудненное дыхание, гиперемия лица споследующим цианозом, тахикардия, АД снизилось.

Каковы ваши действия?

ОТВЕТ: Введение Полиглюкина немедленно прекращают, срочно проводят внутривенное вливание 10 мл 10% раствора кальция хлорида, 20 мл 40% раствора декстрозы (Глюкозы), применяют сердечные

средства, антигистаминные препараты.

21. Пациенту с А(II) группой крови по поводу ожоговой болезни в течение 2 сут переливали донорскую кровь. Сегодня врач опять назначил переливание донорской крови. Учитывая, что у пациента постоянно

определяли группу крови А(II), он разрешил медицинской сестре сегодня не определять группу крови реципиента, а провести только пробы на совместимость. При проведении биологической пробы у реципиента появились боли в груди, животе, пояснице, выраженное беспокойство, тахикардия, гипотензия. Медицинская сестра, проводившая гемотрансфузию, перепугавшись, удалила иглу из вены и побежала за врачом. Пациент умер.

Предположительный диагноз.

ОТВЕТ: У реципиента постгемотрансфузионный шок из-за несовместимости по группе крови.

22. В связи с кровопотерей пациенту, 25 лет, переливают кровь. Врача, контролирующего переливание крови, срочно вызвали в приемное отделение. Контролировать переливание крови поручили медицинской сестре.

У больного во время переливания внезапно появилось беспокойство, после чего он пожаловался на боль в пояснице и за грудиной.

Определите неотложное состояние.

ОТВЕТ: Гемотрансфузионный шок.

23. В больницу милицией доставлен пострадавший от нападения вооруженного ножом преступника. Жалобы:

на боль в правой половине грудной клетки и правой руке, слабость, головокружение. Объективно: состояние средней тяжести, пострадавший возбужден. Пульс 90 в минуту, АД 100/70 мм рт.ст.

Кожные

покровы бледные, на внутренней поверхности средней трети правого плеча - резаная рана 2,5-3 см, сильное пульсирующее кровотечение. На передней поверхности правой половины грудной клетки - множественные резаные раны в пределах кожи, кровотечение незначительное.

Сформулируйте предположительный диагноз.

ОТВЕТ: Диагноз: ножевое ранение левой сонной артерии. Артериальное кровотечение.

24. В автопарке водитель выполнял ремонтные работы. Случайно в его руках вспыхнула паяльная лампа, в результате он получил повреждение кожного покрова головы, шеи и кистей. С помощью товарищей

доставлен в травмпункт. Пострадавший возбужден, громко разговаривает, отчаянно жестикулирует. На

коже головы, лица, шеи и кистей на фоне гиперемии обнаружены пузыри, наполненные светлой жидкостью. Часть пузырей вскрыта. Местами видны участки плотного струпа.

Опишите действия фельдшера.

ОТВЕТ: Вводят обезболивающие препараты, на ожоговую поверхность накладывают асептические

повязки, вызывают скорую помощь для транспортировки пострадавшего в стационар.

25. Фельдшер скорой помощи осматривает женщину, кормящую мать, 25 лет, которая жалуется на боли в правой молочной железе, озноб, головную боль, повышение температуры до 39 °С.

3 недели назад в молочной железе появились боли, железа увеличилась в объеме, поднялась температура до 39 °С, появились головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление грудью стало болезненным. Лечилась водочными компрессами, самостоятельно пыталась сцеживать молоко. При осмотре:

в большой железе отчетливо пальпируется плотное образование размером 6×8 см, кожа над ним синюшно-багрового цвета, образование резко болезненно, в центре его размягчение диаметром 2 см. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

ОТВЕТ: Больной показано оперативное лечение: вскрытие и дренирование абсцесса, поэтому он

эвакуируется санитарным транспортом в отделение гнойной хирургии. На молочную железу накладывают

повязку, фиксирующую железу и поднимающую ее.

26. На прием к хирургу обратилась пациентка, 17 лет, с жалобами на наличие в области верхней губы фурункула. Два дня назад она пыталась его выдавить, но попытка не удалась. Беспокоят сильная головная боль, ознобы, ноющая боль в области верхней губы, которая распространяется на левую половину лица и левый глаз.

Объективно: общее состояние тяжелое. Температура тела 39,8 °С. Пульс 100 в минуту. АД - 120/80 мм рт.ст. ЧДД - 24 в минуту. В области верхней губы слева имеется большой резко болезненный воспалительный инфильтрат с несколькими некротическими стержнями. Левая половина лица и веки отечные, гиперемированы. Со стороны других органов и систем патологических изменений не выявлено.

Расскажите об отличительных особенностях данного заболевания по сравнению с другими хирургическими инфекциями в других анатомических областях и о клинической картине в случае прогрессирования процесса.

ОТВЕТ: Особенностью воспалительных процессов на лице является то, что они часто протекают

более тяжело, чем в других областях тела, и осложняются флебитами, тромбофлебитами, менингитом, септическим состоянием.

27. Вы работаете фельдшером на базе отдыха без врача. К вам обратился мужчина с жалобами на выраженные

боли в верхних отделах живота тупого опоясывающего характера. Беспокоит мучительная неукротимая

рвота, не приносящая облегчения. Болеет около суток после обильного застолья с употреблением алкогольных напитков.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,6 °С. Кожа бледная, язык обложен белым

налетом. Пульс 108 в минуту, АД 100/70 мм рт.ст. Живот умеренно вздут в верхнем отделе, болезнен при глубокой пальпации в эпигастрии, мягкий, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Сформулируйте диагноз.

ОТВЕТ: Острый панкреатит.

28. Приампутации правой нижней конечности на уровне средней трети бедра анестезиолог применил ма-сочный эфирный наркоз. Диагноз заболевания: общий атеросклероз преимущественным поражением сосудов н/конечностей. Сухая гангрена правой голени. Клиника наркоза такова: сознание у больного отсутствует, глазные яблоки совершают медленные кругообразные движения. Мышечный тонус сохранен. Реакция зрачков на свет живая. Пульсы АД на исходном уровне.

Какие стадии эфирного наркоза Вы знаете?

ОТВЕТ: Аналгезия, возбуждение, хирургическая стадия.

29. При проведении у больной 40 лет масочного эфирного наркоза при операции по поводу варикозного

расширения вен левой н/конечности анестезиологом наблюдается следующая клиника: сознание отсутствует, дыхание совершается только за счет диафрагмы - 12

вмин.,зрачкирасширены,реакциизрачковнасветнет.Пульс124вминутуслабогонаполнения.АД– 60/27 мм рт.ст.

Какназываетсяэта стадиянаркоза?

ОТВЕТ: Хирургическая стадия, уровень диафрагмального дыхания.

30. Больномупредстоитоперациявскрытиеглубокойфлегмоныправойягодицы.Анестезиологвыбрал для наркозапрепаратыбарбитуровой кислоты.

Назовитепрепаратыбарбитуровойкислотыдлянаркоза.

ОТВЕТ: Тиопентал натрия, гексенал

31. Больному67летпредстоитоперацияпоповодуаденомыпредстательнойжелезы.Операция плановая. Анестезиолог после беседы с больным, его осмотра, анализа данных истории болезни для анестезиологического пособия выбрал многокомпонентный эндотрахеальный наркоз.

Назовитеосновныеэтапыэндотрахеальногонаркоза?

ОТВЕТ: Вводный наркоз, миорелаксация, интубация, основной наркоз.

32. Больной25лет3дняназадпроизводствеповредил3палецправойкисти.Внастоящеевремяубольногодиагностированпаницийконцевойфаланги3пальца.Предстоитоперация.

Какойвиданестезиииспользуетсявданнойситуации?

ОТВЕТ: Проводниковая анестезия по Оберсту-Лукашевичу.

33. Убольного70летимеетсявтечение5летсвободнаяпаховаягрыжаслева.Больнойсогласилсяперенести операцию в условияхм/анестезии.

Вчемзаключаетсяподготовкабольногокместной анестезии?

ОТВЕТ: Бритье операционного поля, премедикацияпромедолом.

34. У больной 35 лет имеется в нижней трети левой голени доброкачественная опухоль из соединительной ткани (фиброма) размерами 5 x 6 см. По эстетическим соображениям больная просит удалить опухоль. Решено оперировать больную в условиях местной внутривенной анестезии.

Назовите осложнения местной внутривенной анестезии.

ОТВЕТ: Гематома, неврологические расстройства (порез).

35. У больного 72 лет с диагнозом: сахарный диабет II типа, общий атеросклероз сосудов нижней конечности, влажная гангрена левой нижней конечности. Предстоит операция: ампутация левой нижней конечности на уровне средней трети бедра.

Показания к эпидуральной анестезии.

ОТВЕТ: Операция на органах малого таза и нижних конечностях.

36. Больной 50 лет, страдающей флегмонозной формой рожистого воспаления, с высокой температурой тела (до 39°C) в вену правого локтевого ямки капельно вводят 800мл раствора глюкозы, 800мл раствора электролитов с добавлением в концевливания 40мг фуросемида. Как называется манипуляция, какое показание для ее выполнения в данном случае?

ОТВЕТ: Форсированный диурез, интоксикация.

37. Больной 20 лет получил удар тупым предметом по теменной области. При этом он потерял сознание, была однократная рвота. На момент осмотра беспокоят тошнота, головокружения, головные боли. Внейрохирургического отделения подозревают закрытую ЧМТ, субарахноидальное кровоотечение.

Какие методы исследования необходимо выполнить с целью уточнения диагноза?

ОТВЕТ: Рентгенография черепа, МРТ, спинно-мозговую функцию.

38. У больного с резаной раной бедра имеется кровотечение в виде неинтенсивного излияния крови через края раны. Кровь темная. При осмотре – глубина раны до фасции бедра. Общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 ммHg.

Назовите метод(ы) остановки кровотечения, которые можно применить в данном случае.

ОТВЕТ: Тампонада раны с давящей повязкой.

39. У пострадавшего имеется резаная рана плеча с массивным кровотечением. Пульсация на артериях локтевого сгиба и обл. запястья отсутствует. До приезда скорой помощи на рану была наложена бинтовая повязка и на нее наложен брючный ремень. Повязка обильно промокает кровью.

Какое повреждение можно заподозрить в данном случае? Какие дефекты оказания первой помощи были допущены?

ОТВЕТ: Повреждение плечевой артерии. Наложен «венозный» жгут.

40. Больной жалуется на кашель с прожилками крови в мокроте. В приемном покоевнезапно появились кашлевые толчки с обильным выделением пенистой ярко красной крови. Больной бледен, адинамичен. АД 60/40 мм Нг, пульс 120 в мин.

Назовите методы экстренной диагностики в данном случае.

ОТВЕТ: Рентгенография грудной клетки, томография.

41. Больной длительное время принимал салицилаты. Жалуется на слабость. Бледен. В анализе крови гемоглобин 72 г/л, эритроциты – $1,5 \times 10^{12}$. Рвоты, патологических выделений со стулом не отмечал, однако говорит, что стул стал темным.

Назовите метод диагностики, который абсолютно показан этому больному.

ОТВЕТ: Фиброгастродуоденоскопия, кал на скрытую кровь.

42. В хирургическое отделение поступил пациент М., 22-х лет, с клиникой состоявшегося желудочно-кишечного кровотечения, с уровнем гемоглобина крови 52 г/л. Дежурный врач поставил показания для переливания крови. При определении группы крови с помощью цоликлонов на планшете была отмечена агглютинация в первой и третьей лунках.

Назовите резус-принадлежность крови больного.

ОТВЕТ: ПА группа крови.

43. Пациентке Н., 35-ти лет, страдающей циррозом печени, с клиникой кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, с гемоглобином крови 45 г/л, потребовалась гемотрансфузия. При определении группы крови с помощью цоликлонов на планшете была отмечена агглютинация во всех 4-х лунках.

Каковы дальнейшие действия для уточнения полученных результатов?

ОТВЕТ: Провести пробу со стандартными эритроцитами.

44. На станции переливания крови у донора производится забор крови в пластиковый пакет.

Какие методы консервирования (стабилизации) крови вы знаете?

ОТВЕТ: Цитратный, коллоидный, гепарином, замораживание, сорбентный.

45. В хирургическом отделении находятся на лечении больные с острой кровопотерей, обострением хронического остеомиелита, острым тромбозом, хронической железодефицитной анемией, ожоговым шоком.

Какие больные нуждаются в экстренном переливании препаратов крови?

ОТВЕТ: Больные с острой кровопотерей.

46. В хирургическое отделение поступил больной в экстренном порядке с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. Состояние средней тяжести, гемоглобин – 100 г/л, гематокрит 29%. В приемном покое была однократная рвота кровью.

Назовите показания к переливанию эритроцитов.

ОТВЕТ: Гемоглобин 80 г/л.

47. В отделение поступил больной с крайне тяжелым ожоговым шоком (глубоким ожогом около 30%). АД 80/40 мм рт.ст., пульс до 120 в мин. Гемоглобин 150 г/л, гематокрит 48%. Медсестры не могут найти периферических вен, подходящих для инфузии.

Какие кровезаменители можно предложить для лечения?

ОТВЕТ: Кристаллоиды, а затем гемодинамические кровезаменители.

48. Около дороги на опушке леса прохожим обнаружен лежащий на земле мужчина. Прохожий поначалу решил, что мужчина спит или находится в состоянии алкогольного опьянения. Однако поза лежащего показалась прохожему не совсем естественной, и он захотел более точно определить, что случилось с этим человеком.

Назовите абсолютные признаки биологической смерти.

ОТВЕТ: Трупное окоченение, снижение температуры тела до 20°, «кошачий глаз».

49. Около дороги на опушке леса прохожим обнаружен лежащий на земле мужчина. Прохожий поначалу решил, что мужчина спит или находится в состоянии алкогольного опьянения. Однако поза лежащего показалась прохожему не совсем естественной, и он захотел более точно определить, что случилось с этим человеком.

Как называется необратимое состояние, наступающее после длительного отсутствия кровообращения и дыхания?

ОТВЕТ: Биологическая смерть.

50. В хирургическое отделение доставлен больной с огнестрельной раной средней трети левого бедра. На бедре жгут. Врач скорой помощи сообщил, что на месте получения травмы у больного было сильное артериальное кровотечение. Состояние тяжелое. Больной бледен, вял, адинамичен, в холодном поту. Конечности холодны на ощупь. Частота дыханий 24 в 1 минуту. Пульс 140 в 1 минуту. Артериальное давление 90/50 мм рт. ст.

Расскажите о первой помощи при подобных состояниях.

ОТВЕТ: При травматическом шоке: соляно-щелочное питье, жгут, транспортная иммобилизация, кислородотерапия, обезболивание, транспортировка в ЛПУ.

51. Во время гололеда пострадавшая упала с упором на кисть левой руки сутки назад. Жалуется на боль в кисти и левом плечевом суставе. Двигать рукой в плечевом суставе не может, придерживает ее другой рукой в фиксированном положении. При осмотре – деформация сустава, "пустая" дельтовидная область. Пассивные движения ограничены и резко болезненны, активные невозможны. Кровоизлияний на коже нет, костной крепитации нет.

Как классифицировать эту травму по срокам?

ОТВЕТ: Несвежий вывих левого плеча.

52. Больной доставлен в приемное отделение после автоаварии. Был зарулем. Жалуется на боль в области правого тазобедренного сустава, боль в грудной клетке. В сознании. Пульс 96, ритмичен, АД – 120/70 мм Hg. Грудная клетка обычной формы, видимых изменений нет, при пальпации имеется диффузная болезненность спереди в области грудины и ребер. Крепитации, патологической подвижности ребер нет. При аускультации дыхание выслушивается с обеих сторон, везикулярное. В области правого тазобедренного сустава умеренный отек, болезненность, нога ротирована наружу, движения в суставе невозможны из-за боли. Пульс на артериях нижней конечности сохранен.

Какие повреждения можно заподозрить у пострадавшего?

