

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Частные вопросы общей хирургии

учебное пособие для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 3 курса
лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического
факультетов.

Оренбург, 2015 г.

УДК 617(075.4)
ББК 54.5.Я7У90

Авторы:

В.К. Есипов, П.П. Курлаев, О.М. Абрамзон, С.А. Швецов, Ю.П. Белозерцева.

Под общей редакцией заведующего кафедрой общей хирургии, д.м.н., профессора
В.К. Есипова.

Учебное пособие «Частные вопросы общей хирургии» для самостоятельной
внеаудиторной работы студентов 3 курса, обучающихся по специальности:
«Лечебное дело» (060101.65), «Педиатрия» 060103.65; «Медико-
профилактическое дело»-060105.65; «Стоматология»- 060201.65
; Оренбург, 2015,152с

Учебное пособие составлено на кафедре общей хирургии Оренбургского
государственного медицинского университета, содержит 11 методических разработок тем
практических занятий и 725 вопросов по разделам учебной программы и предназначено для
использования при самостоятельной подготовке студентов III курса.

Рецензенты:

А.Г.Хасанов – доктор медицинских наук, профессор, заведующий
кафедрой хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ

Д.В.Демин- доктор медицинских наук, доцент, заведующий
кафедрой факультетской хирургии ОрГМУ.

Пособие рассмотрено и рекомендовано к печати ЦМК ОрГМУ

ВВЕДЕНИЕ

Современная парадигма образования преследует цель научить студента самостоятельно ставить задачи, интегрировать идеи, строить проекты и реализовывать их эффективно на рынке медицинских услуг. Для успешной реализации данной цели важная роль отводится правильной организации и уровню учебно-методического обеспечения внеаудиторной работы студентов.

В настоящее время отечественная система образования претерпевает серьезные изменения. Новые федеральные государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) вводимые с 2011 года, предполагают переход от традиционной к компетентностной системе подготовки выпускников высшей школы.

Компетентностный подход в высшем образовании направлен на формирование ключевых (базовых, универсальных) и профессиональных компетенций, т.е. готовности студентов использовать усвоенные фундаментальные знания, умения и навыки, а также способы деятельности для решения практических и теоретических задач, возникающих в результате их профессиональной деятельности.

После аналитического изучения общих вопросов хирургии (асептика, антисептика, кровотечения, переливание компонентов крови, основ анестезиологии и реаниматологии) становится возможным синтетическое изучение основ клинической хирургии- базиса частной хирургии. Предлагаемое учебное пособие призвано помочь студенту в приобретении умений, клинического, лабораторного и инструментального обследования больных. Знание клинических синдромов основных хирургических заболеваний, травматических повреждений, воспалительных заболеваний, опухолей значительно облегчает в последующем освоение как частной хирургии, так и других разделов клинической медицины.

Учебное пособие включает материалы в соответствии с действующими требованиями ФГОС третьего поколения для медицинских ВУЗов и рабочими программами по «Общей хирургии». В частности, по учебной дисциплине «Общая хирургия. Лучевая диагностика» по специальности -060101.65 «Лечебное дело», пособие ориентирует на формирование следующих компетенций:

ОК-1 – способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

ПК – 1 - способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками.

ПК-3 – способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности.

ПК – 5 - способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных методов исследования, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного.

ПК-7 - способностью и готовностью применять методы асептики и антисептики, использовать медицинский инструментарий, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций,

владеть техникой ухода за больными.

ПК 15 – способность и готовность к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом.

ПК-17 - способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний.

ПК-19 – способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и подростков, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок); использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия

ПК-21 - способностью и готовностью осуществлять взрослому населению и подросткам первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний, в экстремальных условиях эпидемий, в очагах массового поражения, проводить госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке, проводить лечебно-эвакуационные мероприятия в условиях чрезвычайной ситуации;

ПК -27 - способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций.

По учебной дисциплине «Общая хирургия. Лучевая диагностика» по специальности «Педиатрия»-060103.65 пособие ориентирует на формирование следующих компетенций :

ОК-1 - способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

ОК-8 – способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну

ПК-5 - способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала у больных детей и подростков, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка;

ПК-15 - способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом;

ПК-17 - способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения

патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний;

ПК-19 – способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и подростков, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок); использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия

ПК-21 - способностью и готовностью осуществлять взрослому населению и подросткам первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний

ПК -27 - способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций.

По учебной дисциплине «Общая хирургия, оперативная хирургия, анестезиология, урология» по специальности «Медико-профилактическое дело»-0601105.65 пособие ориентирует на формирование следующих компетенций:

ОК-4 - способность и готовность к деятельности в различных сферах общественной жизни с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдению правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией

ПК-4 – владением основами делопроизводства с использованием и анализом учетно-отчетной документации.

ПК-19 – способностью и готовностью к использованию современной диагностической аппаратуры и проведению лабораторной, лучевой и функциональной диагностики.

ПК-20 – способностью и готовностью к постановке предварительного клинического диагноза

ПК-21 – способностью и готовностью к оказанию первой врачебной помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, а также в экстремальных условиях эпидемий, в очагах массового поражения.

ПК-25 – способностью и готовностью к реализации этических и деонтологических аспектов врачебной деятельности в общении с коллегами, другим медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.

По учебной дисциплине «Общая хирургия , хирургические болезни» по специальности «Стоматология»-060201.65 пособие ориентирует на формирование следующих компетенций:

ОК-1 - способностью анализировать социально-значимые проблемы и использовать на практике методы естественнонаучных, морфологических и клинических наук.

ОК-8 – способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.

ПК-1 - способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, медицинскими сестрами и

младшим персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками

ПК-3 - способностью формировать системный подход к анализу медицинской информации, опираясь на принципы фундаментальной медицины и принимать решения с использованием теоретических знаний и практических умений

ПК-5 - способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного;

ПК-7 - способностью и готовностью применять методы асептики и антисептики, использовать медицинский инструментарий.

ПК-20 - способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом;

ПК-22 - способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний.

Наиболее полно реализовать требования ФГОС ВПО третьего поколения позволяет модульный принцип организации учебного процесса. В качестве учебно-методического обеспечения самостоятельной внеаудиторной работы, введение модульной системы обучения позволит улучшить качество преподавания дисциплины за счет систематизации, расширения и закрепления теоретических знаний и практических навыков студентов, развития познавательной способности и повышения мотивации обучения, формирования ключевых компетенций:

Разработанный оригинальный пакет тестовых заданий по каждой теме дает возможность студентам осуществлять самоконтроль готовности по теме каждого занятия. Эти задания используются на практических занятиях в качестве входного контроля. Наиболее значимые для профессиональной подготовки тесты включены также для итогового контроля в виде экзамена или зачета.

Учебное пособие содержит 11 методических разработок тем и 725 контрольных тестов по программе общей хирургии. После каждой темы даны эталоны ответов.

Содержание

Введение.....2

«Частные вопросы общей хирургии»

| | |
|--|-----|
| 1. Клиника и диагностика переломов длинных трубчатых костей..... | 8 |
| 2. Лечение переломов длинных трубчатых костей..... | 21 |
| 3. Асептические и свежеинфицированные раны..... | 33 |
| 4. Гнойные раны..... | 48 |
| 5. Этиология, патогенез, клиника термических ожогов | 59 |
| 6. Лечение термических ожогов..... | 72 |
| 7. Этиология, клиника и лечение отморожений..... | 72 |
| 8. Острая гнойная хирургическая инфекция..... | 88 |
| 9. Гематогенный остеомиелит..... | 102 |
| 10. Костно-суставной туберкулез..... | 115 |
| 11. Опухоли..... | 126 |

Модуль 2 « Основы хирургии повреждений»

Занятие №1

1. Тема занятия: «Клиника и диагностика переломов длинных трубчатых костей».

2. Цель занятия:

1. Усвоить:

-клиническую картину, симптоматику и диагностику переломов длинных трубчатых костей и их осложнений.

2. Освоить навыки:

- сбора, клинической оценки анамнеза, клинического обследования, формулировки диагноза у больных с переломами.

3. Ознакомиться с рентгеносимптоматикой переломов.