ОТВЕТ: Ушиб грудной клетки, перелом шейки бедренной кости.

53. После взрыва в шахте пострадавший был завален породой, извлечен через 6 часов спасателями. Доставлен в приемное отделение через час, на носилках, не санитарным транспортом. При осмотре – состояние тяжелое, заторможен, лежит спокойно, на вопросы отвечает с задержкой. Кожные покровы серо-бледные, холодные. Лицо осунувшееся. Пульс – 120 в мин. АД – 80/60 мм Hg. Нижние конечности отечны, кожа их бледная, многочисленные вмятины от породы. Движения едва возможны, пульсация на стопах и подколенных артериях не определяется.

Назовите стадию данного патологического процесса.

ОТВЕТ: СДР; стадия шока.

54. Ребенок 4 лет упал на улице 3 дня назад. Жалуется на небольшую боль в области правого лучезапястного сустава, правой рукой не берет игрушки. Осмотрен в травм. пункте 2 дня назад, диагностирован ушиб, рентгеновское исследование не проводилось, назначено соответствующее лечение, однако без эффекта. При осмотре никаких видимых изменений в области правого лучезапястного сустава нет, кроме небольшого отека. Имеется болезненность при пальпации дистального эпифиза лучевой кости. Движения в лучезапястном суставе умеренно болезненны.

Были ли сделаны ошибки при первом осмотре, если да, то какие?

ОТВЕТ: Не выполнена рентгенография.

55. Мужчина получил травму (ранение тупым предметом) правой стопы. При осмотре рана до 8х5 см, обильное кровотечение (в виде алой пульсирующей струи), рана неровная, края кожи осаднены, лоскут кожи отслоен.

Какие мероприятия необходимы в качестве первой помощи?

ОТВЕТ: Наложение жгута, асептическая повязка, транспортная иммобилизация.

56. Больной доставлен через час после получения ожога пламенем. На всей правой верхней конечности имеется циркулярный струп желтого цвета, чувствительность отсутствует. На левой руке таковой нет.

кисти и предплечья. На передней поверхности грудной клетки и передней брюшной стенки имеется сплошная гиперемия с множественными пузырями разного размера с желтым содержимым. Больной возбужден, не вполне адекватен. Пульс 96 в минуту, АД 110/80 мм Нг.

Назовите состояние, в котором находится больной. Назовите фазу этого состояния.

ОТВЕТ: Ожоговый шок, эректильная стадия.

57. У больного имеется 16% поверхностного и 22% глубокого ожога. При обследовании выявлено: одышка

до 25 в минуту, осиплость голоса, хрипы в легких. Тахикардия до 102 в минуту, АД 120/70 мм Нг. Больной вялый, адинамичный, лицо осунувшееся, кожа бледно-сероватая.

Подсчитайте индекс Франка.

ОТВЕТ: Индекс Франка = $16 + 66 + 30 = 112$

58. Из реанимационного отделения после интенсивной противошоковой терапии на 6 сутки переведен больной 36 лет с 55% глубокого ожога. Ранее ничем не болел. Отмечается олигурия, повышение креатинина крови до 280 мкмоль/л, билирубин крови 59 ммоль/л. Симптомы энцефалопатии.

Какая некрэктомия показана данному больному и почему?

ОТВЕТ: Тангенциальная полиативная некрэктомия для снижения интоксикации.

59. Пострадавший доставлен в приемное отделение стационара. Из анамнеза выяснилось, что, будучи в состоянии алкогольного опьянения в течение часа ходил по улице в тапках по снегу при температуре воздуха - 25°C. При осмотре: кожа стоп резко бледная до голеностопных суставов, холодная. Тактильная чувствительность отсутствует. Активные движения в пальцах стоп отсутствуют. Пульсация артерий на стопе резко снижена, на подколенной – нормальная.

В какие сроки можно будет уверенно сказать о глубине поражения тканей?

ОТВЕТ: Через 2-3 суток.

60. К хирургу обратился пациент с жалобами на боли в области указательного пальца правой кисти. С его слов неделю назад на производстве получил травму, уколол палец металлической стружкой. В медпункт не обращался. В течение последних 2-х дней появились пульсирующие боли в пальце, принимал внутрь Кеторол, боли временно стихали. В течение последней ночи часто просыпался от болей, не высыпался, в результате не смог пойти на работу. При осмотре в области средней фаланги 2 пальца правой кисти имеется отек, гиперемия кожи, пальпация резко болезненна.

Перечислите формы данной патологии.

ОТВЕТ: Панариций: кожный, подкожный, околоногтевой, подногтевой, сухожильный, суставной, костный, пандактилит, лимфатический.

61. Мужчина 45 лет поступил в хирургическое отделение с диагнозом: паховая грыжа справа для плановой операции. Накануне вечером палатная медсестра подготовила операционное поле (бритье кожи), а пациент сам принял гигиеническую ванну.

Какие антисептики используют для обработки операционного поля?

ОТВЕТ: Хлоргексидин, биглюконат, йодонат, раствор С-4, современные кожные антисептики.

62. Мужчина 43 лет обратился с жалобами на боли в области послеоперационного рубца и время от времени появляющимся гнойным отделяемым по ходу рубца. Из анамнеза: 1 год назад оперирован по поводу прободной язвы 12-перстной кишки из верхнесрединной лапаротомии, выполнено ушивание язвы. Послеоперационный период протекал без осложнений. При осмотре: по ходу послеоперационного рубца имеются плотные округлой формы образования до 1 см со скудным гнойным отделяемым из центра и гиперемией кожных покровов.

Какой путь передачи инфекции имеет место в описанном случае?

ОТВЕТ: Путь передачи – имплантационная инфекция.

63. В приемный покой доставлен мужчина 37 лет с резанной раной размерами 2,5 × 3 см в верхней трети правого предплечья, которую нанес неизвестный на улице 2 часа назад. Пациент для осмотра доставлен в «чистую» перевязочную.

Способы проведения механической антисептики.

ОТВЕТ: ПХО раны, струйное промывание раны.

64. Больному 53 года проводят перевязку в реанимационном отделении. Три дня назад была выполнена

операция: вскрытие и дренирование сальниковой сумки по поводу очагового панкреонекроза, парапанкреатического абсцесса. В ране находятся три трубки (одна силиконовая, две полихлорвиниловые),

а также один марлевый тампон.

Какие виды антисептики используются в лечении пациента?

ОТВЕТ: Используются методы физической антисептики.

65. Больному 67 лет планируется операция по поводу опухоли поперечноободочной кишки (резекция

ободочной кишки с опухолью). Необходима предоперационная подготовка, которая включает в себя: инфузионную терапию, переливание компонентов крови, введение антибактериальных препаратов, очистительная клизма.

Виды биологической антисептики, примененные у больного.

ОТВЕТ: Переливание компонентов крови и антибактериальная терапия.

66. Больному 38 лет с прободной язвой 12-перстной кишки во операции вводился антибиотик (Цефтриаксон 2 гр. Внутривенно), затем в течении 5 дней данный препарат вводили внутримышечно. На 4-е сутки после

операции у пациента появился жидкий стул. При осмотре язык чистый, влажный. Живот обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационных швов, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, перистальтика выслушивается. Жидкий стул до 4 раз в сутки.

Как Вы думаете, что явилось причиной жидкого стула?

ОТВЕТ: Причиной жидкого стула является дисбактериоз.

67. Женщина с 10-летним ребенком обратилась к Вам в связи с тем, что ребенка беспокоят боли в правом

локтевом суставе. Мальчику 6 ч назад в амбулатории на инфицированную ссадину локтевого сустава после

ее обработки была наложена повязка.

При осмотре определяется легкая синюшность правого предплечья и кисти, выбухание подкожных вен, даже при поднятии руки кверху.

Что случилось? Как помочь ребенку?

ОТВЕТ: Повязка наложена туго, надо переделать повязку.

68. На прием пришел мужчина 40 лет, которого беспокоит зуд левого предплечья.

Три дня назад получил термический ожог I-II степени. На предплечье была наложена асептическая повязка.

При осмотре установлено, что повязка на тыльной поверхности средней трети предплечья намокла желтовато-серым отделяемым, сухая.

Как правильно снять повязку?

ОТВЕТ: Надо эту повязку отмочить с использованием 3% перекиси водорода или 0,5% раствора перманганата калия.

69. В приемный покой доставлен мужчина 34 лет с резаной раной ладонной поверхности средней трети правого предплечья. Со слов пострадавшего, на рану 1,5 ч назад на улице нанес ножом неизвестный. Произведен

туалет раны, наложены первичные швы. Медсестра перевязочный материал на ране закрепила повязкой,

завязав концы бинта в узел над раной. После этого она ввела больному подкожно 0,5 мл столбнячного анатоксина и 3000 МЕ противостолбнячной сыворотки.

Какая ошибка допущена в технике наложения повязки?

ОТВЕТ: Повязка закреплена помимо раны, проведена профилактика столбняка.

70. Вы – случайный свидетель несчастного случая: ребенок ошпарил кипятком правую кисть, кричит от боли. На тыльной поверхности пальцев и кисти появились волдыри.

В домашней аптечке имеются раствор фурацилина (1:5000) и в упаковке стерильный бинт.

В целях оказания первой помощи, какую повязку следует наложить пострадавшему?

ОТВЕТ: Асептическую повязку.

71. В сельскую участковую больницу доставлен 52-летний рабочий совхоза с ушибленно-

рубленной раной
правой теменной области, которую пострадавший сам прикрывает носовым платком.

Какой объем медицинской помощи должен быть оказан больному?

ОТВЕТ: Наложить асептическую повязку и направить больного в травматологическое отделение.

72. К врачу сельской амбулатории обратился мальчик 11 лет, который около часа назад во время игры в хоккей получил удар клюшкой по области левого глаза. Сразу была оказана первая помощь в виде наложения на этот глаз снега.

Визуально определяется гиперемия глазного яблока, эрозия роговицы. При пальпации глаз болезнен. Установлен диагноз: тупая травма левого глаза.

Какой объем первой врачебной помощи должен быть оказан ребенку?

ОТВЕТ: Наложить асептическую повязку, закапать в глаз 1% раствор лидокаина и направить больного в глазное отделение.

73. В отделение гнойной хирургии обратился пациент 26 лет с жалобами на пульсирующего характера боль в V пальце правой кисти, ладонного возвышения этого пальца (гипотенер) и передней поверхности

лучезапястного сустава, слабость, повышение температуры. Боль в пальце началась 6 дней назад, после

удаления занозы из пальца, она постепенно усиливалась и последние сутки стала носить пульсирующий характер. Прием анальгетиков боль не снимают. Ранее пациент ни чем не болел.

Ведет активный образ

жизни, занимается любительским спортом.

Объективно. Состояние средней тяжести, t тела $38,2^{\circ}\text{C}$, АД 120/75 мм рт. ст., ЧСС-88 ударов в минуту,

ЧД-20 в минуту. V палец правой кисти отечный, имеет колбасовидную форму, полусогнут, попытка

разогнуть его вызывает острую боль. Возвышение V пальца отечное, резко болезненное с яркой кожной гиперемией и размягчением в центре. Также выявлен болезненный отек мягких тканей передней поверхности лучезапястного сустава.

Ваш диагноз.

ОТВЕТ: У больного имеется сухожильный панариций, осложненный флегмоной.

74. После вправления травматического вывиха правого плеча у пострадавшего. Необходимо иммобилизовать правую верхнюю конечность в среднем на 1-1,5 недели.

Какую бинтовую иммобилизующую повязку Вы наложите?

ОТВЕТ: Повязку Дезо.

75. Женщина 56 лет, развешивала дома шторы на окна, внезапно, закружилась голова и она с табуретки упала

на пол, на левый бок. В результате падения почувствовала острую боль в левом тазобедренном суставе.

При попытке встать боль резко усилилась. Родственниками была вызвана скорая помощь.

Приехавший врач установил диагноз: Закрытый перелом шейки левой бедренной кости. Больная подлежит госпитализации в дежурное травматологическое отделение. На период транспортировки необходима иммобилизация.

Какие суставы требуется зафиксировать?

ОТВЕТ: Голеностопный, коленный, тазобедренный суставы и крестцово-подвздошное сочленение.

76. В нейрохирургическое отделение госпитализирован в бессознательном состоянии пострадавший с

диагнозом: тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, перелом правой теменной кости, внутричерепная гематома, сдавление мозга. Дежурный хирург осмотрел больного и распорядился немедленно готовить

его к операции.

Как быть с согласием больного на операцию?

ОТВЕТ: Вопрос об экстренной операции может быть коллективно 2-3-мя врачами и дежурным администратором.

77. Больной В., 49 лет, поступил в клинику с жалобами на постоянные боли в эпигастрии,

отсутствие аппетита, отвращение к мясной пищи, слабость. При микроскопическом исследовании желудка по малой кривизне в верхней трети ее обнаружена каллезная язва до 2 см в диаметре с некротическим дном. При микроскопическом исследовании биоптата из язвы обнаружены раковые клетки. При дополнительном обследовании отдаленных метастазов не выявлено. Какова будет ваша лечебная тактика?

ОТВЕТ: Больному показана операция резекция желудка.

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

ОТВЕТ: У больной развилась острая дыхательная недостаточность.

79. У больной Н., 59 лет, на седьмой день после экстирпации матки внезапно появилась одышка, синюшность лица и плечевого пояса, боли за грудиной. Больная потеряла сознание. Дыхание частое, поверхностное.

Какое осложнение развилось у больной?

ОТВЕТ: У больной возникла тромбоэмболия легочной артерии.

80. Мужчина 30 лет, монтажник панельных домов по профессии обратился к хирургу поликлиники с жалобами на боль в области верхней губы слева. Пациент травму исключает, за 3 дня на губе сформировался воспалительный, конусовидной формы инфильтрат.

Объективно: общее состояние не страдает, t тела – субфебрильная ($37,2^{\circ}$), АД – 110/70 мм рт. ст.,

ЧСС – 80 в минуту; местно – отмечается отек левого угла рта, на губе имеется плотный, выступающий над поверхностью кожи конусовидной формы инфильтрат размером 6 мм × 5 мм. В центре конусовидного возвышения волос и пустула. Пальпация инфильтрата болезненна, подчелюстные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Какая предполагается клиническая стадия воспаления?

ОТВЕТ: У больного имеется фурункул верхней губы в стадии формирования некротического стержня.

81. Мужчина 40 лет, слесарь по профессии доставлен бригадой СМП в отделение гнойной хирургии с жалобами на постоянную боль в левой кисти, в левой подмышечной области, повышение температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$,

тошноту, однократную рвоту, слабость, умеренные головные боли. Перед транспортировкой в отделение фельдшер СМП, в качестве оказания ПМП, наложил асептическую повязку на кисть и в/м ввел анальгетик.

Объективно. Общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы не изменены, АД – 125/80 мм

рт.ст., ЧСС – 90, левая рука отведена на 20° . Хирургом в условиях перевязочной асептическая повязка удалена, осмотрена верхняя конечность. Левая кисть вся отечная, отек с ладонной поверхности переходит

на тыл кисти, пальцы кисти находятся в вынужденном полусогнутом положении, попытка их разогнуть сопровождается усилением боли, при «пальпации» пуговичным зондом отмечается максимальная боль в центре ладонной поверхности. В подмышечной области пальпируются болезненные, неподвижные, увеличенные лимфатические узлы с гиперемией кожи над ними.

Имеются ли дефекты в оказании ПМП и какие?

ОТВЕТ: Фельдшером должна быть проведена иммобилизация, т.к. у больного имеется флегмона срединного пространства кисти с явлением лимфаденита.