3. Таблица учебных элементов (УЭ) к теме: «Клиника и диагностика переломов длинных трубчатых костей».

| № УЭ. | Наименование УЭ |
|-------|---|
| 1. | Переломы. |
| 2. | Классификация. |
| 3. | По происхождению |
| 4. | Врождённые. |
| 5. | Приобретенные. |
| 6. | Травматические. |
| 7. | Патологические. |
| 8. | По наличию повреждений кожи и слизистых оболочек. |
| 9. | Открытые. |
| 10. | Закрытые. |
| 11. | По механизму повреждения. |
| 12. | Прямая травма. |
| 13. | Сдавление (компрессия). |
| 14. | Перегиб. |
| 15. | Скручивание. |
| 16. | Огнестрельные. |
| 17. | По характеру повреждения. |
| 18. | Полные. |
| 19. | Неполные. |
| 20. | По направлению линии излома. |
| 21. | Поперечные. |
| 22. | Косые. |
| 23. | Продольные. |
| 24. | Оскольчатые. |
| 25. | Винтообразные. |
| 26. | Вколоченные. |
| 27. | Сколоченные. |
| 28. | По локализации. |
| 29. | Апофизарные |
| 30. | Эпифизарные. |
| 31. | Метафизарные. |

| | |
|-----|---|
| 32. | Диафизарные. |
| 33. | По количеству. |
| 34. | Одиночные. |
| 35. | Множественные. |
| 36. | По наличию смещения отломков. |
| 37. | Без смещения. |
| 38. | Со смещением. |
| 39. | По ширине. |
| 40. | По длине. |
| 41. | Под углом. |
| 42. | Ротационное. |
| 43. | По наличию осложнений. |
| 44. | Неосложнённые переломы. |
| 45. | Осложнённые. |
| 46. | Местные осложнения. |
| 47. | Повреждения сосудов и нервов. |
| 48. | Повреждения внутренних органов. |
| 49. | Общие осложнения. |
| 50. | Травматический шок. |
| 51. | Жировая эмболия. |
| 52. | Диагностика. |
| 53. | Жалобы. |
| 54. | Анамнез. |
| 55. | Местные признаки переломов. |
| 56. | Абсолютные симптомы перелома. |
| 57. | Характерная деформация сегмента. |
| 58. | Патологическая подвижность. |
| 59. | Крепитация отломков. |
| 60. | Изменение анатомической длины сегмента. |
| 61. | Относительные симптомы перелома. |
| 62. | Локальная болезненность. |
| 63. | Вынужденное положение. |
| 64. | Нарушение функции. |
| 65. | Рентгенодиагностика. |
| 66. | Правила рентгенографии. |
| 67. | Рентгенологические признаки переломов. |
| 68. | Заживление переломов. |
| 69. | Виды заживления. |
| 70. | Первичное. |
| 71. | Вторичное. |
| 72. | Стадии заживления. |
| 73. | Первичная костная мозоль. |
| 74. | Вторичная костная мозоль. |
| 75. | Слой костной мозоли. |
| 76. | Интермедиарная. |
| 77. | Эндостальная. |
| 78. | Периостальная. |
| 79. | Параоссальная. |
| 80. | Предварительная формулировка диагноза. |
| 81. | Окончательная формулировка диагноза. |

4. Граф логической структуры практического занятия по теме «Клиника и диагностика переломов длинных трубчатых костей» (приложение №9)

5. Интеграция темы: «Клиника и диагностика переломов длинных трубчатых костей»

| Вопросы обсуждаемые на кафедре общей хирургии | Интеграция вопросов на других кафедрах |
|---|---|
| 1. Определение, механизм возникновения, классификация переломов и ее значение в клинике. | Кафедра детской хирургии: особенности переломов длинных трубчатых костей в зависимости от возраста ребенка. |
| 2. Физические свойства кости в зависимости от возраста, рентгеноанатомия костей. | Кафедра анатомии и гистологии: анатомофизиологические особенности длинных трубчатых костей. |
| 3. Патологоанатомические изменения при переломах и их сращениях. Патологические переломы. | Кафедра патанатомии: источники, составные части и стадии формирования костной мозоли. |
| 4. Диагностика переломов | Кафедра рентгенологии: правила рентгенографии костей. Рентгенодиагностика свежих и консолидированных переломов. |

6. Контрольные вопросы.

При подготовке к занятию необходимо найти ответы на следующие вопросы:

1. Определение понятия и классификация переломов костей.
 2. Механизм переломов костей конечностей. Особенности переломов двукостных сегментов скелета.
 3. Патологическая анатомия переломов длинных трубчатых костей. Изменения в момент травмы. Примерный объем кровопотери при закрытых переломах.
 4. Закономерности заживления переломов. Источники, составные части и стадии формирования костной мозоли.
 5. Осложнения при переломах в момент травмы (травматический шок, жировая эмболия и др.) и в процессе заживления (замедленная консолидация, ложный сустав и др.).
 6. План обследования травматического больного. Жалобы.
 7. Анамнез при травматических повреждениях. Обстоятельства травмы и механизм повреждения (сила и направление удара, положение больного и состояние его в момент травмы).
 8. Значение анамнестических данных о перенесенных заболеваниях и травмах, наличии системных заболеваний.
 9. Местные симптомы переломов и их выявление (данные осмотра, методика пальпации, измерений, исследование функции).
 10. Рентгеноанатомия здоровой кости и рентгеносимптоматика переломов. Признаки свежего и консолидирующего перелома.
 11. Оформление диагноза при переломах.
- Особенности механизма, клинических проявлений и заживления переломов у детей

7. Перечень практических умений:

Студент на занятии должен приобрести следующие умения:

1. Сбор жалоб и анамнеза травмы
2. Исследовать место перелома.
3. Определить абсолютную и относительную длину конечности при переломах.
4. Определить на рентгенограмме наличие перелома и его вид.
5. Сформулировать диагноз с учетом классификационных признаков.
6. Определить признаки наиболее опасных общих и местных осложнений

8. Краткие рекомендации

Переломы костей составляют 6-7% по отношению ко всем закрытым травмам. Чаще всего наблюдают переломы костей кисти и стопы (более 60%), переломы костей предплечья и голени по частоте распределяются одинаково и составляют вместе 20%, ребер и грудины – 6%; значительно реже встречаются переломы позвонков, таза и бедренной кости (в пределах 0,5 – 0,9%). Следует обратить внимание на диагностику как местных, так и общих последствий повреждения, осложняющих клинические проявления и течения переломов; на соблюдение деонтологических принципов при обследовании больных с травмами.

Необходимо вспомнить рентгеноанатомию костей, усвоить требования, предъявляемые к рентгенограмме:

1. Рентгенограмма должна производиться минимум в 2-х проекциях: прямой и боковой;
2. Должна быть отчетливо видна структура костной ткани;
3. Следует захватить один из близлежащих суставов, а иногда и оба;
4. Не должно быть артефактов;
5. Должна быть маркировка, в т.ч. обозначение сторон (прав., лев.);
6. У детей снимать симметричный сегмент.

На основании рентгенограммы нужно уметь определить уровни переломов: диафизарные, эпифизарные и метафизарные, апофизарные.

По рентгенограммам объясняют механизм переломов: отрывных, ротационных, переломов по типу «зеленой веточки», оскольчатых, компрессионных, дырчатых; перелома-вывихов.

На основании рентгенограмм определяют линию излома: поперечную, косую, скошенную, винтообразную, продольную, Т-образную, У-образную и др; характер линии излома: гладкая, зубчатая, острая по краям. Сформулировать понятия о первичном смещении (от перводействующей силы) и вторичном смещении (от мышечной контрактуры), третичное. Возможность таких переломов, как поднадкостничные, сколоченные, вколоченные. Особенности переломов костей предплечья и голени.

По рентгенограммам определяют виды смещения отломков:

- 1) смещение отломков по длине с захождением одного за другой с укорочением конечности и расхождением отломков (диастаз);
- 2) смещение отломков по ширине с соприкосновением отломков и без него; на полный диаметр кости, наполовину и четверть его;
- 3) смещение под углом, открытым внутрь, наружу, кпереди, кзади;
- 4) смещение отломков по периферии (ротационное) определяется по рентгенограмме, захватывающие два сустава в двух проекциях.

Эта работа завершается оформлением диагноза в письменном виде.

9. Самостоятельная работа во внеучебное время (контроль на практическом занятии).

Домашнее задание: нарисовать схему типичных смещений отломков при переломах на уровне $v/3$, $c/3$, $n/3$ диафиза бедра, описать их причину и клинические симптомы по данным осмотра и измерения длины сегмента.

Темы рефератов:

1. Клиника и лечение закрытых повреждений мягких тканей .
2. Жировая эмболия

10. Тестовые задания по теме: «Клиника и диагностика переломов длинных трубчатых костей».

1. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ СОЧЕТАНИЕ МЕХАНИЗМА ТРАВМЫ И ВИДА ПЕРЕЛОМА?

- 1) Прямой удар и винтообразный перелом
- 2) Падение с высоты и вколоченный перелом
- 3) Ротационный механизм и оскольчатый перелом
- 4) Резкое напряжение мышц и поперечный перелом диафиза

2. КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ АБСОЛЮТНО ДОСТОВЕРЕН ДЛЯ ПЕРЕЛОМА?
- 1) Болезненность при пальпации
 - 2) Припухлость в области травмы
 - 3) Крепитация отломков
 - 4) Кровоподтек
3. КАКОЙ ВИД ПЕРЕЛОМА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ С ПЕРЕГИБОМ СЕГМЕНТА?
- 1) Поперечный перелом с угловым смещением
 - 2) Косой перелом без смещения
 - 3) Винтообразный перелом со смещением по длине с захождением отломков
 - 4) Вколоченный перелом
4. КАКОЙ СИМПТОМ НЕДОСТОВЕРЕН ДЛЯ ДИАФИЗАРНОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧА?
- 1) Патологическая подвижность
 - 2) Крепитация отломков
 - 3) Усиление венозного рисунка на плече
 - 4) Выраженная деформация на уровне диафиза, появившаяся при травме
5. КАКИЕ МИНИМАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ КИСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧА И В/3 ПРЕДПЛЕЧЬЯ?
- 1) Активные движения в суставах кисти, пальцев
 - 2) Пассивные движения пальцами
 - 3) Динамометрия кисти
 - 4) Измерение объема движений кисти и пальцев
6. КАКОЙ ВИД ПЕРЕЛОМА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ?
- 1) Оскольчатый перелом
 - 2) Отрывной перелом апофиза
 - 3) Закрытый перелом диафиза
 - 4) Косой перелом двухкостных сегментов
7. В КАКОМ ОТВЕТЕ ПРАВИЛЬНО НАЗВАНО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ СОЧЕТАНИЕ МЕХАНИЗМА ПОВРЕЖДЕНИЯ И ВИДА ПЕРЕЛОМА?
- 1) Ротационный механизм – винтообразный перелом
 - 2) Прямой удар – косой перелом
 - 3) Падение с осевой нагрузкой на сегмент – оскольчатый перелом
 - 4) Огнестрельное ранение – перелом по типу «зеленой ветки»
8. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ОКАЗАЛОСЬ, ЧТО ИЗМЕНЕНЫ И АБСОЛЮТНАЯ, И ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ДЛИНА БЕДРА. КАКОЙ ДИАГНОЗ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ЭТИМ СИМПТОМОМ?
- 1) Вывих бедра
 - 2) Ушиб бедра
 - 3) Перелом бедра
 - 4) Гемартроз
9. КАКОЙ ВИД ПЕРЕЛОМА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ПРИ ТРАВМЕ ВСЛЕДСТВИЕ НАПРЯЖЕННОГО РАСТЯЖЕНИЯ СЕГМЕНТОВ РУКИ ИЛИ НОГИ?
- 1) Отрывной перелом апофиза
 - 2) Поперечный перелом диафиза
 - 3) Винтообразный перелом
 - 4) Вколоченный перелом

10. КАКОЙ ВИД ПЕРЕЛОМА НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТЕН ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ УДАРЕ ПО СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ГОЛЕНИ С ПЕРЕГИБОМ ЕЕ?

- 1) Оскольчатый
- 2) Поперечный перелом с угловым смещением
- 3) Винтообразный без смещения
- 4) Поперечный со смещением по ширине

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

- 1) Перелом голени
- 2) Перелом бедра
- 3) Вывих стопы
- 4) Травму большеберцового нерва

12. ОБЯЗАТЕЛЬНО ЛИ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ИННЕРВАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛЮБОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ?

- 1) Нет
- 2) Да
- 3) При подозрении на повреждение нерва
- 4) При сопутствующих заболеваниях нервной системы

13. В КАКОМ ОТВЕТЕ ПРАВИЛЬНО НАЗВАНЫ ВИДЫ ПЕРЕЛОМА, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА?

- 1) Мелкооскольчатые, поперечные диафизарные переломы, переломы губчатых костей
- 2) Переломы-вывихи с большим смещением отломков, множественные переломы
- 3) Эпифизиолиты, поднадкостничные
- 4) Открытые переломы, подвертельные переломы бедра

14. БОЛЬНАЯ, ПЕРЕНЕСШАЯ 3 ГОДА НАЗАД ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЖАЛУЕТСЯ НА УПОРНЫЕ БОЛИ В ПЛЕЧЕ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ДВИЖЕНИИ, БЕЗ ТЕМПЕРАТУРНОЙ РЕАКЦИИ. О КАКОМ ПРОЦЕССЕ СЛЕДУЕТ ПОДУМАТЬ У ТАКОЙ БОЛЬНОЙ?

- 1) Остеомиелит
- 2) Метастазы в кость с патологическим переломом
- 3) Ушиб плеча
- 4) Невралгия

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

- 1) Крепитация отломков + припухлость тканей
- 2) Патологическая подвижность + болезненность тканей при пальпации
- 3) Припухлость + болезненность тканей
- 4) Ограничение функции + штыкообразная деформация

16. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ В\3 ГОЛЕНИ У БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЕНО ОТСУТСТВИЕ АКТИВНОГО РАЗГИБАНИЯ СТОПЫ. ВАШ ДИАГНОЗ?

- 1) Перелом шейки м/берцовой кости + разрыв малоберцового нерва
- 2) Перелом б/берцовой кости с разрывом ахиллова сухожилия
- 3) Перелом обеих костей без повреждения нервов
- 4) Перелом в\3 голени + ушиб мягких тканей

17. КАКОЙ ВИД ПЕРЕЛОМА ГОЛЕНИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ПРИ РОТАЦИОННОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ?

- 1) Поперечный перелом одной б/берцовой кости
- 2) Вколоченный перелом обеих костей голени

- 3) Винтообразный перелом обеих костей голени с боковым смещением на разных уровнях
 - 4) Оскольчатый перелом диафиза малоберцовой кости
18. КАКОЕ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ НЕ ПРИВОДИТ К АНАТОМИЧЕСКОМУ УКРОЧЕНИЮ БЕДРА?
- 1) Угловое смещение
 - 2) Смещение по длине с захождением
 - 3) Смещение по длине с расхождением
 - 4) Смещение по длине при многооскольчатом переломе
19. В КАКИХ СЛУЧАЯХ МОЖНО ПРОВОДИТЬ РЕНТГЕНОГРАФИЮ, СНЯВ ТРАНСПОРТНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ?
- 1) Если она влияет на качество рентгенограмм
 - 2) Нельзя
 - 3) При закрытых переломах
 - 4) При отсутствии достоверных признаков перелома
20. ПРИ КАКОМ ИЗ НАЗВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРОЯТЕН ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕЛОМ?
- 1) Воспалительное поражение мягких тканей вокруг кости
 - 2) Воспаление легких
 - 3) Метастазы злокачественной опухоли
 - 4) Тромбофлебит глубоких вен конечности
21. КАКИМ ИЗ НАЗВАННЫХ ПРЕДМЕТОВ МОЖНО НЕ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПОСТРАДАВШЕГО С ПЕРЕЛОМОМ, НЕ СУЗИВ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ИССЛЕДОВАНИЯ?
- 1) Инъекционная игла
 - 2) Сантиметровая лента
 - 3) Динамометр
 - 4) Термометр
22. СРОК ПОЯВЛЕНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ МОЗОЛИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ И СОХРАНЕНИИ УСЛОВИЙ РЕГЕНЕРАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ:
- 1) 20-30 суток
 - 2) 2-3 суток
 - 3) 10-14 суток
 - 4) 60-70 суток
23. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ:
- 1) Черепа
 - 2) Конечностей
 - 3) Таза
 - 4) Позвоночника
24. АБСОЛЮТНУЮ ДЛИНУ БЕДРА ИЗМЕРЯЮТ МЕЖДУ:
- 1) Верхушкой большого вертела и латеральным надмышелком бедра
 - 2) Верхушкой большого вертела и латеральным краем б/берцовой кости
 - 3) Верхней передней остью гребня подвздошной кишки и латеральным надмышелком бедра
 - 4) Паховой складкой и медиальным надмышелком бедра
25. АБСОЛЮТНАЯ ДЛИНА ПЛЕЧА – ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ:
- 1) Акрomialным отростком и локтевым отростком

- 2) Большим бугорком плеча и латеральным надмыщелком
- 3) Большим бугорком плеча и локтевым сгибом
- 4) Акромиальным отростком и локтевым сгибом

26. АБСОЛЮТНАЯ ДЛИНА Б/БЕРЦОВОЙ КОСТИ – ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ:

- 1) Нижним краем надколенника и латеральной лодыжкой
- 2) Серединой надколенной ямки и пяточной костью
- 3) Медиальным краем медиального конца б/берцовой кости и медиальной лодыжкой
- 4) Медиальным надмыщелком бедра и медиальной лодыжкой

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

- 1) В прямой проекции
- 2) В боковой проекции
- 3) В прямой и боковой проекции
- 4) Не имеет значения

28. ПЕРВИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ:

- 1) Действия травмирующей силы
- 2) Сокращения мышц, прикрепляющихся к кости
- 3) Попыткой больным активных движений
- 4) Всего перечисленного

29. ВТОРИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ ПРОИСХОДИТ В СЛЕДСТВИИ

- 1) Сокращения мышц, прикрепляющихся к этому сегменту
- 2) Неполного перелома
- 3) Действия травмирующей силы
- 4) Всего перечисленного

30. У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕЛОМОМ БЕДРА ПУЛЬС 120 УД В МИН., АД = 90/50 ММ РТ. СТ. ЗНАЧЕНИЕ ШОКОВОГО ИНДЕКСА АЛЬГОВЕРА СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) = 1,3
- 2) = 0,7
- 3) = 2,4
- 4) = 1,8

31. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТНОШЕНИЕМ:

- 1) Систолического артериального давления к частоте пульса
- 2) Частоты пульса к систолическому артериальному давлению
- 3) Систолического артериального давления к диастолическому
- 4) Частоты пульса к центральному венозному давлению

32. СМЕЩЕНИЕ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ НЕ БЫВАЕТ:

- 1) Угловое
- 2) По ширине (диаметру)
- 3) Косое
- 4) По длине

33. РАЗЛИЧАЮТ ВИДЫ СМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ:

- 1) По длине, по оси
- 2) Угловое, по длине
- 3) По ширине (диаметру)
- 4) Всё верно

34. РАЗЛИЧАЮТ СМЕЩЕНИЕ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ:

- 1) По оси, угловое, по ширине

- 2) Косое, продольное
- 3) Дистальное, проксимальное, полное, неполное.
- 4) Все перечисленные.