82. На прием к хирургу поликлиники обратился пациент 36 лет с жалобами на умеренную боль правой ладони, боль жгучего характера передней поверхности предплечья и в правой подмышечной области.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, t тела $37,2^{\circ}\text{C}$. На правой ладони, на уровне третьего пястно-фалангового сочленения имеется плотная кожная мозоль, болезненная при пальпации. Это область ладони с умеренным отеком, отек распространяется на основные фаланги 3 и 4 пальцев. На передней поверхности предплечья от лучезапястного сустава по направлению к локтевому сдвигу отчетливо просматривается яркая полоса гиперемии кожи в виде тяжа. В

подмышечной области пальпируется увеличенный, подвижный, болезненный лимфатический узел размерами 1,5×1,0 см.

Сформулируйте диагноз.

ОТВЕТ: Нагноившийся ладони абсцесс III пальца осложненный комиссуральной флегмоной. Лимфатит, подмышечной

83. В отделение гнойной хирургии обратился пациент 26 лет с жалобами на пульсирующего характера боль в V пальце правой кисти, ладонного возвышения этого пальца (гипотенер) и передней поверхности лучезапястного сустава, слабость, повышение температуры. Боль в пальце началась 6 дней назад, после удаления занозы из пальца, она постепенно усиливалась и последние сутки стала носить пульсирующий характер. Прием анальгетиков боль не снимают. Ранее пациент ни чем не болел. Ведет активный образ жизни, занимается любительским спортом.

Объективно. Состояние средней тяжести, t тела 38,2°C, АД 120/75 мм рт. ст., ЧСС-88 ударов в минуту, ЧД-20 в минуту. V палец правой кисти отечный, имеет колбасовидную форму, полусогнут, попытка разогнуть его вызывает острую боль. Возвышение V пальца отечное, резко болезненное с яркой кожной гиперемией и размягчением в центре. Также выявлен болезненный отек мягких тканей передней поверхности лучезапястного сустава.

Ваш предполагаемый диагноз?

ОТВЕТ: Острый гнойный сухожильный панариций V пальца правой кисти, осложненный флегмоной гипотенора и лимфангитом.

84. У женщины 23 лет, через 3 недели после родов появилась трещина на соске правой грудной железы, затем развился отек грудной железы, постоянная боль, усиливающаяся при кормлении ребенка грудью, повышение t тела до 38°C. Вызванная бригада СМП доставила женщину в отделение гнойной хирургии.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, t тела 38°C, на ареоле имеется небольшая трещина

1×3 мм, покрытая фибрином, грудная железа отечная, в верхнем наружном квадранте пальпаторно определяется болезненное уплотнение 3×4 см с гиперемией кожных покровов над ним. Проведено обследование: клинический

анализ крови, мочи; биохимические анализы крови – сахар, С – реактивный белок, билирубин и его фракции, трансаминазы, общий белок и его фракции, креатинин, мочевины крови. Выполнено УЗИ грудной железы. После обследования пациентке предложено хирургическое лечение.

Изложите мероприятия по профилактике данного заболевания.

ОТВЕТ: Профилактика – закаливание и массаж сосков.

85. Женщина 52 лет, штукатур по профессии, обратилась на прием к хирургу с жалобами на боль в области левой лопатки, повышение температуры тела до 38°. Больна в течение 6 дней, самостоятельно принимала аспирин и ампициллин в таблетках. Из анамнеза известно, что ранее, месяц назад проходила амбулаторное лечение по поводу фурункула бедра.

Объективно: общая температура тела 38,2°, АД-120/80 мм рт.ст., ЧСС-90 в минуту; на спине, в области левой лопатки пальпируется болезненное, плотное, опухолевидное образование мягких тканей размерами 3×3 см. В центре этого образования ткани серого цвета с некротизированными стержнями в виде «пчелиных сот», из которых поступает гнойный экссудат. После осмотра хирург поликлиники наложил асептическую повязку и направил пациента в отделение гнойной хирургии.

Ваш диагноз.

ОТВЕТ: У больной имеется карбункул левой лопаточной области.

86. В поликлинику на прием к хирургу пришел юноша с фурункулом верхней губы. Температура тела 39°. Выраженные отеки верхней губы и век.

Как хирург должен поступить с больным?

ОТВЕТ: Направить больного в отделение челюстно-лицевой хирургии, либо в отделение гнойной хирургии.

87. На прием к хирургу пришел пациент с жалобами на боли в правой подмышечной области, усиливающиеся при движении в правом плечевом суставе. Болеет третьи сутки. При осмотре в подмышечной области обнаружены 3 плотных ограниченных инфильтрата диаметром до 1 см, слегка выступающих над кожей, с легкой гиперемией над ними.

Ваш диагноз.

ОТВЕТ: У больного имеется подмышечный гидроденит.

88. 70-летний мужчина на 3-й день после операции начал жаловаться на боли в области околоушной железы, затруднение и болезненность при открывании рта. Температура тела 38-39°C. В околоушной области определяется плотный болезненный инфильтрат. В крови выявляется лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение СОЭ.

Какое осложнение возникло у больного?

ОТВЕТ: У больного развился бактериальный паротит.

89. К хирургу поликлиники обратился 46-летний мужчина с жалобами на увеличение левой грудной железы, которое начал замечать месяц назад. Температура тела нормальная. Левая грудная железа увеличена до

5-6 см в диаметре, однородной плотноэластической консистенции, безболезненна. Объемных образований

в ней не определяется. Сосок не увеличен, выделений из него нет.

Ваш диагноз.

ОТВЕТ: У больного имеется мастопатия левой грудной железы.

90. В приемный покой больницы обратилась 45-летняя женщина с жалобами на боли в правой голени, головную боль, слабость, разбитость. Более 2 суток с повышением температуры до 39°C. На передненаружной

поверхности нижней и средней трети голени имеется обширное, ярко-красного цвета пятно с мелкими наполненными серозно-геморрагическим экссудатом пузырьками. Границы гиперемии четкие, неровные. На месте гиперемии кожа тестоватая, резко болезненная при пальпации. В крови имеется лейкоцитоз и высокое СОЭ.

Ваш диагноз.

ОТВЕТ: У больной имеется буллезная форма рожистого воспаления.

91. На прием к хирургу пришла пациентка с жалобами на боли в правом локтевом суставе, которые появились 8 дней назад после ушиба. В последние 3 дня боли заметно усилились.

При осмотре в проекции локтевого отростка имеется ссадина под коркой, из-под которой при

надавливании выделяется гной. Движения в локтевом суставе практически сохранены в полном объеме, безболезненны. При пункции в месте флюктуации получен гной. На рентгенограмме костно-деструктивных изменений не обнаружено.

Ваш диагноз и лечебная тактика.

ОТВЕТ: У больной имеется локтевой бурсит. Рекомендовано вскрытие и дренирование бурсы.

92. Больной М., 58 лет, после внутривенных капельных инфузий лекарственных средств начал жаловаться на боли в левом локтевом сгибе.

По внутренней поверхности верхней трети левого предплечья и передневнутренней поверхности плеча

по ходу подкожной вены определяются гиперемия кожи, уплотнение и резкая болезненность венозной стенки, пальпируются увеличенные, болезненные подмышечные лимфоузлы.

Какой диагноз Вы поставите?

ОТВЕТ: Тромбофлебит подкожной вены, восходящий лимфаденит.

93. На прием пришла пациентка с жалобами на дергающие боли во 2 пальце правой кисти. Четыре дня назад уколола палец при разделки рыбы. Последние две ночи не спала из-за болей в пальце.

Ногтевая фаланга пальца отечная, отмечается припухлость и резкая болезненность по ее ладонной поверхности. Движения в межфаланговых суставах умеренно ограничены. Подмышечные лимфоузлы не увеличены.

Какую помощь Вы окажите больной в условиях поликлиники?

ОТВЕТ: У больной острый гнойный панариций II пальца. Необходимо вскрытие панариция.

94. Больной Р., 20 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли во 2 пальце левой кисти. Две недели назад уколол палец металлической стружкой. В течении 3 дней лечился в поликлинике: пункция, антибиотикотерапия, иммобилизация пальца. Улучшения не наступило, поэтому был направлен в стационар.

Палец в межфаланговых суставах полусогнут, колбасовидно утолщен, отечный, резко болезненный по ладонной поверхности. Сгибания и разгибания практически невозможны.

Какой Ваш диагноз?

ОТВЕТ: У больного имеется острый сухожильный панариций.

95. Больной Р., 20 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли во 2 пальце левой кисти. Две недели назад уколол палец металлической стружкой. В течении 3 дней лечился в поликлинике: пункция, антибиотикотерапия, иммобилизация пальца. Улучшения не наступило, поэтому был направлен в стационар.

Палец в межфаланговых суставах полусогнут, колбасовидно утолщен, отечный, резко болезненный по ладонной поверхности. Сгибания и разгибания практически невозможны.

Какое дополнительное исследование необходимо выполнить?

ОТВЕТ: Необходимо выполнить рентгенографию II пальца.

96. Мужчина, 26 лет, на работе был прижат бортом машины к эстакаде. Жалуетесь на боли в области таза, невозможность помочиться. Состояние пострадавшего тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс – 116 ударов в минуту, слабого наполнения. АД – 90/55 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный над лоном. Притупления перкуторного звука в отлогих местах не отмечается. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом «прилипшей пятки» справа положительный. При легком сдавливании таза с боков больной отмечает усиление болей.

Какой объем первой врачебной помощи Вы окажите пострадавшему?

ОТВЕТ: Транспортеризация больного на щите в положении Волковича в травм. отделение, обезболивание, инфузионная противошоковая терапия.

97. Молодая женщина во время мытья окна выпала из него. Падение произошло с высоты второго этажа.

Жалуетесь на боли в верхнепоясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при попытке сесть или повернуться на бок. Активные движения в суставах нижних конечностей сохранены. Пальпаторно отмечается болезненность при надавливании на остистый отросток первого поясничного позвонка.

Ваш предварительный диагноз?

ОТВЕТ: Стабильный неосложненный перелом поясничного отдела позвоночника.

98. Мальчик, 13 лет, играя в хоккей, упал на ладонь отведенной правой руки.

Беспокоят боли в нижней трети предплечья. При осмотре отмечаются припухлость в области лучезапястного сустава и дистальной трети предплечья, болезненность, деформация, ограничение пронации-супинации предплечья и движений в лучезапястном суставе. Боли усиливаются в проекции нижней трети лучевой кости при осевой нагрузке на предплечье.

Какой объем первой медицинской помощи должен быть оказан пострадавшему?

ОТВЕТ: Наложение иммобилизации и провести обезболивание.

99. В приемный покой машиной скорой помощи доставлен больной, который накануне, выпрыгивая из кузова грузовой машины, упал на согнутую в локтевом суставе левую руку.

Хирург приемного покоя снял с конечности ранее наложенную транспортную шину, осмотрел больного. Пострадавший поддерживает здоровой рукой поврежденную конечность. Пассивные движения в левом плечевом суставе резко ограничены, болезненны, отмечается пружинящее сопротивление. Имеется ступенчатое западание в проекции левого плечевого сустава. Головка плеча пальпируется в подмышечной впадине. Пульс на левой лучевой артерии несколько ослаблен.

После внутримышечной инъекции 1 мл 1% раствора морфина хирург ввел в левый плечевой сустав

больному 40 мл 1% раствора новокаина и начал вправлять предполагаемый вывих плеча.

Какая ошибка допущена хирургом?

ОТВЕТ: Не выполнена рентгенография левого плеча, помимо вывих там может быть перелом.

100. В стационар поступил больной с уточненным диагнозом: закрытый винтообразный перелом обеих костей левой голени в средней трети.

Какой вид лечения можно применить?

ОТВЕТ: Консервативное – наложение скелетного вытяжения, оперативное – металлоостеосинтез.

101. В приемный покой поступил больной с ясной клинической картиной седалищного вывиха правого

бедра. Врач после местного обезболивания в сочетании с подкожным введением 2 мл % раствора

морфина,

не произведя рентгенографии области повреждения, вправил вывих по Кохеру. После этого он иммобилизовал правую нижнюю конечность с помощью задней гипсовой лонгеты, фиксирующий тазобедренный, коленный и голеностопный суставы. Пострадавший был госпитализирован.

Обозначьте основные этапы вправления вывиха по Кохеру.

ОТВЕТ: Рентгенография правого тазобедренного сустава, затем вытяжение конечности по оси, ротация

кнаружи, а затем кнутри.

102. Больной М., 50 лет, поскользнувшись, упал на ступеньки крыльца, ударился правым бедром. Жалуется на боли в бедре. Встать не может. Правая нижняя конечность короче левой на 5 см, стопа ротирована кнаружи. Пульс на правой тыльной артерии стопы удовлетворительного наполнения. Бедро увеличено в объеме, деформировано, пальпация его болезненна в средней трети. Здесь же определяется патологическая подвижность.

Каковы должны быть действия врача скорой помощи?

ОТВЕТ: У больного имеется перелом правой бедренной кости. Необходимо наложить иммобилизацию

шиной Дитерикса.

103. Мальчик, 14 лет., играя в волейбол, упал на вытянутую левую руку. Беспокоят боли в области левого надплечья. Положение пострадавшего вынужденное: тело наклонено в сторону повреждения, здоровая рука поддерживает согнутое в локте предплечье поврежденной руки и прижимает ее к туловищу. Пульс на левой лучевой артерии удовлетворительного наполнения, чувствительность пальцев кисти сохранена. Отмечаются умеренная припухлость и болезненность при пальпации в области левой ключицы. Активные и пассивные движения в левом плечевом суставе сильно ограничены из-за болей.

Ваш диагноз? В чем заключается первая помощь, которая должна быть оказана больному?

ОТВЕТ: Имеется перелом костей левого предплечья, вывих плечевой кости. Необходимо наложить

повязку Дезо.

104. У больной на 4-е сутки после аппендэктомии на фоне полного стихания вновь появились дергающие боли в области послеоперационной раны, повысилась температура, отмечается лейкоцитоз.

Какова тактика дальнейшего лечения?

ОТВЕТ: Необходимо снять швы и провести ревизию раны с последующим дренированием.

105. Вас попросили оказать первую помощь молодому мужчине, который полчаса назад упал с мотоцикла.

На наружной поверхности правой голени имеется обширная ушибленно-рваная рана, загрязненная песком и сухой травой. В Вашем распоряжении автомобильная аптечка.

Какой объем помощи Вы окажите пострадавшему?

ОТВЕТ: Промыть рану 3% раствором перекиси водорода, края раны обработать йодом и наложить асептическую повязку.

106. В хирургическое отделение поступил пострадавший с рваной раной левого бедра. С момента ранения прошло 12 ч.

Отмечается легкий отек тканей в области раны, края последней неровные, синюшные, обильно загрязнены грунтом. На дне раны виден имбибированный кровью разволокненный участок четырехглавой мышцы бедра, который ущемлен краями поврежденной широкой фасции бедра.

Какую лечебную тактику Вы выберете?

ОТВЕТ: Необходимо провести вторичную хирургическую обработку с последующим дренированием.

107. В приемный покой доставлен пострадавший с резаной раной размером 1,5×0,2 см в верхней трети

правого предплечья, которую нанес перочинным ножом неизвестный 2 ч назад. Рана была с ровными краями и хирург решил промыть ее 3% раствором перекиси водорода и ушил наглухо.

Какая ошибка допущена хирургом?

ОТВЕТ: Необходимо при ПХО провести ревизию раны до дна.

108. В травматологический пункт доставлен пострадавший с косопоперечной инфицированной резаной

раной ладонной поверхности правой кисти. Активные сгибательные движения в межфаланговых

суставах II-V пальцев отсутствуют.

О повреждении каких анатомических образований следует думать?

ОТВЕТ: Имеется повреждение сгибательных сухожилий II-V пальцев.

109. В приемный покой пришел пострадавший со слепой колото-резаной раной левого плеча. Ранение получил 4 дня тому назад. В области раны определяется припухлость, болезненность. Из раны выделяется скудное сукровично-гнойное отделяемое.

Хирург приемного покоя произвел тщательный туалет раны, туго тампонирует ее тампоном, смоченным гипертоническим раствором натрия хлорида, наложил повязку. Пациенту проведена экстренная специфическая профилактика столбняка.