35. ПЕРЕЛОМ СЧИТАЮТ ОТКРЫТЫМ, ЕСЛИ:

- 1) Имеется любая рана на том же сегменте в проекции перелома
- 2) Имеется любая рана на соседних областях тела
- 3) Только при выстоянии костных отломков в рану
- 4) Не наложена асептическая повязка

36. ПО ВИДУ ЛИНИИ ИЗЛОМА КОСТИ ПЕРЕЛОМЫ БЫВАЮТ:

- 1) Поперечные, косые
- 2) Продольные, Т-образные
- 3) Винтообразные.
- 4) Все перечисленные.

37. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ В ТРУБЧАТОЙ КОСТИ ПЕРЕЛОМЫ БЫВАЮТ:

- 1) Продольные, оскольчатые, комбинированные
- 2) Полные, неполные
- 3) Внутрисуставные, отрывные, оскольчатые
- 4) Эпифизарные, диафизарные, метафизарные

38. К МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТ:

- 1) Повреждения, сдавление кровеносных сосудов костными отломками
- 2) Травматический шок
- 3) Жировую эмболию
- 4) Деформацию сегмента

39. К МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТ:

- 1) Повреждения нервов костными отломками
- 2) Деформацию сегмента
- 3) Гематому мягких тканей
- 4) Травматический шок

40. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ТРАВМЫ ВЫРАЖЕННАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ПЛЕЧА НА УРОВНЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ДИАФИЗА, РЕЗКОЕ СНИЖЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖИ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ, КОЖА ХОЛОДНАЯ, БЛЕДНАЯ, ПУЛЬСАЦИЯ А. RADIALIS НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ. ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

- 1) Диафизарный перелом плеча со смещением, травма нерва, сдавление а. radialis.
- 2) Ушиб плеча, сдавление а. radialis
- 3) Перелом плеча, разрыв двуглавой мышцы плеча
- 4) Перелом плеча, повреждение нерва.

41. ПРИ КАКИХ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ?

- 1) Полный метафизарный перелом со смещением отломков
- 2) Неполный перелом
- 3) Отрывной перелом апофиза
- 4) Перелом пястных костей со смещением

42. У ПАЦИЕНТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ПЕРЕЛОМ ДИАФИЗА КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ. НЕОБХОДИМО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

- 1) Рентгенография в боковой проекции
- 2) Повторная рентгенография в прямой проекции через 10 дней
- 3) Рентгенография неповрежденного сегмента для сравнения
- 4) Все неверно

43. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ПРЫЖКА С БОЛЬШОЙ ВЫСОТЫ БОЛЬ В ГРУДНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ – СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ И КЛИНОВИДНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ТЕЛА ТН X ПОЗВОНКА. ВАШ ДИАГНОЗ?

- 1) Патологический перелом Тh X позвонка
- 2) Травматический компрессионный перелом тела Тh X позвонка.
- 3) Остеохондроз позвоночника, корешковый болевой синдром
- 4) Ушиб грудного отдела позвоночника

44. ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ В РАННИЕ СРОКИ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В:

- 1) Нарушении целостности кости
- 2) Образовании гематомы в зоне перелома
- 3) Развитии асептического воспаления
- 4) Все верно.

45. ИСТОЧНИКОМ КОСТНОЙ МОЗОЛИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Эндост.
- 2) Периост.
- 3) Хрящевая ткань.
- 4) Прилегающие к кости мягкие ткани

46. ПРАВИЛО ГОРИНЕВСКОЙ ПРИМЕНИМО ДЛЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ:

- 1) Таза
- 2) Бедрa
- 3) Стопы
- 4) Кисти

47. В СТРОЕНИИ КОСТНОЙ МОЗОЛИ РАЗЛИЧАЮТ СЛОИ (ВЫБРАТЬ НЕВЕРНОЕ)

- 1) Параоссальный
- 2) Периостальный
- 3) Интраоссальный
- 4) Интермедиарный

48. В СТРОЕНИИ КОСТНОЙ МОЗОЛИ РАЗЛИЧАЮТ СЛОИ:

- 1) Периостальный, параоссальный
- 2) Интермедиарный
- 3) Эндостальный
- 4) Все верно

49. В СТРОЕНИИ КОСТНОЙ МОЗОЛИ РАЗЛИЧАЮТ СЛОИ:

- 1) Интраоссальный, параостеоидный
- 2) Экстремедиарный, параостеоидный
- 3) Все неверно
- 4) Верны 1 и 2

50. ПЕРВИЧНОЕ ЗАЖИВЛЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕРЕЗ ОССИФИКАЦИЮ ПРОИСХОДИТ ПРИ УСЛОВИИ:

1. Минимального повреждения костной ткани
2. Максимальных сближения и фиксации отломков
3. Отсутствию интерпозиции мягких тканей
4. Все перечисленное верно

51. ПЕРКУССИЮ КОСТИ - ПОКОЛАЧИВАНИЕ СЕГМЕНТА С ОСЕВОЙ НАГРУЗКОЙ ПРОВОДЯТ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМА ПРИ:

- 1) Любых переломах
- 2) Подозрении на перелом и отсутствии абсолютных признаков
- 3) Открытых переломах

4) Подозрении на перелома-вывих

52. АРХИТЕКТУРНАЯ ПЕРЕСТРОЙКА КОСТНОЙ МОЗОЛИ – ЭТО:

- 1) Восстановление в зоне вторичной костной мозоли анатомической структуры кости, близкой к нормальной
- 2) Минерализация костной мозоли
- 3) Образование вторичной костной мозоли
- 4) Замедление консолидации, осложнение заживления

53. КАКОЙ МЕХАНИЗМ ПОВРЕЖДЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ТОЛЬКО ДЛЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА:

- 1) Падение с высоты
- 2) Лёгкий удар о твердый предмет
- 3) Падение на вираже при беге на коньках
- 4) Наезд транспортного средства

54. КАКОГО СОЧЕТАНИЯ СИМПТОМОВ ДОСТАТОЧНО ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПЕРЕЛОМА КОСТИ?

- 1) Крепитация отломков и отек мягких тканей
- 2) Отек и болезненность мягких тканей
- 3) Местная гиперемия и отек мягких тканей
- 4) Болезненность и местная гиперемия

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

- 1) Не нужна
- 2) Во всех случаях
- 3) Только при подозрении на перелома-вывих бедра
- 4) При подозрении на патологический перелом

56. МИНИМАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ФУНКЦИИ СТОПЫ, ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА И ГОЛЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Капилляроскопия ногтевого ложа
- 2) Активное разгибание и сгибание пальцев стопы
- 3) Пассивное разгибание и сгибание пальцев стопы
- 4) Динамометрия

57. ВСЕГДА ЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНА РЕНТГЕНОГРАФИЯ ПРИ ДОСТОВЕРНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМАХ ПЕРЕЛОМА?

- 1) Всегда обязательна
- 2) При определенных локализациях перелома
- 3) При подозрении на осложненный перелом
- 4) При переломах эпифизов

58. КАКОЙ СИМПТОМ АБСОЛЮТНО ДОСТОВЕРЕН ПРИ ДИАФИЗАРНОМ ПЕРЕЛОМЕ?

- 1) Местная гипертермия
- 2) Патологическая подвижность
- 3) Местный отек
- 4) Локальная болезненность

59. КАКОЙ ВИД ПЕРЕЛОМА РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ?

- 1) Оскольчатый перелом диафиза кости
- 2) Эпифизиолиз
- 3) Поднадкостничный перелом диафиза кости
- 4) Косой перелом диафиза кости

60. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПЛЕЧА ПРИПУХЛОСТЬ, РЕЗКИЕ БОЛИ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧА, ИРРАДИРУЮЩИЕ В КИСТЬ; РЕЗКОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ФУНКЦИИ КОНЕЧНОСТИ, В Т.Ч. ТЫЛЬНОГО СГИБАНИЯ КИСТИ. КАКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ВЕРОЯТНО?

- 1) Ушиб плеча + ушиб кисти
- 2) Перелом плеча + перелом костей кисти
- 3) Перелом плеча + повреждение лучевого нерва
- 4) Перелом плеча + повреждение срединного нерва

61. У БОЛЬНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДВИЖНОСТЬ НА УРОВНЕ ДИАФИЗА БЕДРА, БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ТАХИКАРДИЯ 110 В ОДНУ МИНУТУ, АД 90/60 ММ РТ. СТ.; ЗАТОРМОЖЕН. ВАШ ДИАГНОЗ:

- 1) Закрытый перелом бедра, осложненный травматическим шоком в эректильной фазе
- 2) Закрытый перелом бедра, артериальная гипотония
- 3) Закрытый перелом бедра, осложненный травматическим шоком в торпидной фазе
- 4) Ушиб бедра, коллапс

62. У ПОСТРАДАВШЕГО ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПОЯВИЛИСЬ БОЛЕЗНЕННОСТЬ Н/З ПРЕДПЛЕЧЬЯ И ЕГО ШТЫКООБРАЗНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- 1) Перелом лучевой кости в типичном месте
- 2) Подозрение на вывих костей предплечья
- 3) Ушиб предплечья
- 4) Воспалительный инфильтрат области предплечья

63. МОЖНО ЛИ СНИМАТЬ ШИНУ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕНТГЕНОГРАФИИ?

- 1) При выраженной деформации сегмента
- 2) Нет
- 3) Если она влияет на качество рентгенограммы
- 4) Если она мешает пострадавшему

64. К НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТ:

- 1) Травматический шок
- 2) Кровотечение
- 3) Жировую эмболию
- 4) Все перечисленное

65. КАКОЙ ИЗ МЕСТНЫХ ПРИЗНАКОВ ПЕРЕЛОМА УСТАНОВЛИВАЮТ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ?