Какая ошибка допущена хирургом?

ОТВЕТ: Надо было дренировать рану, а не тампонировать.

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

Какой должна быть последовательность лечебно-эвакуационных мероприятий?

ОТВЕТ: При наличии отделения микрососудистой хирургии пальцы должны быть помещены в пакет со льдом и больной должен быть доставлен в отделение микрососудистой хирургии.

111. Мужчина 36 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через 30 минут после получения травмы с жалобами на боли в области лица, правой руки, осиплость голоса. **Обстоятельства травмы:** при

сварочных работах в гараже произошло воспламенение промасленной одежды. С помощью соседей по

гаражам пламя удалось потушить, снять тлеющую одежду и вызвать «Скорую помощь». Первая медицинская помощь не оказывалась. **При осмотре:** больной в сознании, возбужден, эйфоричен, неповрежденные кожные покровы умеренно бледные. Пульс 96 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст., температура тела 36,2°C, ЧДД 30 в

минуту. Лицо: на щеках коготь, очаговые пузыри с прозрачным содержимым, участки слущенного эпителия, морщины – белые, волосы в носу опалены, голос осипший, зев гиперемирован, во рту и в носовых

ходах – следы копоти. На правом предплечье плотный буро-коричневый струп с просвечивающими тромбированными кожными сосудами. Ожоговая поверхность на предплечье безболезненна. Сформулируйте диагноз при поступлении. Первая помощь при ожогах.

ОТВЕТ: Ожог пламенем лица II-III степени, ожог верхних дыхательных путей, ожог пламенем III Б степени правого предплечья. Первая помощь: асептические повязки и обезболивание.

112. Бригада скорой помощи вызвана на дом к мужчине 25 лет, который находился на кухне и опрокинул

на себя кастрюлю с кипятком. **При осмотре:** в сознании, выраженное психомоторное возбуждение.

На передне-боковой поверхности грудной клетки и туловища слева обширные участки гиперемии и пузыри, наполненные светлым содержимым. На коже предплечья, кисти левой руки и левого бедра эрозии, малочувствительные к химическим и механическим раздражениям. АД 120/70 мм рт. ст., ЧД – 18 в мин,

ЧСС – 88 ударов в 1 минуту. Дыхание при выслушивании легких везикулярное, тоны сердца звучные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий. Температура тела 36,9°C.

Какие пробы на выявление глубины ожога были проведены?

ОТВЕТ: Были проведены игольчатая и спиртовая пробы.

113. Дома на кухне Вы случайно пролили бутылку 70% уксусной кислотой на ногу. Стопа сильно «горит», начали появляться пузыри, наполненные ксантохромным содержимым.

Какие антидоты Вы используете в бытовых условиях?

ОТВЕТ: Необходимо тщательно промыть ногу водой, а затем использовать содовый раствор.

114. У больного через три недели после ожога III Б степени области правого локтевого сустава, движения

в суставе резко ограничены из-за боли. Имеется рана, размером 5.0×10.0 см, дно представлено розовыми мелкозернистыми грануляциями, которые легко кровоточат, гнойного отделяемого нет. Явления краевой эпителизации.

Какие оперативные методы восстановления кожного покрова показаны у данного больного?

ОТВЕТ: Больному может быть выполнена свободная кожная пластика.

115. Соседям на лестничной площадке в многоэтажном здании, у электрического щита через 2 минуты

после отключения света, был обнаружен пострадавший в бессознательном состоянии, лежащим на бетонном полу с электрическим проводом в руке. Пульс и АД не определяются.

Какое нарушение сердечной деятельности наиболее вероятно у пострадавшего?

ОТВЕТ: Убрать провод палкой. У пострадавшего остановка сердца.

116. Больной 25 летнего возраста находится в ожоговом отделении 15 суток по поводу термического ожога горячей жидкостью II-IIIА,Б степени, с площадью 20% (4%). Отмечается повышение температуры до 39°C, носящий ремитирующий характер, нарушение сна и аппетита, вялость. На ожоговых ранах отмечается нагноение. Больному продолжается проведение комплексной терапии. Введение антипиретиков малоэффективно. Результаты бактериологического исследования ожоговой раны: высеяны St/Aureus и Ps/Aeruginosae.

Какие осложнения ожоговой болезни возможны у больного?

ОТВЕТ: У больного может развиваться ожоговый сепсис.

117. В приемный покой доставлен пострадавший с резаной раной размером 1,5×0,2 см в верхней трети

правого предплечья, которую нанес перочинным ножом неизвестный 2 ч назад. Рана была с ровными краями и хирург решил промыть ее 3% раствором перекиси водорода и ушил наглухо.

Какие анатомические образования могли быть повреждены при таком ранении?

ОТВЕТ: Могут быть повреждены магистральные сосуды.

118. В ожоговое отделение через 8 суток после несчастного случая в быту, поступил больной 17 лет с термическим поражением горячей жидкостью II-IIIАБ степени туловища, верхней конечностей, S-45%(15)%. Локально отмечаются участки влажного некроза серо-коричневого цвета, с неприятным запахом, без

признаков отторжения, умеренное гнойное отделяемое.

Какие методы лечения следует применить у данного пациента для высушивания раны и образования ожогового струпа в местном лечении?

ОТВЕТ: Открытое ведение раны в кислородной палате, либо на клинотроне.

119. Больной 28 лет поступил в отделение ожоговой реанимации с термическим ожогом пламенем I-II-IIIАБ степени общей площадью 45% поверхности тела, площадь глубокого ожога составляет 10%.

Через 48 часов констатирован выход из ожогового шока и переход в период острой ожоговой токсемии.

Определите прогноз ожоговой травмы.

ОТВЕТ: Индекс Франка составляет 75%. Прогноз для жизни сомнительный.

120. У больного через три недели после ожога IIIВ степени области правого локтевого сустава, движения

в суставе резко ограничены из-за боли. Имеется рана, размером 5.0×10.0 см, дно представлено розовыми мелкозернистыми грануляциями, которые легко кровоточат, гнойного отделяемого нет. Явления краевой эпителизации.

Перечислите варианты ведения ожоговой раны.

ОТВЕТ: Закрытие раневой поверхности свободным кожным лоскутом. Мазевые и асептические повязки.

Ситуационные задачи.

1. **Условие задачи.** У пациента Н. Для организации переливания крови определяли группу крови с помощью моноклональных антител (целиклонов анти-а и анти-в). При этом реакции агглютинации эритроцитов не было обнаружено.

Контрольные вопросы или задания. Какая группа крови по системе АВ0 у пациента Н.?

Ответ: Исходя из данных полученных в процессе определения группы крови для организации переливания

с помощью моноклональных антител (поликлонов, анти-А и анти-В) у пациента Н. по системе АВ0 I группа крови, так как именно у обладателей данной группы в эритроцитах отсутствуют агглютиногены, вызывающие реакцию агглютинации.

2. **Условие задачи.** В хирургическом отделении больному зимой проводили переливание крови. Группу крови больного определяли с помощью стандартных сывороток трех групп двух серий. Для того, чтобы лучше была агглютинация, тарелку поставили на подоконник. У больного получилась АВ (IV) группа крови. При переливании одногруппной крови начали проводить биологическую пробу. У больного появились боли в пояснице, озноб, головные боли. Переливание прекратили. При проверке у больного оказалась А(II) группа крови.

Контрольные вопросы или задания. Какие были допущены ошибки?

Какое осложнение началось у больного?

Ответ: Произошла «холодовая анагглютинация». Нельзя было ставить тарелку на подоконник на холод. У больного начался гемотрансфузионный шок.

3. **Условие задачи.** При определении группы крови больного стандартными сыворотками получена такая картина: в первой серии - нет агглютинации, во второй серии - агглютинация во всех трех каплях.

Контрольные вопросы или задания. Ваше заключение?

Дальнейшие действия?

Ответ: Группу крови определить нельзя, так как в разных сериях разный результат. Необходима проверка

другими сыворотками.

4. **Условие задачи.** При определении группы крови стандартными сыворотками произошла агглютинация во всех четырех группах сывороток, не исчезнувшая после добавления изотонического раствора хлорида натрия.

Контрольные вопросы или задания. Что произошло?

Ваши действия?

Ответ: Определение группы крови произведено неправильно. Следует взять свежие сыворотки другой серии и повторить определение группы крови.

5. **Условие задачи.** При определении группы крови стандартными сыворотками произошла агглютинация во всех четырех группах сывороток, исчезнувшая после добавления изотонического раствора хлорида натрия.

Контрольные вопросы или задания. Что произошло?

Ваши действия?

Ответ: Возникла псевдоагглютинация. У больного группа крови 0(1). Можно выполнять переливания.

6. **Условие задачи.** Больном Н., 60 лет, с массивной кровопотерей вследствие травмы (lib — 36 ед.) начато переливание крови. При производстве биологической пробы появились боли в поясничной области, чувство стеснения в груди, тахикардия.

Контрольные вопросы или задания. Какое осложнение возникло? Что следует предпринять?

Ответ: Острый гемолиз. Необходимо немедленное прекращение переливания эритроцитсодержащей среды (с обязательным сохранением этой трансфузионной среды) и одновременное начало интенсивной инфузионной терапии (иногда в две вены) под контролем центрального венозного давления.

7. **Условие задачи.** При определении группы крови цоликлонами разных серий из лаборатории дважды был

получен ответ «Группа крови не совпадает».

Контрольные вопросы или задания. Как определить группу крови такой ситуации? Что делать, если больному требуется экстренное переливание эритроцитов?

Ответ: Если определить группу крови стандартными способами не удастся, то ее образцы (нативная и гепаринизированная) кровь должны быть направлены в специализированную серологическую лабораторию, где кроме антигенного типирования может быть проведен индивидуальный подбор трансфузионных сред. Если больному требуется экстренное 21 переливание эритроцитов, то следует воспользоваться «универсальным донором» - трансфузионной средой группы O(I) Rh отрицательный в дозе не более 500 мл.

8. **Условие задачи.** При определении резус-фактора цоликлоном «Анти-Д Супер» получен отрицательный

результат, подтвержденный в клинической лаборатории. В то же время, пациент утверждает, что неоднократно сдавал кровь в качестве донора. На станции переливания крови ему сообщили, что у него резус-фактор положительный.

Контрольные вопросы или задания. В чем может быть дело? Каким данным доверять?

Ответ: Резус отрицательным пациентом, т.е. реципиентом считается лицо, у которого на эритроцитах не

выявлен поверхностный антиген D. Резус-отрицательным донором считается лицо, у которого не выявлены антигены C,D,E. Лица с отсутствием антигена D но наличием антигенов C и (или) E считаются как доноры

резус-положительными, а как реципиенты – отрицательными. Видимо, к ним относится и рассматриваемый пациент. Доверять необходимо данным клинической лаборатории и заказывать для переливания резусотрицательныетрансфузионные среды.

9. **Условие задачи.** В приемный покой пришел пострадавший со слепой колото-резаной раной левого плеча.

Ранение получил 2 дня тому назад.

Объективно: по передней поверхности, верхней трети левого плеча имеется колото-резанная рана, края

раны ровные, стенки раны ровные с участками кровоизлияний, рана зияет, размеры раны 7,0 x 1,5 см, в

ране – скудное, сукровично - гнойное отделяемое; вокруг раны имеется отек, гиперемия, пальпация вокруг

раны болезненна.

Хирург приемного покоя произвел тщательный туалет раны, туго тампонирует ее тампоном, смоченным гипертоническим раствором натрия хлорида, наложил асептическую повязку. Пациенту проведена экстренная специфическая профилактика столбняка и назначена консервативная противовоспалительная терапия.

Контрольные вопросы или задания. 1. Какая ошибка допущена хирургом приемного покоя?

2. Дайте определение понятию «рана». К каким группам ран по классификациям относится данная рана?

Ответ: 1. При инфицированных ранах тугая тампонада раны противопоказана, т.к. тугое тампонирование препятствует оттоку раневого экссудата, а сам тампон становится «затычкой».

2. Рана – повреждение покровов (кожи или слизистых, а также глубже лежащих тканей или органов) вследствие механического или физического воздействия. Колото-резанная, случайная, инфицированная рана.

10. **Условие задачи.** В приемный покой пришел пострадавший со слепой колото-резаной раной левого плеча.

Ранение получил 2 дня тому назад.

Объективно: по передней поверхности, верхней трети левого плеча имеется колото-резанная рана, края раны ровные, стенки раны ровные с участками кровоизлияний, рана зияет, размеры раны 7,0 x 1,5 см, в ране – скудное, сукровично - гнойное отделяемое; вокруг раны имеется отек, гиперемия, пальпация вокруг раны болезненна.

Хирург приемного покоя произвел тщательный туалет раны, туго тампонирует ее тампоном, смоченным гипертоническим раствором натрия хлорида, наложил асептическую повязку. Пациенту проведена экстренная специфическая профилактика столбняка и назначена консервативная противовоспалительная терапия.

Контрольные вопросы или задания. В какой фазе раневого процесса находится данная рана?

По какому

виду возможно заживление данной раны?

Ответ: В I фазе раневого процесса – фазе гидротации. По двум видам – вторичным натяжением, за счет грануляций и эпителизации, и первичным натяжением, если во II фазе раневого процесса произвести хирургическую обработку раны с наложением вторичных швов.

11. **Условие задачи.** В приемный покой пришел пострадавший со слепой колото-резаной раной левого плеча.

Ранение получил 2 дня тому назад.

Объективно: по передней поверхности, верхней трети левого плеча имеется колото-резанная рана, края раны

ровные, стенки раны ровные с участками кровоизлияний, рана зияет, размеры раны 7,0 x 1,5 см, в

ране – скудное, сукровично - гнойное отделяемое; вокруг раны имеется отек, гиперемия, пальпация вокруг раны болезненна.

Хирург приемного покоя произвел тщательный туалет раны, туго тампонирует ее тампоном, смоченным гипертоническим раствором натрия хлорида, наложил асептическую повязку. Пациенту проведена экстренная специфическая профилактика столбняка и назначена консервативная противовоспалительная терапия.

Контрольные вопросы или задания. Предложите комплексное лечение данной раны в соответствии с фазой раневого процесса?

Ответ: Комплексное лечение включает общую консервативную терапию (противовоспалительная – антибиотики широкого спектра действия, иммуностимулирующая, симптоматическая – обезболивающая, при необходимости - дезинтоксикационная) и местную терапию (рыхлое тамponирование раны тампонами с гипертоническим раствором или с мазями на гидрофильной основе, ежедневные перевязки раны с туалетом – обязательное промывание раны перекисью водорода, применение протеолитических ферментов).

12. **Условие задачи.** В приемное отделение больницы доставлен пациент с колотой раной в верхней трети правой передне-боковой поверхности брюшной стенки, с момента получения ранения прошло 1,5 часа.

Объективно: по передне-боковой поверхности живота, в верхней трети, имеется точечная рана округлой формы, диаметром до 3 мм, по краям раны отмечается осаднение кожных покровов и наличие кровоизлияний вокруг раны.

Контрольные вопросы или задания. 1. Дайте определение понятию «рана». К каким группам ран по классификациям относится данная рана? 2. Чем опасна для пациента и «трудна» в диагностике для врача данная рана?

Ответ: Рана – повреждение покровов (кожи или слизистых, а также глубже лежащих тканей или органов) вследствие механического или физического воздействия. Колотая, случайная, инфицированная, возможно проникающая в брюшную полость рана.

Ранение имеет небольшой диаметр, ход раневого канала в тканях трудно проследить, трудно решить вопрос о характере ранения (проникающее или не проникающее в брюшную полость).

13. **Условие задачи.** В приемное отделение больницы доставлен пациент с колотой раной в верхней трети правой передне-боковой поверхности брюшной стенки, с момента получения ранения прошло 1,5 часа.