- 1) Крепитацию отломков
- 2) Патологическую подвижность
- 3) Локальную болезненность
- 4) Все перечисленное

66. КАКОЙ ПЕРЕЛОМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕННЫМ?

- 1) Закрытый перелом диафиза б/ берцовой кости с образованием гематомы
- 2) Закрытый перелом б/ берцовой кости с повреждением большеберцовой артерии
- 3) Закрытый перелом ребра с повреждением легкого
- 4) Закрытый перелом диафиза плечевой кости с повреждением лучевого нерва

67. ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Патологическими
- 2) Неосложненными
- 3) Закрытыми
- 4) Открытыми

68. ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА СПОСОБСТВУЕТ:

- 1) Плохая иммобилизация
- 2) Преждевременное снятие транспортной иммобилизации
- 3) Грубые манипуляции с поврежденным сегментом, в т.ч. при переключении пострадавшего
- 4) Все перечисленное

69. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТ:

- 1) Повреждение отломками внутренних органов
- 2) Жировую эмболию, травматический шок
- 3) Повреждение отломками сосудов, нервов
- 4) Все перечисленное

70. ПО ЛИНИИ ИЗЛОМА РАЗЛИЧАЮТ ПЕРЕЛОМЫ (ВЫБРАТЬ ПУНКТ, ГДЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ ВЕРНО):

- 1) Продольные, поперечные, внутрисуставные, диафизарные
- 2) Винтообразные, косые, поперечные
- 3) Угловые, осевые, поперечные
- 4) Внутрисуставные, открытые, винтообразные

71. СИМПТОМ ЛОКАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЕННОСТИ ЭТО:

- 1) Достоверный признак перелома
- 2) Достоверный признак разрыва мышц и сухожилий
- 3) Вероятный признак перелома
- 4) Все верно

72. КОСТНАЯ МОЗОЛЬ ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ ИСТОЧНИКОВ:

- 1) Всех, перечисленных ниже
- 2) Периоста
- 3) Эндоста
- 4) Мезенхимальных элементов гаверсовых каналов

73. СРАЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ В КОРОТКИЕ СРОКИ ПО ТИПУ ПЕРВИЧНОГО НАТЯЖЕНИЯ ВОЗМОЖНО ПРИ УСЛОВИЯХ:

- 1) Точного сопоставления отломков по линии излома
- 2) Создания полной неподвижности отломков
- 3) Сохранения репаративной способности костной ткани поврежденного сегмента
- 4) Соблюдения всех названных условий

9. Эталоны ответов:

| | | | |
|--------|--------|--------|--------|
| 1 – 2 | 21 – 3 | 41 – 1 | 61 – 3 |
| 2 – 3 | 22 – 1 | 42 – 1 | 62 – 1 |
| 3 – 1 | 23 – 2 | 43 – 2 | 63 – 2 |
| 4 – 3 | 24 – 1 | 44 – 4 | 64 – 4 |
| 5 – 1 | 25 – 2 | 45 – 3 | 65 – 3 |
| 6 – 1 | 26 – 3 | 46 – 2 | 66 – 1 |
| 7 – 1 | 27 – 3 | 47 – 3 | 67 – 4 |
| 8 – 3 | 28 – 1 | 48 – 4 | 68 – 4 |
| 9 – 1 | 29 – 1 | 49 – 3 | 69 – 4 |
| 10 – 3 | 30 – 1 | 50 – 4 | 70 – 2 |
| 11 – 2 | 31 – 2 | 51 – 2 | 71 – 3 |
| 12 – 2 | 32 – 3 | 52 – 1 | 72 – 1 |
| 13 – 3 | 33 – 4 | 53 – 2 | 73 – 4 |
| 14 – 2 | 34 – 1 | 54 – 1 | |
| 15 – 3 | 35 – 1 | 55 – 2 | |
| 16 – 1 | 36 – 4 | 56 – 2 | |
| 17 – 3 | 37 – 4 | 57 – 1 | |

| | | | |
|--------|--------|--------|--|
| 18 – 3 | 38 – 1 | 58 - 2 | |
| 19 – 2 | 39 – 1 | 59 – 1 | |
| 20 – 3 | 40 – 1 | 60 – 3 | |

10. Литература по теме: «Клиника и диагностика переломов длинных трубчатых костей».

1. Дубов Я.Г. Амбулаторная травматология.-М., Медицина.-1986.-288с.
2. Каплан А.В., Закрытые повреждения костей и суставов, М., 1967.
3. Дубров Э.Я., Переломы и вывихи: атлас рентгенограмм,-М.: Медицинское информационного агентство, 2007.-216

Занятие №2

1. Тема занятия: «Лечение переломов длинных трубчатых костей».

2. Цель занятия:

1. Усвоить:
 - этапы оказания медицинской помощи при переломах и их основные задачи;
2. Освоить:
 - наложение и снятие транспортных шин (Крамера, Дитерихса, пневматических);
 - наложение и снятие гипсовых повязок;
3. Получить представление о:
 - принципах лечения переломов;
 - методах оперативного лечения переломов;
 - сроках восстановления функции после переломов;
 - современных методах реабилитации больных.

3. Учебные элементы темы: «Лечение переломов длинных трубчатых костей».

| | |
|----|----------------------------------|
| 1 | Лечение. |
| 2 | Принципы лечения. |
| 3 | Принцип неотложности. |
| 4 | Принцип безболезненности. |
| 5 | Принцип репозиции. |
| 6 | Ручная репозиция. |
| 7 | Аппаратная репозиция. |
| 8 | Закрытая репозиция. |
| 9 | Открытая репозиция. |
| 10 | Одномоментная репозиция. |
| 11 | Постепенная репозиция. |
| 12 | Принцип фиксации. |
| 13 | Принцип функциональности. |
| 14 | Принцип стимуляции консолидации. |
| 15 | Этапы лечения переломов. |
| 16 | Первая помощь. |
| 17 | Обезболивание. |
| 18 | Остановка кровотечения. |
| 19 | Асептическая повязка. |
| 20 | Транспортная иммобилизация. |
| 21 | Аутоиммобилизация. |
| 22 | Подручными средствами. |
| 23 | Стандартными шинами. |
| 24 | Этап специализированной помощи. |

| | |
|-----|--|
| 25. | Стационарный. |
| 26. | Амбулаторный. |
| 27. | Этап реабилитации. |
| 28. | Методы лечения. |
| 29. | Консервативное. |
| 30. | Фиксационный (повязки в т.ч. гипсовые). |
| 31. | Функциональный метод. |
| 32. | Скелетное вытяжение. |
| 33. | Накожное вытяжение. |
| 34. | Оперативное лечение. |
| 35. | Интрамедуллярный остеосинтез. |
| 36. | Экстрамедуллярный остеосинтез. |
| 37. | Внеочаговый остеосинтез, в т.ч. компрессионно-дистракционный. |
| 38. | Общее лечение. |
| 39. | Режим. |
| 40. | Диета. |
| 41. | Препараты кальция, фосфора. |
| 42. | Лечебная физкультура. |
| 43. | Физиотерапевтическое лечение. |
| 44. | Коррекция сопутствующих заболеваний, замедляющих консолидацию. |
| 45. | Лечение и профилактика осложнений заживления. |
| 46. | Замедленной консолидации. |
| 47. | Ложного сустава. |
| 48. | Остеомиелита. |
| 49. | Посттравматического. |
| 50. | Спицевого. |
| 51. | Отсутствия сращения. |
| 52. | Неправильного сращения. |
| 53. | Лечение и профилактика остаточных явлений. |
| 54. | Тугоподвижности суставов. |
| 55. | Гипотрофии мышц. |
| 56. | Болей. |
| 57. | Отёков. |
| 58. | Особенности лечения переломов у детей. |

4. Граф логической структуры практического занятия по теме: «Лечение переломов длинных трубчатых костей (приложение №10)»

5. Интеграция темы «Лечение переломов длинных трубчатых костей»

| Вопросы обсуждаемые на кафедре общей хирургии. | Интеграция вопросов на других кафедрах. |
|---|---|
| 1. Задачи, этапы, принципы и методы лечения переломов. | Кафедра детской хирургии: особенности лечения переломов у детей. |
| 2. Основы рентгенодиагностики переломов и контроля за процессом сращения кости. | Кафедра рентгенологии: Рентгенологические признаки заживления кости и осложнений. |

| | |
|--|---|
| 3. Реабилитация больных с переломами длинных трубчатых костей. | Кафедра физвоспитания ВК и ЛФК: вопросы лечебной физкультуры и контроля при реабилитации больных с переломами длинных трубчатых костей. |
|--|---|

6. Контрольные вопросы.

Для успешного овладения теоретическими знаниями и практическими навыками и умениями по лечению больных с переломами костей следует знать основные элементы содержания занятия:

1. Определение понятий: «задачи лечения переломов», «этапы лечения переломов», «принципы лечения переломов», «методы лечения переломов».
2. Первая помощь при закрытых и открытых переломах. Транспортное шинирование: общие правила, виды транспортных шин и техника их наложения. Обезболивание при транспортировке.
3. Лечение больного в стационаре. Принципы лечения. Способы обезболивания перелома.
4. Методы лечения переломов. Техника ручной и аппаратной репозиции отломков.
5. Постепенная репозиция. Инструментарий и техника кожного и скелетного вытяжения.
6. Правила и способы фиксации отломков. Виды гипсовых повязок. Опасности и осложнения, обусловленные гипсовыми повязками.
7. Показания и противопоказания к оперативному лечению переломов.
8. Виды остеосинтеза: внутренний (интрамедуллярный), наружный (экстремедуллярный), внеочаговый.
9. Лечение остаточных явлений перелома («долечивание»).
10. Сроки восстановления функции после переломов. Деонтологические аспекты лечения больных с переломами.
11. Методы лечения замедленной консолидации и ложных суставов.
12. Особенности выбора методов лечения переломов у детей. Вытяжение по Шедде.

Перечень практических умений

- Наложение и снятие бинтовых, лангетных повязок, транспортных шин (Крамера, Дитерихса, пневматических)
- Наложение и снятие гипсовых повязок
- Наложение скелетного вытяжения, подготовка шины Белера

7. Темы рефератов (краткие сообщения).

1. Особенности лечения переломов у детей.
2. Черепномозговая травма, первая помощь.
3. Травмы грудной клетки. Лечение пневмоторакса.

8. Тестовый контроль знаний по теме: «Лечение переломов длинных трубчатых костей».

1. КАКУЮ ПОМОЩЬ НЕОБХОДИМО ОКАЗАТЬ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ПРИ ОТКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ АРТЕРИИ?

- 1) Иммобилизация конечности
- 2) Наложение артериального жгута на конечность выше уровня перелома
- 3) Наложение повязки на рану конечности
- 4) Противошоковая терапия

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

- 1) Шиной Дитерихса
- 2) Гипсовой повязкой

- 3) Шиной Крамера
- 4) Шиной Беллера

3. РЕПОЗИЦИЯ ОТЛОМКОВ МОЖЕТ БЫТЬ:

- 1) Одномоментной закрытой ручной
- 2) Достигнута скелетным вытяжением
- 3) Постепенной
- 4) Всё перечисленное верно

4. К ПРАВИЛАМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ С ПОМОЩЬЮ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ОТНОСЯТ:

- 1) Все перечисленное ниже
- 2) Вытяжение производить по оси центрального отломка
- 3) Вытяжение конечности с обеспечением противотяги массой тела путем подъёма ножного конца кровати
- 4) Постепенное увеличение нагрузки

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

- 1) Поперечные переломы без смещения
- 2) Многооскольчатые переломы
- 3) Отрывные переломы
- 4) Ложный сустав

6. ПРИ ОТКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ ОДНИМ ИЗ ВАЖНЕЙШИХ МЕРОПРИЯТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛОЖЕНИЕ:

- 1) Давящей повязки
- 2) Оклюзионной повязки
- 3) Гипсовой повязки
- 4) Асептической повязки

7. ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

- 1) Профилактику развития и углубления травматического шока
- 2) Репозицию отломков
- 3) Асептику раны при открытых переломах
- 4) Остановку кровотечения

8. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ГИПСОВЫЕ ПОВЯЗКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ И ОБЛАСТЕЙ ИХ НАЛОЖЕНИЯ ИМЕЮТ НАЗВАНИЯ (ВЫБРАТЬ СО ВСЕМИ ПРАВИЛЬНЫМИ):

- 1) Торакобрахиальная, шлем, корсет
- 2) Кокситная, тугор, кроватка
- 3) Корсет, тугор, портупея
- 4) Сапожок, перчатка, носок

9. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ИСПОЛЬЗУЮТ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ:

- 1) Ненаркотических анальгетиков
- 2) Глюкокортикоидов, кристаллоидов
- 3) Кровезаменителей гемодинамического действия, наркотических анальгетиков
- 4) Всех перечисленных веществ

10. СПИЦУ ДЛЯ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА БЕДРА ПРОВОДЯТ ЧЕРЕЗ:

- 1) Большой вертел
- 2) Надмыщелки малоберцовой кости
- 3) Бугристую большеберцовой кости

4) Надколенник

11. ПРИ БЛОКАДЕ ОБЛАСТИ ПЕРЕЛОМА АНЕСТЕТИК ВВОДЯТ:

- 1) В мышечный футляр
- 2) В гематому в области перелома
- 3) Перинеурально
- 4) В ближайшую вену

12. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ОСТЕОСИНТЕЗА?

- 1) Компрессионно-дистракционный
- 2) Одномоментный
- 3) Лейкопластырный
- 4) Постепенный

13. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ:

- 1) Формирование первичной костной мозоли
- 2) Наличие гематомы
- 3) Степень асептического воспаления в области перелома
- 4) Формирование вторичной костной мозоли

14. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТ:

- 1) Гипотрофию мышц
- 2) Ложный сустав
- 3) Гипотрихоз конечности
- 4) Отек конечности

15. ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ СКЕЛЕТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ ТРЕБУЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ:

- 1) В ранние сроки (1-3 сутки)
- 2) После наложения дополнительных боковых тяг
- 3) На 15-20 сутки
- 4) Все верно

16. ГИПСОВУЮ ПОВЯЗКУ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ФОРМИРУЮТ ИЗ БИНТА:

- 1) 14-15 слоев
- 2) 10-12 слоев
- 3) 7-8 слоев
- 4) 3-4 слоев

17. ДЛЯ ЛОЖНОГО СУСТАВА ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Отсутствие признаков консолидации на рентгенограмме + щель между отломками + остеопроз костных отломков
- 2) Остеопороз костных отломков
- 3) Избыточная костная мозоль
- 4) Патологическая подвижность отломков + четкая рентгенологическая щель между отломками + замыкательные пластинки костно-мозгового канала

18. КАК ЗВУЧИТ ПРАВИЛО ГОРИНЕВСКОЙ?

- 1) Чем ниже уровень перелома на бедре, тем медиальнее смещается дистальный отломок
- 2) Чем выше уровень перелома на бедре, тем латеральнее смещается центральный отломок
- 3) Чем выше уровень перелома на бедре, тем латеральнее смещается дистальный отломок
- 4) Смещение костных отломков на бедре не зависит от уровня перелома

19. ВЫБЕРИТЕ ПРИМЕР ОДНОМОМЕНТНОЙ АППАРАТНОЙ РЕПОЗИЦИИ:
- 1) Скелетное вытяжение
 - 2) Аппарат Илизарова
 - 3) Аппарат Соколовского
 - 4) Аппарат Гудушаури
20. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ПЕРВЫХ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ:
- 1) Неотложности, безболезненности
 - 2) Фиксации, функциональности
 - 3) Репозиции, ранней активации
 - 4) Фиксации, стимуляции консолидации
21. ДЛЯ ЧЕГО СЛУЖИТ ШИНА ДИТЕРИХСА:
- 1) Транспортная иммобилизация при переломах плеча
 - 2) Постепенная репозиция отломков бедра
 - 3) Транспортная иммобилизация при переломах бедра
 - 4) Одномоментная репозиция
22. ГДЕ И КЕМ ПРОВОДИТСЯ НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА ОБЛАСТИ ПЕРЕЛОМА.
- 1) В машине скорой помощи, фельдшером
 - 2) На месте происшествия, врачом
 - 3) Мед сестрой в приемном покое
 - 4) В перевязочной или операционной, хирургом
23. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ ГИПСОВУЮ ПОВЯЗКУ НАКЛАДЫВАЮТ:
- 1) От локтевого сустава до пястнофаланговых суставов
 - 2) От нижней трети плеча до пальцев
 - 3) От средней трети плеча до ногтевых фаланг
 - 4) От локтевого сустава до основания пястных костей
24. КОНСТРУКЦИИ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА:
- 1) Удаляют после формирования первичной костной мозоли
 - 2) Имплантируют пожизненно
 - 3) Удаляют после сращения перелома
 - 4) Удаляют по желанию пациента
25. В КАКОМ СЛУЧАЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ОКОНЧАТАЯ ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА:
- 1) При закрытых переломах
 - 2) При переломах со смещением
 - 3) При наложении скелетного вытяжения
 - 4) При открытых переломах
26. ГДЕ ПРОВОДИТСЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ ПРИ ОТКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ:
- 1) На месте травмы
 - 2) В машине скорой помощи
 - 3) В приемном покое
 - 4) В подготовленной операционной
27. У БОЛЬНОГО С КОНСОЛИДИРОВАННЫМ ПЕРЕЛОМОМ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ – ГИПОТРОФИЯ ИКРОНОЖНЫХ МЫШЦ, ОГРАНИЧЕНИЕ ОБЪЕМА ДВИЖЕНИЙ В ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВЕ, ПРЕХОДЯЩАЯ ПАСТОЗНОСТЬ СТОПЫ ПОСЛЕ ХОДЬБЫ. ВАША ТРАКТОВКА ЭТИХ ИЗМЕНЕНИЙ:
- 1) Осложнение перелома – требует специализированного лечения
 - 2) Самостоятельная патология, требующая обследования у травматолога

- 3) Остаточные явления перелома – требует реабилитационного лечения
- 4) Проявление сопутствующих заболеваний, требует обследования и лечения у специалистов соответствующих профилей

28. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ, КОТОРЫЙ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ:

- 1) Интрамедуллярный остеосинтез
- 2) Накожное вытяжение по Шеде
- 3) Фиксация гипсовой лонгетой
- 4) Циркулярная гипсовая повязка

29. КАК ВЛИЯЕТ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ НА СРОК ЗАЖИВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМА?