Объективно: по передне-боковой поверхности живота, в верхней трети, имеется точечная рана округлой формы, диаметром до 3 мм, по краям раны отмечается осаднение кожных покровов и наличие кровоизлияний вокруг раны.

Контрольные вопросы или задания. Развитие каких осложнений ранения можно предположить у данного пациента? Дайте определение понятию «первичная хирургическая обработка».

Ответ: Гемоперитонеум, перитонит.

ПХО – основной метод лечения всех случайных, свежих ран, направленный на профилактику развития инфекции в ране и обеспечивающий условия для заживления раны первичным натяжением.

14. **Условие задачи.** В приемное отделение больницы доставлен пациент с колотой раной в верхней трети правой передне-боковой поверхности брюшной стенки, с момента получения ранения прошло 1,5 часа.

Объективно: по передне-боковой поверхности живота, в верхней трети, имеется точечная рана округлой формы, диаметром до 3 мм, по краям раны отмечается осаднение кожных покровов и наличие кровоизлияний вокруг раны.

Контрольные вопросы или задания. Дайте определение понятию «первичная хирургическая обработка».

Какой объем хирургической помощи и в какой последовательности должен быть оказан данному пациенту?

Ответ: ПХО – основной метод лечения всех случайных, свежих ран, направленный на профилактику развития инфекции в ране и обеспечивающий условия для заживления раны первичным натяжением.

При наличии подобных ран ПХО не проводится, больному сразу же выполняют лапаротомию для определения характера ранения и выявления возможного повреждения внутренних органов.

15. **Условие задачи.** В травматологический пункт доставлен пострадавший с косопоперечной резаной раной

ладонной поверхности правой кисти, с момента ранения прошло около 40 минут.

Объективно: в области ладонной поверхности правой кисти имеется косопоперечная резанная рана, края и стенки раны ровные, рана зияет, размерами 5,0 x 0,5 см, из раны имеется неактивное венозное кровотечение, активные сгибательные движения в межфаланговых суставах II-IV пальцев отсутствуют.

Контрольные вопросы или задания. Ваш предположительный диагноз? О повреждение каких анатомических образований следует думать?

Ответ: Инфицированная резанная рана ладонной поверхности правой кисти. Следует думать о повреждении сухожилий сгибателей II – IV пальцев.

16. **Условие задачи.** В травматологический пункт доставлен пострадавший с косопоперечной резаной раной

ладонной поверхности правой кисти, с момента ранения прошло около 40 минут.

Объективно: в области ладонной поверхности правой кисти имеется косопоперечная резанная рана, края и стенки раны ровные, рана зияет, размерами 5,0 x 0,5 см, из раны имеется неактивное венозное кровотечение, активные сгибательные движения в межфаланговых суставах II-IV пальцев отсутствуют.

Контрольные вопросы или задания. В какой фазе раневого процесса находится данная рана? Какой объем хирургической помощи и в какой последовательности должен быть оказан пациенту?

Ответ: В I фазе раневого процессе – фазе гидротации.

Туалет раны, окончательная остановка кровотечения, первичный шов сухожилий, дренирование и ушивание раны редкими швами.

17. **Условие задачи.** В приемное отделение поступает пациент, 37 лет, с жалобами на резкую слабость, потливость, озноб, высокую температуру, дергающие боли в области ушитой раны левого бедра, которую получил около пяти суток назад.

Со слов больного - рану получил случайно, на охоте, при непреднамеренном выстреле из ружья. После ранения обратился за медицинской помощью в больницу.

Из выписки следует, что в приемном отделении была выполнена первичная хирургическая обработка раны, рана ушита наглухо, проведена профилактика столбняка. Больной был отпущен на амбулаторное лечение.

Объективно: в области левого бедра, по передней поверхности, имеется ушитая отдельными узловыми швами

рана; вокруг раны распространенный отек и гиперемия, локальная гипертермия; пальпация вокруг резко болезненна; при пальпации отмечается выделение серозно-гнойного экссудата между швами.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз? Какая тактическая ошибка была допущена врачом приемного отделения?

Ответ: Нагноение ушитой раны левого бедра.

Огнестрельные раны не ушиваются наглухо, ушиваются только при проточном дренировании.

18. **Условие задачи.** В приемное отделение поступает пациент, 37 лет, с жалобами на резкую слабость, потливость, озноб, высокую температуру, дергающие боли в области ушитой раны левого бедра, которую получил около пяти суток назад.

Со слов больного - рану получил случайно, на охоте, при непреднамеренном выстреле из ружья. После ранения обратился за медицинской помощью в больницу.

Из выписки следует, что в приемном отделении была выполнена первичная хирургическая обработка раны, рана ушита наглухо, проведена профилактика столбняка. Больной был отпущен на амбулаторное лечение.

Объективно: в области левого бедра, по передней поверхности, имеется ушитая отдельными узловыми швами рана; вокруг раны распространенный отек и гиперемия, локальная гипертермия; пальпация вокруг резко болезненна; при пальпации отмечается выделение серозно-гнойного

экссудата между швами.

Контрольные вопросы или задания. Какие хирургические манипуляции и в каком объеме необходимо выполнить?

Ответ: Необходимо снять швы, провести ревизию раны, осуществить промывание раны перекисью водорода, дренировать рану, рыхло тампонировать тампоном смоченным гипертоническим раствором или мазью на гидрофильной основе, наложить асептическую повязку, назначить консервативную противовоспалительную терапию.

19. **Условие задачи.** Больной Ф., 48 лет находится в отделение реанимации в течение 6 суток после получения

ожогов пламенем грудной клетки, верхних конечностей и лица. Площадь глубоких ожогов составляет 20% поверхности тела, 10% поверхностных ожогов.

Состояние больного тяжелое, вял, заторможен. Жалобы на тошноту, рвоту, жажду, боли в местах ожогов.

PS 120 уд. в 1 мин. АД 120/70 мм рт ст. T-38 °C. Язык сухой. Желтушность склер. Цианоз губ. В легких хрипов нет. Живот умеренно. Стула не было в течение 3 суток. Отмечается полиурия.

Контрольные вопросы или задания. Укажите полный диагноз и период заболевания.

Показана ли в этот период экстренная профилактика столбняка и антибиотикотерапия?

Ответ: Ожог пламенем III б – IV степени 20% поверхности тела, II – IIIа 10 % поверхности тела. Ожоговая болезнь, период острой ожоговой токсемии.

После выведения больного из шока в период острой ожоговой токсемии показана экстренная профилактика

столбняка и антибиотикотерапия.

20. **Условие задачи.** Больной Ф., 48 лет находится в отделение реанимации в течение 6 суток после получения

ожогов пламенем грудной клетки, верхних конечностей и лица. Площадь глубоких ожогов составляет 20% поверхности тела, 10% поверхностных ожогов.

Состояние больного тяжелое, вял, заторможен. Жалобы на тошноту, рвоту, жажду, боли в местах ожогов.

PS 120 уд. в 1 мин. АД 120/70 мм рт ст. T-38 °C. Язык сухой. Желтушность склер. Цианоз губ. В легких хрипов нет. Живот умеренно. Стула не было в течение 3 суток. Отмечается полиурия.

Контрольные вопросы или задания. Чем обусловлена тяжесть состояния больного?

Определите индекс Франка.

Ответ: Тяжесть состояния обусловлена выраженной интоксикацией за счет резорбции и быстрого распространения в организме токсических веществ из очагов поражения, с развитием токсического гепатита, токсического нефрита, токсического миокардита на фоне ацидоза, гипопроотеинемии и отека головного мозга.

Индекс Франка 70 – прогноз сомнительный.

21. **Условие задачи.** Больной Ф., 48 лет находится в отделение реанимации в течение 6 суток после получения

ожогов пламенем грудной клетки, верхних конечностей и лица. Площадь глубоких ожогов составляет 20% поверхности тела, 10% поверхностных ожогов.

Состояние больного тяжелое, вял, заторможен. Жалобы на тошноту, рвоту, жажду, боли в местах ожогов.

PS 120 уд. в 1 мин. АД 120/70 мм рт ст. T-38 °C. Язык сухой. Желтушность склер. Цианоз губ. В легких хрипов нет. Живот умеренно. Стула не было в течение 3 суток. Отмечается полиурия.

Контрольные вопросы или задания. Общее лечение конкретного больного.

Ответ: 1. Антибактериальная терапия. 2. Дезинтоксикационная инфузионная терапия, а также экстракорпоральная детоксикация. 3. Иммунотерапия. 4. Коррекция гомеостаза 5. Симптоматическая терапия.

22. **Условие задачи.** Больная С. 44 лет на производстве получила ожог щелочью обеих кистей. Через 40 минут доставлена в больницу.

Состояние средней тяжести. Жалобы на сильные боли в обеих кистях. PS 98 уд. в 1 мин. АД 130/90 мм рт ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. T-36,6 °C.

Лейкоциты – 9×10^9 /л. Локально на ладонных поверхностях, на пальцах и тыле кистей рыхлый грязно-серого цвета струп.

Контрольные вопросы или задания. Какой некроз тканей наступает при ожоге щелочью или

кислотой?

Ответ: При ожоге щелочью образуется колликвационный некроз, при ожоге кислотой – коагуляционный некроз.

23. **Условие задачи.** Больная С. 44 лет на производстве получила ожог щелочью обеих кистей. Через 40 минут доставлена в больницу.

Состояние средней тяжести. Жалобы на сильные боли в обеих кистях. PS 98 уд. в 1 мин. АД 130/90 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Т-36,6 °С.

Лейкоциты – 9×10^9 /л. Локально на ладонных поверхностях, на пальцах и тыле кистей рыхлый грязно-серого цвета струп.

Контрольные вопросы или задания. Первая помощь при ожоге щелочью.

Ответ: Для уменьшения концентрации и сроков удаления химического вещества с кожи необходимо было промывать обе кисти струей воды в течение 5-10 минут, затем обработать поверхность кожи нейтрализующими растворами. В данном случае 1-2% раствором уксусной, борной или лимонной кислоты. Наложить асептическую повязку и дать анальгетики.

24. **Условие задачи.** Больной П., 60 лет, поступил в стационар с жалобами на боли, отечность, наличие пузырей в области стоп, общее недомогание, температуру тела до 37,2. Со слов больного 5 дней назад провел много часов

на морозе на трассе, исправляя поломку автомобиля. При осмотре состояние средней тяжести, бледный, вялый, температура тела 37,2, частота дыхания 20 в мин, пульс 88 ударов в мин, АД 130/90 мм рт.ст. Локально: стопы багрово-синюшные, умеренно отечные, в области тыла их обрывки эпидермиса, эрозивные багровые поверхности. На ощупь стопы прохладные. При пальпации передних поверхностей стоп отмечается значительная болезненность. Пальпация пальцев практически безболезненна. Движения в плюснефаланговых суставах осуществляются.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз? Предположите степень процесса на момент поступления больного? Возможные ближайшие последствия патологического процесса?

Ответ: 1. Отморожение стоп. 2. III степень. 3. Развитие сухого или влажного некроза кожи.

25. **Условие задачи.** Больной П., 60 лет, поступил в стационар с жалобами на боли, отечность, наличие пузырей в области стоп, общее недомогание, температуру тела до 37,2. Со слов больного 5 дней назад провел много часов

на морозе на трассе, исправляя поломку автомобиля. При осмотре состояние средней тяжести, бледный, вялый, температура тела 37,2, частота дыхания 20 в мин, пульс 88 ударов в мин, АД 130/90 мм рт.ст. Локально: стопы багрово-синюшные, умеренно отечные, в области тыла их обрывки эпидермиса, эрозивные багровые поверхности. На ощупь стопы прохладные. При пальпации передних поверхностей стоп отмечается значительная болезненность. Пальпация пальцев практически безболезненна. Движения в плюснефаланговых суставах осуществляются.

Контрольные вопросы или задания. Какое местное лечение?

Ответ: Обработка стоп антисептиками; иссечение нежизнеспособного эпидермиса; вскрытие пузырей;

повязки с антисептиками; при развитии влажного некроза – некрэктомия, ампутация выше видимой границы

некроза; при развитии сухого некроза – выжидательная тактика до появления четкой демаркационной линии, после чего возможны некрэктомии, ампутации на уровне демаркации.

26. **Условие задачи.** Обработка стоп антисептиками; иссечение нежизнеспособного эпидермиса; вскрытие

пузырей; повязки с антисептиками; при развитии влажного некроза – некрэктомия, ампутация выше видимой границы некроза; при развитии сухого некроза – выжидательная тактика до появления четкой демаркационной линии, после чего возможны некрэктомии, ампутации на уровне демаркации.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз? Классификация и клиника заболевания?

Ответ: Отморожение правой стопы 2 степени.

1 степень – колющие боли, гиперемия, цианоз, отек; 2 степень - присоединение пузырей с серозным содержимым;

3 степень – присоединение пузырей с геморрагическим содержимым; 4 степень – присоединение больших напряженных пузырей, их разрывы, потеря чувствительности и движения.

27. **Условие задачи.** Обработка стоп антисептиками; иссечение нежизнеспособного эпидермиса; вскрытие пузырей; повязки с антисептиками; при развитии влажного некроза – некрэктомия, ампутация выше видимой границы некроза; при развитии сухого некроза – выжидательная тактика до появления четкой демаркационной линии, после чего возможны некрэктомии, ампутации на уровне демаркации.

Контрольные вопросы или задания. Периоды течения заболевания? Ваша лечебная тактика?

Ответ: Дореактивный, реактивный.

Вскрытие пузырей, повязки с антисептиками; внутриаартериальная инфузия анестетиков, антиагрегантов, спазмолитиков, антибиотиков. Профилактика столбняка.

28. **Условие задачи.** Больной Н., находясь в алкогольном опьянении перед Новым годом поехал в лес за елкой. Температура воздуха – 15 градусов Цельсия. Потерял в лесу перчатки, однако домой не возвратился. Ходил

по лесу несколько часов, после чего почувствовал колющие боли и онемение в пальцах рук, отметил побеление кожи кистей. Растирал кисти снегом. Вечером привез домой елку, принял теплую ванну.

Через сутки

на обеих кистях появились пузыри серозным и геморрагическим содержимым. Движение в пальцах резко

ограничены, выраженный отек кистей.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз? Патогенез данной патологии?

Ответ: Отморожение кистей 2-3 степени.

Под действием холода происходит длительный спазм сосудов вплоть до пареза, происходит замедление капиллярного кровотока, нарушение проницаемости капиллярной стенки, вследствие чего происходит

выход плазмы из капиллярного русла в ткани (плазмопотеря), происходит сгущение крови, оседание клеток крови на стенках сосудов, развиваются тромбозы, далее присоединяются морфологические изменения тканей.

29. **Условие задачи.** В поликлинику обратился пациент с жалобами на наличие опухолевидного образования в надключичной области справа, существующего в течение 3 лет. В последнее время отметил увеличение этого образования в размерах, боли в области этого образования.

При осмотре: в правой надключичной области опухолевидное образование 5×6 см, плотно-эластической консистенции, подвижное, не спаянное с кожей, безболезненное. Кожа над ним не изменена. Надключичные, шейные лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,7%. Hb 126 г/л, L-8,0.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз? Необходимы ли дополнительные методы обследования?

Ответ: Липома правой надключичной области. Рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной

полости, пункционная биопсия.

30. **Условие задачи.** В поликлинику обратился пациент с жалобами на наличие опухолевидного образования в надключичной области справа, существующего в течение 3 лет. В последнее время отметил увеличение этого образования в размерах, боли в области этого образования.

При осмотре: в правой надключичной области опухолевидное образование 5×6 см, плотно-эластической

консистенции, подвижное, не спаянное с кожей, безболезненное. Кожа над ним не изменена.

Надключичные,

шейные лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,7%. Hb 126 г/л, L-8,0.

Контрольные вопросы или задания. С каким заболеванием необходимо дифференцировать данную патологию?

Ответ: Метастатическое поражение, туберкулез лимфоузлов, киста надключичной области.