- 1) Не изменяет
- 2) Замедляет
- 3) Ускоряет
- 4) В ранние сроки ускоряет, затем замедляет

30. СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЁННОМ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЮТ:

- 1) 1-2 недели
- 2) 3-4 недели
- 3) 7-8 недель
- 4) 12-14 недель

31. НА ЭТАПЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ОБЕЗБОЛИВАНИЕ:

- 1) Холодом
- 2) Парентеральным введением не наркотических анальгетиков.
- 3) Блокадой области перелома новокаином
- 4) Парентеральным введением наркотических анальгетиков.

32. С ЦЕЛЬЮ СТИМУЛЯЦИИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) Рациональное питание с повышенным содержанием белков, кальция, фосфора
- 2) Рациональное питание с повышенной калорийностью продуктов
- 3) Иммунотерапию
- 4) Рациональное питание с повышенным содержанием вит В12

33. СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ЗА СПИЦУ, ПРОВЕДЕННУЮ ЧЕРЕЗ:

- 1) Нижнюю треть диафиза плеча
- 2) Надмышцелки плеча
- 3) Головку плеча
- 4) Среднюю треть диафиза плеча

34. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧА КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО СУСТАВОВ НЕОБХОДИМО ИММОБИЛИЗИРОВАТЬ?

- 1) Один
- 2) Два
- 3) Три
- 4) Четыре

35. ПРЕЧИСЛИТЕ ШИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ (ВЫБРАТЬ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ):

- а) Шина Дитерихса
 - б) Шина Беллера
 - в) Шина Крамера
 - г) Шина ЦИТО
- 1) а, в

- 2) а, б
- 3) б, в
- 4) б, г

36. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ГИПСОВУЮ ПОВЯЗКУ НАКЛАДЫВАЮТ:

- 1) От верхней трети плеча до пальцев
- 2) От верхней трети плеча до пястнофаланговых суставов
- 3) От нижней трети плеча до пястных костей
- 4) От локтевого сустава до пальцев

37. КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА ТРЕБУЕТ:

- 1) Проведение опорного штифта в костномозговом канале
- 2) Проведение 2-х пар спиц с фиксацией гипсовой повязкой
- 3) Проведение 2-х пар спиц с фиксацией в 2-х кольцах, соединенных стержнями с нарезкой
- 4) Проведение 2-х спиц с фиксацией в скобе и укладкой на Шине Белера

38. ВЫБЕРИТЕ МАССУ ГРУЗА, ИСПОЛЬЗУЕМУЮ ДЛЯ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ГОЛЕНИ:

- 1) 3-4 кг
- 2) 6-8 кг
- 3) 10-12 кг
- 4) 13-15 кг

39. НА КАКОМ ЭТАПЕ ПОМОЩИ НАЧИНАЕТСЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА:

- 1) На этапе первой помощи
- 2) На этапе первой медицинской помощи
- 3) На этапе квалифицированной медицинской помощи
- 4) На этапе специализированной медицинской помощи

40. ПРОСТЕЙШИМ МЕТОДОМ ИММОБИЛИЗАЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Гипсовая повязка
- 2) Иммобилизация шиной Крамера
- 3) Аутоиммобилизация
- 4) Иммобилизация шиной Дитерихса

41. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛОДЫЖКИ ГИПСОВУЮ ПОВЯЗКУ НАКЛАДЫВАЮТ:

- 1) От нижней трети бедра до кончиков пальцев
- 2) От верхней трети бедра до пальцев
- 3) От паховой складки до кончиков пальцев
- 4) От коленного сустава до плюстнофаланговых суставов

42. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ С ПЕРЕЛОМОМ БЕДРА, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ЧАЩЕ:

- 1) Компрессионно-дистракционный остеосинтез
- 2) Скелетное вытяжение
- 3) Накожное вытяжение по Шеде
- 4) Экстрamedулярный остеосинтез

43. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ШТИФТА:

- 1) Жировая эмболия и продольный перелом кости
- 2) Кровотечение

- 3) Повреждение магистральных сосудов и нервов
 - 4) Повреждение связок
44. С ЦЕЛЬЮ СТИМУЛЯЦИИ ПРИ ЗАМЕДЛЕННОЙ КОНСОЛИДАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ:
- 1) Иммуностимуляторы
 - 2) Витамины, в т.ч. D
 - 3) Гормонотерапию
 - 4) Анаболические стероиды
45. СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЁННОМ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧА У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЮТ:
- 3) После рентгенологического подтверждения 1) 6-10 недель
 - 2) 2-3 недели
 - 3) 3-4 недели
 - 4) 14-16 недель
46. СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ШИНЫ:
- 1) Дитерихса
 - 2) Крамера
 - 3) Белера
 - 4) ЦИТО
47. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ В РАННИЕ СРОКИ ЯВЛЯЮТСЯ:
- 1) Признаки повреждения отломками жизненно важных органов, интерпозиция мягких тканей
 - 2) Невозможность выполнения репозиции консервативными методами
 - 3) Отрывные переломы со смещением
 - 4) Все перечисленное
48. КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПОЗВОЛЯЕТ:
- 1) Осуществлять постепенную репозицию и длительную фиксацию при функциональной нагрузке конечности
 - 2) Выполнить операцию без обезболивания
 - 3) Осуществить интрамедуллярный остеосинтез
 - 4) Отказаться от стимуляции процессов консолидации
49. С ЦЕЛЬЮ СТИМУЛЯЦИИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРИМЕНЯЮТ:
- 1) Препараты кальция
 - 2) Лечебную физкультуру и массаж конечности
 - 3) Физиотерапию
 - 4) Все перечисленное
50. ЛФК НАЗНАЧАЮТ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ:
- 1) Со 2-го дня после травмы
 - 2) После снятия фиксирующих приспособлений консолидации перелома
 - 4) После отмены обезболивающих препаратов
51. СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЁННОМ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА БЕДРА У ВЗРОСЛЫХ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ:
- 1) 3-4 недели
 - 2) 5-6 недель
 - 3) 9-16 недель
 - 4) 18-20 недель

52. ПРИ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ФИКСИРУЮЩУЮ КОНСТРУКЦИЮ РАСПОЛАГАЮТ:
- 1) В костномозговом канале
 - 2) На кости
 - 3) Вне зоны перелома
 - 4) Все перечисленное верно
53. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ СЛЕДУЮЩИМ ЭТАПОМ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ КОСТНОЙ МОЗОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) Иммобилизация гипсовой повязкой и ходьба без нагрузки на костылях
 - 2) Ходьба с частичной нагрузкой на конечность
 - 3) Иммобилизация гипсовой повязкой и ходьба с полной нагрузкой на конечность
 - 4) Иммобилизация шиной Крамера и ходьба с частичной нагрузкой
54. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ПОДВИЖНОСТИ В СУСТАВЕ?
- 1) Анкилоз
 - 2) Контрактура
 - 3) Регидность
55. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО СУСТАВОВ НЕОБХОДИМО ИММОБИЛИЗИРОВАТЬ?
- 1) Один
 - 2) Два
 - 3) Три
 - 4) Четыре
56. ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В РАННИЕ СРОКИ ОТНОСЯТ К:
- 1) Плановым
 - 2) Срочным
 - 3) Экстренным
 - 4) Все верно
57. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА ДОЛЖНА БЫТЬ НАЛОЖЕНА:
- 1) От верхней трети бедра до плюстнофаланговых суставов
 - 2) От нижней трети бедра до кончиков пальцев
 - 3) От средней трети бедра до середины стопы
 - 4) Возможны все варианты
58. ВЫ ВРАЧ СКОРОЙ ПОМОЩИ. У ПАЦИЕНТА ПРИ ОСМОТРЕ НА МЕСТЕ ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ – ПЕРЕЛОМ ДИАФИЗА БЕДРА. ПУЛЬС 110 В 1 МИН. АД 90\60 ММ РТ. СТ. КУДА НЕОБХОДИМО ТРАНСПОРТИРОВАТЬ ТРАВМИРОВАННОГО?
- 1) В центральную райбольницу к травматологу (расстояние 25 км)
 - 2) В участковую больницу (расстояние 6 км)
 - 3) В областную больницу в травматологическое отделение (расстояние 70 км)
 - 4) В медпункт ближайшего села (расстояние 1.5км)
59. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЧЕРЕЗ КОСТЬ СПИЦЫ КИРШНЕРА ПРИ НАЛОЖЕНИИ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ:
- 1) Остеотом
 - 2) Дрель
 - 3) Хирургический молоток
 - 4) Перфоратор
60. ПО КОНСТРУКЦИИ ГИПСОВЫЕ ПОВЯЗКИ БЫВАЮТ:

- 1) Циркулярные, лонгетные
- 2) Окончатые, мостовидные
- 3) Створчатые, лонгетно-циркулярные
- 4) Все перечисленные

61. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ГИПСОВОЙ ЛОНГЕТЫ УСИЛИЛИСЬ БОЛИ В КОНЕЧНОСТИ, НАРОС ОТЕК МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ПОЯВИЛСЯ ЦИАНОЗ ДИСТАЛЬНОЕ ПОВЯЗКИ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ:

- 1) Назначить седативные
- 2) Ослабить или заменить повязку
- 3) Придать конечности возвышенное положение
- 4) Назначить дополнительные анальгетики

62. ПРИ СКЕЛЕТНОМ ВЫТЯЖЕНИИ СПИЦА МОЖЕТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНА ЧЕРЕЗ:

- 1) Локтевой отросток, пяточную кость
- 2) Большой вертел, надмышелки бедра
- 3) Бугристость большеберцовой кости
- 4) Все перечисленное

63. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ В РАННИЕ СРОКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Признаки повреждения отломками сосудов, нервов
- 2) Ложный сустав
- 3) Простой перелом
- 4) Косой перелом диафиза трубчатой кости

64. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТ:

- 1) Тугоподвижность суставов
- 2) Гипотрофию мышц
- 3) Несращение перелома
- 4) Пиодермию

65. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ПОВЯЗКУ ФОРМИРУЮТ ИЗ:

- 1) 5-6 слоев гипсовых бинтов
- 2) 2-3 слоев
- 3) 7-8 слоев
- 4) Возможны все варианты

66. ЭФФЕКТИВНАЯ РЕПОЗИЦИЯ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ НЕВОЗМОЖНА:

- 1) Без эффективного обезболивания
- 2) При интерпозиции мягких тканей
- 3) Без вытяжения дистального отломка по оси центрального
- 4) Всего перечисленного

67. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОДНИМАЕТСЯ НОЖНОЙ КОНЕЦ КРОВАТИ ПРИ НАЛОЖЕНИИ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ?