31. **Условие задачи.** В поликлинику обратился пациент с жалобами на наличие опухолевидного образования в надключичной области справа, существующего в течение 3 лет. В последнее время отметил увеличение этого образования в размерах, боли в области этого образования.

При осмотре: в правой надключичной области опухолевидное образование 5×6 см, плотно-эластической консистенции, подвижное, не спаянное с кожей, безболезненное. Кожа над ним не изменена. Надключичные, шейные лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,7%. Hb 126 г/л, L-8,0.

Контрольные вопросы или задания. Какие методы лечения?

Ответ: Лечение хирургическое: под местной инфильтрационной анестезией 0,5% новокаином удаление липомы.

32. **Условие задачи.** Больная М., 47 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Считает себя больной в течение 5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре в верхнее - наружном квадранте правой молочной железы отмечается симптом «лимонной корочки», и пальпируется узловое образование 4 на 5 см слабо подвижное, в правой аксиллярной области отмечается конгломерат плотных, малоподвижных, безболезненных лимфоузлов, в правой надключичной области -единичный плотный лимфатический узел.

Контрольные вопросы или задания. Ваш предположительный диагноз? Назовите стадию процесса.

Ответ: 1.Рак молочной железы.

2. T4 N2 M 1.

33. **Условие задачи.** Больная М., 47 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Считает себя больной в течение 5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре в верхнее - наружном квадранте правой молочной железы отмечается симптом «лимонной корочки», и пальпируется узловое образование 4 на 5 см слабо подвижное, в правой аксиллярной области отмечается конгломерат плотных, малоподвижных, безболезненных лимфоузлов, в правой надключичной области -единичный плотный лимфатический узел.

Контрольные вопросы или задания. Методы обследования.

Ответ: Маммография, УЗИ молочных желез, зон регионарного лимфооттока, печени, органов малого таза, пункционная биопсия молочной железы и лимфоузлов с цитологическим исследованием.

34. **Условие задачи.** Больная М., 47 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Считает себя больной в течение 5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре в верхнее - наружном квадранте правой молочной железы отмечается симптом «лимонной корочки», и пальпируется узловое образование 4 на 5 см слабо подвижное, в правой аксиллярной области отмечается конгломерат плотных, малоподвижных, безболезненных лимфоузлов, в правой надключичной области -единичный плотный лимфатический узел.

Контрольные вопросы или задания. Какой дифференциальный диагноз?

Ответ: Дифференциальный диагноз необходимо проводить между маститом, актиномикозом и туберкулезом.

35. **Условие задачи.** Больная М., 47 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Считает себя больной в течение 5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре в верхнее - наружном квадранте правой молочной железы отмечается симптом «лимонной корочки», и пальпируется узловое образование 4 на 5 см слабо подвижное, в правой аксиллярной области отмечается конгломерат плотных, малоподвижных, безболезненных лимфоузлов, в правой надключичной области -единичный плотный лимфатический узел.

Контрольные вопросы или задания. Опишите схему лечения.

Ответ: При верификации диагноза - комплексное лечение: лучевая терапия, затем мастэктомия и химиотерапия.

36. **Условие задачи.** Больному с гнойной раной фельдшер произвел перевязку, при этом выполнив следующие мероприятия: 1. смазал кожу вокруг раны 5% спиртовой настойкой йода; 2. стерильным марлевым тампоном удалил гнойное отделяемое из раны; 3. промыл рану раствором фурацилина 1:1500; 4. наложил стерильную повязку, смоченную 10% стерильным раствором хлорида натрия.

Контрольные вопросы или задания: 1. Дайте определение асептики и антисептики. 2. К какому виду хирургической обработки относится каждый этап в действиях фельдшера?

Ответ: 1. Асептика – комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания микробов в рану. Антисептика – комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране.

2. 1. метод антисептики, асептики; 2. механическая антисептика; 3. сочетание механической и

химической антисептики; 4. физическая антисептика.

37. **Условие задачи.** Больному с гнойной раной фельдшер произвел перевязку, при этом выполнив следующие мероприятия: 1. смазал кожу вокруг раны 5% спиртовой настойкой йода; 2. стерильным марлевым тампоном удалил гнойное отделяемое из раны; 3. промыл рану раствором фурацилина 1:1500; 4. наложил стерильную повязку, смоченную 10% стерильным раствором хлорида натрия.

Контрольные вопросы или задания. 1. Дайте определение асептики и антисептики.

2. В чём заключается механическая антисептика?

Ответ: 1. Асептика – комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания микробов в рану. Антисептика – комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране.

2. Механическая антисептика заключается в первичной и вторичной хирургической обработке и туалете раны.

В первые 6-12 часов – иссекают края и дно раны в пределах здоровых тканей, остановка кровотечения,

наложение первичных швов. Вторичная – после того, как рана очистилась от гноя и омертвевших тканей.

38. **Условие задачи.** Процедурная медсестра получила для обработки рук кожный антисептик предназначенный для обработки только операционного поля.

Контрольные вопросы или задания. Можно ли пользоваться этим антисептиком для гигиенической обработки рук?

Ответ: Нет, нельзя, так как кожный антисептик для операционного поля при многократном использовании для мытья рук может вызвать контактный дерматит. Кожный антисептик для операционного поля может содержать краситель. Следует поменять кожный антисептик у старшей медсестры.

39. **Условие задачи.** В начале рабочего дня медицинской сестре необходимо накрыть стерильный стол.

Контрольные вопросы или задания. Ваши действия?

Ответ: Накрытие стерильного стола осуществляется в стерильном халате, стерильных перчатках, стерильной маске. Накрыть стерильной простыней в один слой так, чтобы она свисала на 15-20 см ниже поверхности стола.

Вторая стерильная простыня складывается вдвое и укладывается поверх первой. После выкладывания инструментов

на вторую простынь стол накрывается третьей стерильной простыней, сложенной в два слоя, которая должна

закрывать все инструменты и скрепляться зажимами (корнцангами) с нижней простыней. Между второй и третьей простыней должно образоваться относительно стерильное закрытое пространство.

40. **Условие задачи.** У больного на 10-й день после операции по поводу колото-резаного ранения правой половины грудной клетки отмечается появление одышки, гипертермия до 39°C, озноб. При аускультации дыханий

справа не прослушивается, перкуторно — притупление до уровня VI ребра. На рентгенограмме грудной клетки определяется затемнение на уровне VI ребра (линия Демуазо-Соколова). При пункции правой плевральной полости получен гной. Выл установлен диагноз: посттравматический плеврит справа. Врач назначил

антибиотики, сульфаниламиды и электрофорез с хлористым кальцием.

Контрольные вопросы или задания. Какой метод антисептики следовало применить при лечении данного больного, в чем его смысл?

Ответ: Физический метод антисептики. Его смысл в активном дренировании гноя из плевральной полости.

41. **Условие задачи.** Больному нужно провести первичную обработку раны.

Контрольные вопросы или задания. Предложите антисептик, который можно применить с этой целью.

Укажите механизм действия.

Ответ: Для первичной обработки раны можно предложить антисептик под названием перекись водорода

(р-р перекиси водорода). Его механизм действия заключается в окислении и разрушении бактерий и микроорганизмов, что помогает предотвратить инфекцию и способствует заживлению раны.

42. Условие задачи. Женщина 55 лет обратилась в травмпункт с раной в области предплечья, полученная час назад стеклом на производстве. При осмотре: у больной резаная рана средней трети правого предплечья, с неровными краями, размером 4,5х0,7 см., умеренно кровоточит, перифокально кожные покровы без отека и гиперемии. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Контрольные вопросы или задания. Какой вид антисептики и как вы примените?

Ответ: Нужно применить комбинированную антисептику. Механическая антисептика включает в себя первичную хирургическую обработку раны (иссечение краев раны, ревизия раны, гемостаз, контроль на инородные тела, ушивание раны). Ушивание раны с оставлением дренажа, используем пассивное открытое дренирование (физическая антисептика).

43. Условие задачи. У больного диагностирован перелом шейки правого бедра.

Контрольные вопросы или задания. Какую шину и как необходимо наложить пострадавшему для транспортировки?

Ответ: Пострадавшему следует наложить транспортную шину Дитерихса с фиксацией трех суставов: тазобедренного, коленного и голеностопного.

44. Условие задачи. При столкновении мотоциклист получил травму обеих голеней. Конфигурация голеней нарушена, имеется патологическая подвижность костей голеней, что вызывает сильные боли. На правой голени видна рана, через который выступает отломок большеберцовой кости.

Контрольные вопросы или задания. Как провести иммобилизацию при отсутствии специальных шин?

Ответ: Провести иммобилизацию с помощью подручных средств или при их отсутствии забинтовать обе нижние конечности, чтобы обеспечить неподвижность костных отломков. Пострадавшего транспортировать лежа на носилках.

45. Условие задачи. Человек сбит машиной. Получив удар, он упал и ударился головой о мостовую. О

случившемся не помнит, жалуется на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. В затылочной области ушибленная рана, из слуховых проходов – кровянистые выделения.

Контрольные вопросы или задания. Как транспортировать пострадавшего?

Ответ: Транспортировать на носилках с фиксацией головы ватно-марлевым кругом, пращевидной повязкой.

46. Условие задачи. Пожилой человек, споткнувшись, упал на руки, возникла резкая боль в области лучезапястного сустава, усиливающаяся при любом движении кисти. Резко изменилась конфигурация сустава и лучевой кости.

Контрольные вопросы или задания. Какой способ иммобилизации?

Ответ: Транспортная иммобилизация (наложить шину от кончиков пальцев до середины плеча, косыночную повязку).

47. Условие задачи. В травматологическое отделение поступил пациент по поводу закрытого перелома большеберцовой кости правой голени в 1/3 без смещения. После проведения рентгенограммы костей голени, учитывая, что смещения отломков нет, врач наложил глубокую гипсовую лангетную повязку, назначил 50% анальгин в/м по 2,0. Измеряя температуру пациенту вечером последний пожаловался м/с на сильную боль в голени. При осмотре м/с обнаружила, что пальцы на стопе отечны, синюшны, холодные на ощупь.

Контрольные вопросы или задания. Перечислите признаки перелома костей и определите уровень транспортной иммобилизации при оказании помощи данному пациенту.

Ответ: Абсолютными симптомами перелома являются: деформация конечности, укорочение конечности, патологическая подвижность, крепитация отломков. При оказании помощи на догоспитальном этапе

необходимо провести иммобилизацию по задней поверхности голени от кончиков пальцев до с/3

бедра.

48. Условие задачи. Медсестра школьного медпункта оказывает помощь ученику, упавшему на перемене с опорой на правую кисть. При расспросе выявлено, что ребенок жалуется на боль в нижней трети правого предплечья, не может пользоваться конечностью. При осмотре она обнаружила деформацию предплечья

в 1/3, отек. Общее состояние ребенка ближе к удовлетворительному, пульс 88 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт. ст. Дыхание через нос свободное, 18 в мин.

Контрольные вопросы или задания. Какая выполняется транспортная иммобилизация при данном повреждении?

Ответ: М/с наложит транспортную иммобилизацию предплечья шиной Крамера придав среднефизиологическое положение конечности.

49. Условие задачи. Во время спортивной борьбы, после проведения приема, один из борцов почувствовал

острую боль в области левого плечевого сустава и надплечья, невозможность движений в верхней конечности. Объективно: пораженную конечность пострадавший придерживает здоровой рукой, голова

наклонена в сторону больного надплечья, визуально плечевой сустав деформирован, целостность кожи не нарушена, при пальпации головка плечевой кости определяется в подмышечной впадине. Спортсмен стонет

от боли. Вы обслуживаете соревнования.

Контрольные вопросы или задания. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Нужна ли транспортная иммобилизация? Как будите ее проводить?

Ответ: Диагноз: Закрытый вывих левого плеча. Транспортная иммобилизация шиной Крамера в том положении, которое приняла конечность (уменьшает боль, обеспечивает покой конечности, исключает дополнительную травматизацию тканей).

50. Условие задачи. Больная 45 лет, работает уборщицей, жалуется на боли в правой подмышечной области, на ограничение движений этой рукой, повышение температуры тела до 37,3 С. Заболела неделю назад, в правой подмышечной впадине появилось 3 болезненных ограниченных уплотнений шаровидной формы. Постепенно образования увеличивались в размерах, усилилась боль, появилось недомогание. Больная вынуждена была обратиться к хирургу поликлиники.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,2 С. В правой подмышечной впадине имеется уплотнение шаровидной формы, возвышающееся над кожей, которая синюшно – багрового цвета. В центре одной из припухлости имеется два узких отверстия, через которые выделяется гной. Пальпация данной области болезненна. Активные и пассивные движения правой руки из-за болезненности резко ограничены.

Контрольные вопросы или задания. Поставьте диагноз. Разработайте план лечения.

Ответ: Диагноз: гидраденит правой подмышечной области. Лечение: выстричь волосы ножницами в области гнойников, под местной инфильтративной анестезией 0,5% раствором новокаина вскрыть гнойники, санация гнойной полости, турунда с мазью "Левомеколь", обработка кожи вокруг раны бриллиантовым зеленым. Иммобилизация конечности при помощи косынки. Перед ежедневной перевязкой физиотерапевтическое лечение.

51. Условие задачи. Одинокый мужчина, 65 лет, пенсионер, болен сахарным диабетом, жалуется на общую слабость, повышение температуры тела, на сильную боль в области гнойной раны задней поверхности шеи.

Болен более недели, за медицинской помощью не обращался.

Объективно: состояние больного относительно удовлетворительное, бледен, температура тела 38,8 С,

пульс 102 в минуту. На задней поверхности шеи воспалительный инфильтрат 10*6 см, кожа над ним

багрово – красного цвета с синюшным оттенком, с множественными небольшими гнойными очагами.

Вокруг инфильтрата значительный отек, пальпация инфильтрата болезненна.

Контрольные вопросы или задания. Поставьте диагноз. Разработайте план лечения.

Ответ: Диагноз: карбункул шеи. Лечение: госпитализация в гнойное хирургическое отделение, консультация эндокринолога для коррекции углеводного обмена. Операция под общим

внутривенным наркозом, крестовидное рассечение карбункула с тщательным иссечением некротических тканей, взять посев гноя для определения антибиотикограммы. Адекватное дренирование резиновыми полосками, марлевый тампон с гипертоническим раствором, можно использовать ферменты. Целенаправленная антибиотикотерапия, при необходимости дезинтоксикационная терапия, режим постельный.

52. Условие задачи. У больной 32 лет на фоне повышенной потливости и раздражения кожи в правой

подмышечной области появилась болезненная припухлость, которая увеличивалась, повысилась температура

тела до 37,7 градусов Цельсия, через 2 дня обратилась к врачу. При осмотре в правой подмышечной области имеются несколько спаянных между собой плотных, резко болезненных образований 2х15 см, спаянные с

кожей, умеренно подвижные, незначительная гиперемия в центре. Флюктуация не определяется.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз? Пути проникновения инфекции и возможная локализация

этой патологии?

Ответ: Подмышечный гидраденит справа.

Инфекция чаще всего проникает через выводные протоки потовых желез, Помимо подмышечной области гидраденит

может локализоваться в паховой области, промежности, у женщин - в области ареолы соска.

53. Условие задачи. У больной 32 лет на фоне повышенной потливости и раздражения кожи в правой

подмышечной области появилась болезненная припухлость, которая увеличивалась, повысилась температура

тела до 37,7 градусов Цельсия, через 2 дня обратилась к врачу. При осмотре в правой подмышечной области имеются несколько спаянных между собой плотных, резко болезненных образований 2х15 см, спаянные с

кожей, умеренно подвижные, незначительная гиперемия в центре. Флюктуация не определяется.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз? Дифференциальный диагноз?

Ответ: Подмышечный гидраденит справа. Дифференциальный диагноз проводят с фурункулом, карбункулом,

лимфаденитом, актиномикозом, туберкулезным поражением лимфоузлов, метастазами рака в лимфоузлы, лимфогранулематозом, лимфолейкозом. При локализации в области промежности - с парапроктитом. При локализации в

паху - с ущемленной бедренной грыжей, в области ареолы - с маститом.

54. Условие задачи. У больной 32 лет на фоне повышенной потливости и раздражения кожи в правой

подмышечной области появилась болезненная припухлость, которая увеличивалась, повысилась температура

тела до 37,7 градусов Цельсия, через 2 дня обратилась к врачу. При осмотре в правой подмышечной области имеются несколько спаянных между собой плотных, резко болезненных образований 2х15 см, спаянные с

кожей, умеренно подвижные, незначительная гиперемия в центре. Флюктуация не определяется.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз? Лечение данной больной?

Ответ: Подмышечный гидраденит справа. Сбрить волосы в подмышечной яме, обработать кожу антисептиками, создание покоя для верхней конечности (косыночная повязка), местно - физиотерапия, обкалывание новокаином с антибиотиками. Внутримышечное введение антибиотиков.

55. Условие задачи. У больной 32 лет на фоне повышенной потливости и раздражения кожи в правой

подмышечной области появилась болезненная припухлость, которая увеличивалась, повысилась температура

тела до 37,7 градусов Цельсия, через 2 дня обратилась к врачу. При осмотре в правой подмышечной области имеются несколько спаянных между собой плотных, резко болезненных образований 2х15 см, спаянные с

кожей, умеренно подвижные, незначительная гиперемия в центре. Флюктуация не определяется.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз? Показания к операции?

Ответ: Подмышечный гидраденит справа. Показанием к хирургическому лечению является гнойный

гидраденит - когда появляется флюктуация или воспалительный процесс переходит на подкожную клетчатку.

56. **Условие задачи.** Больной С., 52 лет, обратился в поликлинику с жалобами на наличие плотного, болезненного инфильтрата в области верхней губы, головные боли, недомогание, повышение температуры до 37,4 градусов Цельсия. При осмотре - инфильтрат на верхней губе 1,0х1,5 см, с гиперемией кожи и отеком вокруг. Больному наложена повязка с мазью Вишневского, назначены антибиотики, после чего он был отпущен домой. Через

2 суток у больного температура повысилась до 40 градусов Цельсия, инфильтрат увеличился в размерах,

появился гнойный стержень в центре, резко выраженные головные боли, озноб, и он был госпитализирован по скорой помощи.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз? Верна ли тактика врача поликлиники?

Ответ: Фурункул верхней губы. Больного с такой локализацией фурункула необходимо срочно госпитализировать.

57. **Условие задачи.** Больной С., 52 лет, обратился в поликлинику с жалобами на наличие плотного, болезненного инфильтрата в области верхней губы, головные боли, недомогание, повышение температуры до 37,4 градусов Цельсия. При осмотре - инфильтрат на верхней губе 1,0х1,5 см, с гиперемией кожи и отеком вокруг. Больному наложена повязка с мазью Вишневского, назначены антибиотики, после чего он был отпущен домой. Через

2 суток у больного температура повысилась до 40 градусов Цельсия, инфильтрат увеличился в размерах,

появился гнойный стержень в центре, резко выраженные головные боли, озноб, и он был госпитализирован по скорой помощи.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз? В какое отделение был госпитализирован больной?

Ответ: Фурункул верхней губы. В гнойное хирургическое отделение.

58. **Условие задачи.** Больной С., 52 лет, обратился в поликлинику с жалобами на наличие плотного, болезненного инфильтрата в области верхней губы, головные боли, недомогание, повышение температуры до 37,4 градусов Цельсия. При осмотре - инфильтрат на верхней губе 1,0х1,5 см, с гиперемией кожи и отеком вокруг. Больному наложена повязка с мазью Вишневского, назначены антибиотики, после чего он был отпущен домой. Через

2 суток у больного температура повысилась до 40 градусов Цельсия, инфильтрат увеличился в размерах,

появился гнойный стержень в центре, резко выраженные головные боли, озноб, и он был госпитализирован по скорой помощи.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз? Какими осложнениями чревата данная патология?

Ответ: Фурункул верхней губы. Карбункул лица, флегмона, тромбофлебит, лимфаденит и лимфангит, менингит, сепсис.

59. **Условие задачи.** Больной С., 52 лет, обратился в поликлинику с жалобами на наличие плотного, болезненного инфильтрата в области верхней губы, головные боли, недомогание, повышение температуры до 37,4 градусов Цельсия. При осмотре - инфильтрат на верхней губе 1,0х1,5 см, с гиперемией кожи и отеком вокруг. Больному наложена повязка с мазью Вишневского, назначены антибиотики, после чего он был отпущен домой. Через

2 суток у больного температура повысилась до 40 градусов Цельсия, инфильтрат увеличился в размерах,

появился гнойный стержень в центре, резко выраженные головные боли, озноб, и он был госпитализирован по скорой помощи.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз? Лечение?

Ответ: Фурункул верхней губы. Постельный режим, обработка фурункула антисептиками, протеолитическими ферментами, антибиотикотерапия, физиотерапия. Показанием к вскрытию является абсцедирование.

60. **Условие задачи.** У больного после переливания крови на следующий день внезапно развился коллапс, озноб, выраженная слабость. А также отмечается повышение температуры тела до 38,9°C, пульс 110 уд./мин.,

дыхание: 24 дыхательных движений в 1 мин. Общий анализ крови: Эр.- $3,7 \times 10^{12}/л$, Нб - 98 г/л, ретикулоциты – 15%, Лейкоциты – $16 \times 10^9/л$; базофилов – 3%; палочкоядерных – 10%.

Контрольные вопросы или задания. Какое осложнение возникло у больного? Какие

дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ответ: Гематогенный сепсис. Бактериальный посев остатков донорской крови из флакона, посев крови больного на стерильность и определение чувствительности к антибиотикам.

61. **Условие задачи.** У больного после переливания крови на следующий день внезапно развился коллапс, озноб, выраженная слабость. А также отмечается повышение температуры тела до 38,9°C, пульс 110 уд./мин.,

дыхание: 24 дыхательных движений в 1 мин. Общий анализ крови: Эр.- $3,7 \times 10^{12}/л$, Нб - 98 г/л, ретикулоцитов – 15%, Лейкоцитов – $16 \times 10^9/л$; базофилов – 3%; палочкоядерных – 10%.

Контрольные вопросы или задания. Какое осложнение возникло у больного? Лечебная тактика.

Ответ: Гематогенный сепсис. Консервативное лечение: 1) антибактериальная терапия; 2) инфузионная дезинтоксикационная терапия; 3) антикоагулянтная терапия; 4) общеукрепляющая терапия.

62. **Условие задачи.** Больной Г. 45 лет на вторые сутки после операции по поводу абсцедирующего фурункула на коже правого плеча предъявляет жалобы на озноб, слабость. На протяжении года 5 раз оперировался по поводу абсцедирующих фурункулов различной локализации. С 18 лет наблюдался по поводу СД 2 типа. Объективно:

t – 38°C, АД – 90/50, ЧД – 23/мин., ЧСС – 90/мин. ОАК: анемия, СОЭ ускорено, лейкоцитоз. При бак исследовании крови обнаружен стафилококк.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз. Тактика лечения.

Ответ: Сахарный диабет 2 тип. Абсцедирующий фурункул правого плеча. Стафилококковый хирургический сепсис. Ревизия и санация первичного очага. Консервативное лечение: 1) антибактериальная терапия;

2) инфузионная дезинтоксикационная терапия; 3) антикоагулянтная терапия; 4) общеукрепляющая терапия;

5) местное лечение первичного гнойного очага согласно фазам течения раневого процесса.

63. **Условие задачи.** В приемный покой доставлена молодая женщина в крайне тяжелом состоянии: сознание помрачено, t – 40,3°C, озноб, заострение черт лица. Со слов родственников: неделю назад был удален зуб, температура тела держалась в течение всей недели 38,0 – 38,5°C. При осмотре пульс – 120/мин, АД – 90/50,

ЧД – 24/мин. Олигурия. ОАК: анемия (Нб – 86), лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево

($18 \times 10^9/л$, палочкоядерных – 16%), ускоренное СОЭ. Биохимический анализ крови: повышены креатинин и остаточный азот.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз. Тактика лечения.

Ответ: Одонтогенный сепсис. Ревизия и санация первичного очага. Консервативное лечение:

1) антибактериальная терапия; 2) инфузионная дезинтоксикационная терапия; 3) антикоагулянтная терапия;

4) общеукрепляющая терапия; 5) местное лечение первичного гнойного очага согласно фазам течения раневого процесса.

64. **Условие задачи.** У больного, оперированного по поводу разлитого гнойного перитонита, развившегося в

связи с перфорацией сигмы, из крови высеяны кишечная палочка и протей. Состояние больного тяжелое.

При рентгенографии легких выявлены признаки пневматических изменений.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз?

Ответ: Острый перитонеальный сепсис, септицемия, фаза катаболических расстройств.

65. **Условие задачи.** У больного, длительно страдавшего хроническим гнойным отитом, при очередном

обострении резко поднялась температура до 39-40°C, что сопровождалось ознобом, слабостью, желтушностью кожи. При лабораторном исследовании обнаружено: лейкоцитов $15 \times 10^9/л$, СОЭ 30 мм/час. Из крови высеян стафилококк. Нарастала анемия, появилась желтушность кожных покровов и склер, на коже гнойничковые высыпания.

Контрольные вопросы или задания. 1) Какое заболевание развилось у больного? 2) Чем обусловлено развитие желтухи?

Ответ: 1) Сепсис. Септикопиемия, 2) паренхиматозная желтуха.

66. **Условие задачи.** У больной через 3 дня после криминального аборта повысилась температура

до 40°C,

отмечено затемнение сознания, наличие на коже множественных кровоизлияний. Через 2 суток после появления этих симптомов наступила смерть.

Контрольные вопросы или задания. Какое заболевание развилось у больной?

Ответ: Сепсис. Септицемия.

67. **Условие задачи.** Больная поступила в клинику для вскрытия абсцесса ягодицы, образовавшегося после внутримышечной инъекции магнезии. После вскрытия абсцесса температура оставалась 39°C, появилась

одышка, затемнение сознания. Смерть наступила при явлениях острой сердечной недостаточности.

Контрольные вопросы или задания. 1) Какая клинико-морфологическая форма сепсиса развилась у больной?

2) Какой вид сепсиса в зависимости от характера входных ворот?

Ответ: 1) Сепсис. Септикопиемия, 2) хирургический.

68. **Условие задачи.** Больной П. 36 лет длительное время отмечает повышение температуры, слабость, в течение последних 8 месяцев больному выполнено 3 операции по поводу гнойников различной локализации (два межпечерных абсцесса брюшной полости, гнойный гонит). Поступил в хирургическое отделение с абсцессом легкого.

Контрольные вопросы или задания. Каковы причины данного состояния больного?

Ответ: Больной страдает хроническим сепсисом. Имеется иммунодефицитное состояние.

69. **Условие задачи.** В хирургическом отделении находится больной, оперированный по поводу гнойного аппендицита, диффузного перитонита. После операции прошло 3 недели. Однако у больного продолжает оставаться температура до 39,9°C с разницей вечерней и утренней температуры в 2-3°C. Повышение

температуры сопровождается ознобами, снижение — проливающим потом. Послеоперационная рана покрыта

серой фибриновой пленкой, грануляции скудные, бледные, вялые, из раны гнойное отделяемое. У больного отмечается потеря массы тела, наличие гнойничковых высыпаний на коже, снижение тургора кожи,

безразличное отношение к окружающим, иногда эйфория.

Контрольные вопросы или задания. Чем обусловлено состояние больного? Что необходимо делать?

Ответ: У больного выраженная клиническая картина сепсиса. Больному необходимо проводить интенсивную терапию, включая антибиотики, дезинтоксикационную, корригирующую и иммунотерапию. Проведение нескольких сеансов гипербарической оксигенации.

70. **Условие задачи.** Больная М. 55 лет упала дома, ударившись правой половиной грудной клетки об

тумбочку. Почувствовала сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при перемене положения тела. Вызвала «скорую», и была доставлена в больницу.

При осмотре — жалуется на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе.

Состояние

ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, за исключением боковой поверхности

грудной клетки справа, где имеется кровоподтек ~ 17×10 см. При пальпации в проекции IV, V, VI, VII ребер

справа по средне-подмышечной линии резкая боль, нечеткая крепитация костных отломков, подкожной

эмфиземы нет. При перкуссии и аускультации легких патологии нет. НЬ— 140 г/л, ЧДД 18 в', Рс — 92 уд в',

АД — 130/80 мм рт. ст. На R — грамме легких гидро- и пневмоторакса нет, имеется перелом IV, V, VI, VII ребер справа по средне-подмышечной линии. Больной сделана п/к инъекция промедола 1% — 1,0 мл, выполнена

местная анестезия, назначен постельный режим.

Контрольные вопросы или задания. Какие возможные осложнения со стороны органов грудной клетки

могут быть при переломе ребер?

Ответ: Гемоторакс, пневмоторакс, гемопневмоторакс, подкожная эмфизема.

71. **Условие задачи.** Больной С. 34 лет, работая дома во дворе, поскользнулся и упал на правую руку, появилась резкая боль в области предплечья. Была вызвана скорая помощь. Диагноз был

поставлен без затруднения –

перелом обеих костей предплечья. Учитывая состояние больного, его на носилках доставили в машину скорой помощи и отвезли в стационар.

Контрольные вопросы или задания. Все ли действия врача скорой помощи были правильны?

Ответ: Обезболивающие препараты не применены, иммобилизации нет.

72. **Условие задачи.** Больной 50 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке через 1 час после получения травмы. Из анамнеза: упал с высоты на тупой предмет правой половиной грудной клетки. Беспокоят боли в месте травмы, одышка. При физикальном обследовании пальпация резко болезненна в месте травмы, отмечается крепитация, обнаружен коробочный звук в проекции правого легкого, ослабление голосового дрожания, аускультативно дыхание прослушивается плохо. На рентгенограмме: перелом 5 ребра слева, полоска газа в плевральной полости.

Контрольные вопросы или задания. Какое осложнение развилось у больного, какую лечебную манипуляцию можно применить, какие возможны осложнения, в каком месте необходимо произвести, какие лечебные мероприятия необходимы в случае ее неэффективности.

Ответ: У больного пневмоторакс. Показана плевральная пункция. Осложнения: прокол легкого, диафрагмы, печени, селезенки, желудка, внутриплевральное кровотечение, воздушная эмболия сосудов головного мозга.

Точка для плевральной пункции при пневмотораксе – 2 межреберье по среднеключичной линии. В случае неэффективности – активное дренирование плевральной полости.

73. **Условие задачи.** В травматологическое отделение доставлен больной с закрытыми переломами правого бедра и левой голени. Сопровождающий врач скорой помощи сообщил, что больному введены наркотические обезболивающие средства.

Контрольные вопросы или задания. Что следует сделать больному?

Ответ: Больному необходимо сделать новокаиновую блокаду зон переломов и провести рентгенологическое исследование.

74. **Условие задачи.** Пострадавшему после скелетного вытяжения по поводу перелома бедра наложена гипсовая повязка. На следующий день больной стал жаловаться на боли в конечности распирающего характера. Пальцы стопы отечны, синюшны.

Контрольные вопросы или задания. Укажите причины изменения состояния больного и Ваши действия?

Ответ: Пострадавшему наложена гипсовая повязка слишком плотно. Имеет место нарушение местного кровообращения. Повязку следует снять и наложить новую.

75. **Условие задачи.** При обследовании пациента на месте происшествия врач Скорой помощи выявил наличие перелома правого бедра. Наложил транспортную шину и доставил больного в травматологическое отделение.

Контрольные вопросы или задания. Все ли сделал врач?

Ответ: Нет. На месте происшествия больному необходимо провести профилактику шока.

76. **Условие задачи.** Больному с переломом правого бедра была наложена тазобедренная гипсовая повязка. Через 4 час после наложения повязки появилось чувство жжения пальцев стопы, побледнение кожи. На ощупь пальцы стали холодными.

Контрольные вопросы или задания. Назовите осложнение.

Ответ: Сдавление нервно-сосудистого пучка.

77. **Условие задачи.** В травматологическое отделение больницы через час после травмы доставлен больной В.

40 лет с диагнозом: "Открытый перелом костей правой голени". В последствии проводилось лечение больного вытяжением за пяточную кость. На рану наложена асептическая повязка.

Контрольные вопросы или задания. Правильно ли оказана помощь больному?

Ответ: Не производилась первичная хирургическая обработка.

78. **Условие задачи.** В травматологическое отделение поступил больной 45 лет с диагнозом: "Закрытый

оскольчатый перелом правого бедра". Врачом решено начать лечение путем лейкопластырного вытяжения конечности. Для тяги применен груз 10 кг.

Контрольные вопросы или задания. Правильно ли выбран способ лечения?

Ответ: Необходимо было применить скелетное вытяжение.

79. **Условие задачи.** У работника К. 20 лет рука попала в движущийся механизм станка. Срочно был вызван

цеховой врач, который диагностировал открытый перелом костей предплечья, осложнившийся кровотечением. Срочно наложен жгут на плечо, произведена иммобилизация конечности шиной Крамера и больной транспортирован в травмпункт.

Контрольные вопросы или задания. Все ли сделал врач, оказывая первую помощь больному?

Ответ: Нет асептической повязки на рану.

80. **Условие задачи:** У пациента 56 лет планируется выполнение резекции желудка. В процессе проведения общего обезболивания выявляются следующие признаки: ослабление и затем полное исчезновение рефлексов

(гортанно-глоточного и роговичного), дыхание спокойное, пульс и артериальное давление на донаркозном

уровне, зрачки постепенно расширяются, параллельно с этим происходит ослабевание их реакции на свет. Движения глазных яблок нет, зрачки устанавливаются центрально, начинается расслабление скелетных мышц.

Контрольные вопросы или задания: Какая стадия наркоза у пациента? Целесообразно ли на этой стадии выполнение хирургического вмешательства на органах брюшной полости?

Ответ: Второй уровень третьей стадии наркоза. Выполнение вмешательства на этой стадии и уровне наркоза целесообразно.

81. **Условие задачи:** Пациента, страдающего раком желудка готовят к оперативному вмешательству. Накануне операции анестезиолог беседует с пациентом, выясняет анамнестические данные о перенесенных заболеваниях, лекарственной аллергии, оценивает состояние всех систем организма. На ночь пациенту дают снотворное,

делают очистительную клизму, запрещают есть и пить, вводят зонд в желудок и очищают его.

Непосредственно перед операцией делают премедикацию.

Контрольные вопросы или задания: С какой целью пациенту перед наркозом вводят зонд в желудок и

очищают его? Что включает в себя премедикация?

Ответ: Для профилактики аспирации желудочного содержимого во время проведения общей анестезии. Премедикация: промедол (омнопон) 1-2% 1,0, атропин 0,1%-1,0, супрастин (димедрол) 1,0-2,0.

82. **Условие задачи:** Врачами скорой медицинской помощи сразу в операционную доставлен пациент с обширной резаной раной шеи на уровне верхнего края щитовидного хряща. Пациент возбужден, из раны со свистом при каждом выдохе выходит воздух с пенистой кровью, отмечается цианоз, одышка, охриплость голоса,

щитовидный хрящ практически полностью пересечен, визуализируются голосовые связки.

Контрольные вопросы или задания: Каким образом в такой ситуации необходимо проводить интубацию

трахеи для общей анестезии?

Ответ: Пациенту необходимо выполнить коникотомию или быстро трахеостомию и установить эндотрахеальную трубку через коникотомическое отверстие.

83. **Условие задачи:** У больного в момент выведения из эндотрахеального наркоза развились явления дыхательной недостаточности. При аускультации легких хлопочущее дыхание, цианоз лица, в полости рта рвотные массы. В момент экстубации обнаружено, что разорвалась манжетка на эндотрахеальной трубке.

Контрольные вопросы или задания: Укажите вид развившегося осложнения? Объем лечебных мероприятий

при данном осложнении?

Ответ: Регургитация рвотными массами. Туалет полости рта, санационная бронхоскопия.

84. **Условие задачи:** Девочке Л., 5 лет, была выполнена операция по поводу острого аппендицита под комбинированным масочным наркозом. Сразу после внутривенного вводного наркоза наложена маска и начата подача фторотана, после чего анестезиолог отлучился из операционной. На 20 минуте во время основного этапа операции в период наиболее глубокого наркоза у пациентки вначале возникла инспираторная одышка, а затем наступило апноэ, появился цианоз.

Контрольные вопросы или задания: Какова наиболее вероятная причина апноэ? Какие ошибки были

допущены при проведении наркоза?

Ответ: Причиной апноэ стало западение языка. Больной не была введена S-образная трубка. Грубой

ошибкой также является отсутствие анестезиолога в операционной. В такой ситуации для профилактики западения языка необходимо вручную удерживать нижнюю челюсть.

85. Условие задачи: Больной В. 30 лет уколол 2 палец правой кисти рыбной костью. Ночью не спал

из-за дергающих болей в пальце. На другой день обратился к хирургу в поликлинику. Объективно: состояние удовлетворительное $t 37,5^{\circ}$, $L 9,2 \times 10 \times 9$, ногтевая фаланга II пальца правой кисти резко отечна, напряжена, болезненна при пальпации, умеренно гиперемированна. На передней поверхности предплечья имеются красные, болезненные тяжи, отмечается уплотнение по их ходу по типу натянутых струн, данные образования проходят рядом с подкожными венами, которые не изменены. Больной был оперирован в срочном порядке. Под местной анестезией произведено вскрытие и дренирование гнойного очага резиновыми дренажами. Наложена повязка с левомеколем.

Контрольные вопросы или задания: Какое заболевание развилось у больного? Какой вид местной анестезии необходимо использовать при данной патологии (указать автора)? Техника выполнения этого вида анестезии.

Ответ: Подкожный панариций. Проводниковая анестезия по Лукашевичу-Оберсту. Наложить жгутик у

основания пальца. Ниже жгута по обеим боковым поверхностям пальца вводят 1-2% раствор новокаина (лидокаина) по 2 мл с каждой стороны.

86. Условие задачи: Больной С. Поступил в отделение гнойной хирургии с клиникой влажной гангрены правой

стопы с переходом на н/3 голени. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом II типа. При поступлении

глюкоза крови $10,2$ ммоль/л, $L 15,7 \times 10 \times 9$. состояние больного тяжелое, признаки гнойной интоксикации, пульс

на подколенной артерии справа отсутствует. После проведения инфузионной, дезинтоксикационной и корригирующей терапии, через день больной был в срочном порядке прооперирован под спинномозговой анестезией. Произведена ампутация правой нижней конечности на уровне с/3 бедра.

Контрольные вопросы или задания: Техника проведения спинномозговой анестезии, кто впервые

предложил спинномозговую анестезию?

Ответ: Пункция производится сидя или лежа на боку между 2 и 3 поясничными позвонками (не выше !),

строго по средней линии соответственно направлению остистых отростков позвонков игла Брауна проходит

через надостную, межостную и желтую связки, далее после прохождения перидурального пространства извлекается мандрен, игла прокалывает твердую мозговую оболочку и попадает в ликворное пространство. Выделяется ликвор – жидкость желтоватого цвета – после чего вводят анестезирующий раствор и больного укладывают на спину. Спинномозговую анестезию в 1889 г. предложил Бир.

87. Условие задачи: Больной С. Поступил в отделение гнойной хирургии с клиникой влажной гангрены правой

стопы с переходом на н/3 голени. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом II типа. При поступлении

глюкоза крови $10,2$ ммоль/л, $L 15,7 \times 10 \times 9$. состояние больного тяжелое, признаки гнойной интоксикации,

пульс на подколенной артерии справа отсутствует. После проведения инфузионной, дезинтоксикационной и корригирующей терапии, через день больной был в срочном порядке прооперирован под спинномозговой анестезией. Произведена ампутация правой нижней конечности на уровне с/3 бедра.

Контрольные вопросы или задания: В каком положении должен находиться больной на операционном столе, и какие растворы (гипобарный или гипербарный) необходимо вводить в спинномозговой канал при ампутации нижней конечности?

Ответ: Для проведения спинальной анестезии используют 5% раствор новокаина – 2,0 мл, или лидокаина 2% – 2,0 мл.

88. Условие задачи: Больной 20 лет доставлен в операционную на плановую операцию по

поводу паховой грыжи. Обезболивание - спинномозговая анестезия.

Контрольные вопросы или задания: Правильно ли хирургом сделан выбор метода анестезии и какой метод наиболее рационален при данной операции?

Ответ: Выбор анестезии неправильный; наиболее рациональным будет метод инфильтрационной анестезии по А.В.Вишневскому.

89. **Условие задачи:** Больной Б. 30 лет был взят в операционную, планируется операция на венах левой нижней конечности. Анестезия - перидуральная 1% раствором дикаина. После введения первых бмл у больного

произошла остановка дыхания и сердечной деятельности.

Контрольные вопросы или задания: Назовите вероятную причину остановки сердца и дыхания.

Ответ: Раствор дикаина был введен в субарахноидальное пространство.

90. **Условие задачи.** У больного во время переливания в/в. капельно раствора гидролизата казеина отмечены озноб, затруднение дыхания, слабость, головокружение, сердцебиение, одышка, угнетение сознания, снижение артериального давления до 90/60 мм.рт.ст.

Контрольные вопросы или задания. Ваш диагноз? К какой группе кровезаменителей относится данный препарат?

Ответ: Анафилактический шок. Белковые кровезаменители.

91. **Условие задачи.** У больного во время переливания в/в. капельно раствора гидролизата казеина отмечены озноб, затруднение дыхания, слабость, головокружение, сердцебиение, одышка, угнетение сознания, снижение артериального давления до 90/60 мм.рт.ст.

Контрольные вопросы или задания. Лечебные мероприятия?

Ответ: Введение антигистаминных препаратов, гормонов, противошоковых кровезаменителей в/в капельно, увлажненный кислород, теплые грелки к ногам, кардиотоники.

92. **Условие задачи.** В приемное отделение больницы доставлены на попутной легковой машине больной 50 лет с открытым диафизарным переломом бедра в состоянии шока. Кровотечение из раны практически не

наблюдается, АД – 100/70 мм рт. ст. PS- 100 уд\мин. НЬ- 120 г\л.

Контрольные вопросы или задания. Лечебные мероприятия у данного больного?

Ответ: 1) Противошоковая терапия заключается в адекватном обезболивании, введение противошоковых кровезаменителей, при необходимости - гормональная и кардиотоническая терапия.

2) После выведения больного из шока - ПХО раны, репозиция и фиксация костных отломков с помощью скелетного вытяжения. Проведение экстренной профилактики столбняка, В дальнейшем возможен металлоостеосинтез бедренной кости.

93. **Условие задачи.** Пациент К., 44 лет, находится в хирургическом отделении с диагнозом острый панкреатит.

До госпитализации в течение 4 дней злоупотреблял алкоголем. В результате проведенной консервативной

терапии болевой синдром купирован, отмечена незначительная положительная динамика в состоянии, однако сохраняются выраженные явления интоксикации.

Контрольные вопросы или задания. Плазмозамещающие растворы какой группы следует включить в инфузионную терапию? Классификация кровезаменителей.

Ответ: Плазмозамещающие растворы дезинтоксикационного действия.

Гемодинамические, дезинтоксикационные, препараты для парентерального питания, регуляторы кислотно-основного состояния и водно-солевого баланса.

94. **Условие задачи.** Пациент К., 44 лет, находится в хирургическом отделении с диагнозом острый панкреатит.

До госпитализации в течение 4 дней злоупотреблял алкоголем. В результате проведенной консервативной

терапии болевой синдром купирован, отмечена незначительная положительная динамика в состоянии, однако сохраняются выраженные явления интоксикации.

Контрольные вопросы или задания. Плазмозамещающие растворы какой группы следует включить в инфузионную терапию? Что такое биологическая проба и следует ли её проводить при

переливании кровезаменителей?

Ответ: Плазмозамещающие растворы дезинтоксикационного действия. Переливание начинают с

того, что переливают в три этапа по 10-15 мл трансфузионной/инфузионной среды струйно с интервалом в 3 мин. При отсутствии реакции можно продолжать переливание. Биологическая проба должна выполняться при переливании кровезаменителей.

95. **Условие задачи.** В результате удара по переносице кулаком началось обильное выделение крови. Больной беспокоен, сплёвывает кровь, частично её проглатывает.

Контрольные вопросы или задания. Определите неотложное состояние пациента. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.

Ответ: Диагноз: носовое кровотечение. 2. Алгоритм оказания неотложной помощи: а) в положение сидя

наклонить голову пациента вперед, обеспечить его лотком для сплевывания крови; б) приложить холод на переносицу, прижать крылья носа к перегородке. При неэффективности произвести переднюю тампонаду носа стерильной марлевой турундой, смоченной 3% раствором перекиси водорода или применить гемостатическую губку. Наложить пращевидную повязку

96. **Условие задачи.** Молодой человек получил ножевое ранение в грудь. Под ключицей справа-резаная рана размером 3 x 1,5 см, из которой вытекает пенная кровь. В распоряжении оказывающего помощь имеются:

флакон со спиртовым раствором йода, нестерильный целлофановый пакет, бинт.

Контрольные вопросы или задания. Какова первая помощь?

Ответ: В данном случае, после обработки раны раствором йода, следует приложить на салфетку (или кусочек бинта), закрывающих рану, - целлофановый пакет и туго забинтовать его циркулярной повязкой. Необходимо провести противошоковые мероприятия: дать теплый чай, обезболивающие и успокаивающие препараты (анальгин, настойку валерианы или пустырника) и транспортировать пострадавшего в лечебное учреждение в полусидячем положении

97. **Условие задачи.** Больной, с целью самоубийства нанес себе раны на левой верхней конечности. Кожные

покровы бледные. На передней поверхности левого предплечья раны, кровоточат, кровь вытекает медленной струей, темного цвета.

Контрольные вопросы или задания. Вид кровотечения. Способ остановки данного кровотечения. Тип повязки для остановки кровотечения. Правила наложения повязки.

Ответ: 1. Венозное. 2. Сдавление в ране. 3. Давящая повязка. 4. Стерильные салфетки туго приматываются к месту кровотечения.

98. **Условие задачи.** Больной М. 7 лет, повредил колено при беге. Рана обширная, кровь насыщенного красного цвета, вытекает медленно, в небольшом объеме.

Контрольные вопросы или задания. Вид кровотечения. Способ остановки данного кровотечения. Тип повязки для остановки кровотечения.

Ответ: 1. Капиллярное. 2. Приложение салфеток. 3. Рыхло тампонировать раневую поверхность стерильными салфетками с 3% перекисью водорода.

99. **Условие задачи.** Больной М. 25 лет поступил в приемное отделение с жалобами на наличие раны в области правого предплечья, продолжающееся кровотечение из раны, головокружение. При осмотре отмечается

бледность кожных покровов, частота пульса — 96 уд./мин, АД — 105/65 мм рт. ст. В области нижней трети правого предплечья по внутренней поверхности имеется рана размером 10 x 2 см с ровными краями и стенками.

Контрольные вопросы или задания. Какие лечебные мероприятия на догоспитальном этапе необходимо произвести?

Ответ: Лечебные мероприятия: догоспитальный этап - временная остановка кровотечения (пальцевое прижатие, наложение жгута), противошоковая терапия (инфузионная терапия, наркотические анальгетики).