- 1) Обеспечить противотягу
- 2) Уменьшить приток крови к поврежденной конечности
- 3) Уменьшить отек поврежденной конечности
- 4) Для удобства наложения конструкции

68. В КАКОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ?

- 1) Перелом луча в типичном месте
- 2) Отрывной перелом латерального надмышелка бедренной кости
- 3) Поперечный перелом диафиза большеберцовой кости без смещения
- 4) Винтообразный перелом без смещения

69. ОСЛОЖНЕНИЯМИ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Тромбоз легочной артерии
- 2) Пролежень на поврежденной конечности, спицевой остеомиелит
- 3) Травматический шок, нагноение раны при открытом переломе
- 4) Деформация поврежденной конечности

70. ДЛЯ БЛОКАДЫ ОБЛАСТИ ПЕРЕЛОМА ПРИМЕНЯЮТ РАСТВОР НОВОКАИНА:

- 1) 0,25%
- 2) 0,5%
- 3) 1-2%
- 4) 10%

71. К СИМПТОМАМ СДАВЛЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКОЙ ПРИ НАРАСТАНИИ ОТЕКА В ОБЛАСТИ ПЕРЕЛОМА ОТНОСЯТ:

- 1) Отек пальцев, цианоз кожи; расстройства чувствительности и активных движений; распирающие, пульсирующие боли
- 2) Кожный зуд, гиперемия кожи у края повязки, боль в области перелома
- 3) Снижение объема движений конечности, гиперестезия кожи проксимальнее повязки
- 4) Колющие боли в конечности, гиперестезия кожи проксимальнее повязки

72. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКРЫТЫМ?

- 1) Интрамедуллярный остеосинтез штифтом
- 2) Скелетное вытяжение
- 3) Экстремедуллярный остеосинтез
- 4) Остеосинтез конструкцией из металла с памятью

73. В КАКИХ СЛУЧАЯХ НАКЛАДЫВАЕТСЯ КОКСИТНАЯ ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА?

- 1) При повреждении голени
- 2) При повреждении позвоночника
- 3) При переломах бедренной кости
- 4) При переломе плеча

74. УКАЖИТЕ ОРИЕНТИРОВОЧНУЮ ВЕЛИЧИНУ ГРУЗА ДЛЯ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА:

- 1) 10% от массы тела больного
- 2) 20 % от массы тела больного
- 3) 15% от массы тела больного
- 4) 25% от массы тела больного

9.Эталоны ответов

| | | | |
|------|------|------|------|
| 1-2 | 21-3 | 41-4 | 61-2 |
| 2-3 | 22-4 | 42-3 | 62-4 |
| 3-4 | 23-1 | 43-1 | 63-1 |
| 4-1 | 24-3 | 44-2 | 64-3 |
| 5-2 | 25-4 | 45-1 | 65-1 |
| 6-4 | 26-4 | 46-3 | 66-4 |
| 7-1 | 27-3 | 47-4 | 67-1 |
| 8-2 | 28-1 | 48-1 | 68-2 |
| 9-3 | 29-2 | 49-4 | 69-2 |
| 10-3 | 30-2 | 50-1 | 70-3 |
| 11-2 | 31-3 | 51-3 | 71-1 |
| 12-1 | 32-1 | 52-2 | 72-2 |
| 13-4 | 33-2 | 53-1 | 73-3 |
| 14-2 | 34-3 | 54-1 | 74-3 |
| 15-4 | 35-1 | 55-3 | |

| | | | |
|------|------|------|--|
| 16-3 | 36-2 | 56-3 | |
| 17-4 | 37-3 | 57-1 | |
| 18-2 | 38-2 | 58-2 | |
| 19-3 | 39-2 | 59-2 | |
| 20-1 | 40-3 | 60-4 | |

10. Литература по теме: «Лечение переломов длинных трубчатых костей».

1. Дубов Я.Г. Амбулаторная травматология.-М., Медицина.-1986.-288с.
2. Каплан А.В., Закрытые повреждения костей и суставов. – М.,1967
3. Диагностика и лечение открытых переломов конечностей: методические указания для студентов/Оренбургская гос.мед. академия, под редакцией С.А.Павловичева, Оренбург, 2008
4. Котельников Г.П. Травматология: учеб. Для студентов мед. Вузов- 3-е издание переработанное и дополненное, 2009, 536с.

Занятие 3

1. Тема занятия: «Асептические и свежеинфицированные раны».

Актуальность и практическая значимость темы.

Обратите внимание на то, что свежеинфицированные раны могут вызывать как местные, так и общие осложнения, приводящие к тяжёлому течению травмы, возможной инвалидности, летальному исходу. Они имеют особенности лечения и диагностики, существенно отличающиеся от асептических ран. Последние, как правило, являются частью оперативного вмешательства и наносимы по определённым правилам, с минимальной травматичностью и соблюдением условий для достижения заживления первичным натяжением.

2. Цель занятия:

- Усвоить понятия асептическая и свежеинфицированная раны, первичное заживление ран и необходимые условия для этого.
- Сформировать представление о первичной хирургической обработке раны (ПХО), первичных швах и их видах, возможных осложнениях асептических ран, их профилактике.
- Уметь контролировать состояние асептических ран, определять лечебную тактику при наличии осложнений, освоить технику перевязок.

3. Таблица учебных элементов темы «Асептические и свежеинфицированные раны».

| № УЭ | Учебный элемент |
|------|------------------------------|
| 1. | Раны. |
| 2. | Основные признаки. |
| 3. | Повреждение кожи и слизистых |
| 4. | Зияние. |
| 5. | Боль. |
| 6. | Кровотечение. |
| 7. | Классификация. |
| 8. | По происхождению. |

| | |
|-----|--|
| 9. | Операционные. |
| 10. | Случайные. |
| 11. | По характеру повреждения тканей. |
| 12. | Резаные. |
| 13. | Колотые. |
| 14. | Ушибленные. |
| 15. | Рваные. |
| 16. | Размозжённые |
| 17. | Рубленые. |
| 18. | Укушенные. |
| 19. | Огнестрельные. |
| 20. | Смешанные. |
| 21. | По характеру раневого канала. |
| 22. | Слепые. |
| 23. | Сквозные. |
| 24. | Касательные. |
| 25. | По отношению к полостям тела. |
| 26. | Непроникающие. |
| 27. | Проникающие. |
| 28. | Без повреждения органов |
| 29. | С повреждением органов |
| 30. | По степени инфицированности. |
| 31. | Асептические. |
| 32. | Свежеинфицированные. |
| 33. | Гнойные. |
| 34. | По сложности. |
| 35. | Простые. |
| 36. | Сложные. |
| 37. | По локализации. |
| 38. | Морфология первичного заживления. |
| 39. | Комплексное лечение. |
| 40. | Лечение свежеинфицированных ран. |
| 41. | Первая помощь при свежеинфицированных ранах. |
| 42. | Туалет ран. |
| 43. | Первичная хирургическая обработка ран (ПХО). |
| 44. | Ранняя. |
| 45. | Отсроченная. |

| | |
|-----|--|
| 46. | Поздняя. |
| 47. | Первичный шов. |
| 48. | Первичный отсроченный шов. |
| 49. | Особенности ПХО ран, проникающих в сустав, полости тела. |
| 50. | Противопоказания к ПХО. |
| 51. | Лечение асептических ран. |
| 52. | Дренирование ран. |
| 53. | Иммобилизация. |
| 54. | Стимуляция заживления ран. |
| 55. | Сроки снятия швов с ран кожи. |
| 56. | Осложнения асептических ран. |
| 57. | Ранние осложнения. |
| 58. | Кровотечение |
| 59. | Гематома |
| 60. | Серома |
| 61. | Воспалительный инфильтрат |
| 62. | Нагноение |
| 63. | Некроз краев раны |
| 64. | Эвентерация |
| 65. | Поздние осложнения. |
| 66. | Гепертрофия рубца |
| 67. | Келлоидный рубец |
| 68. | Изъязвление |
| 69. | Лигатурные свищи |
| 70. | Послеоперационные грыжи |
| 71. | Осцификация рубца |
| 72. | Контрактуры |
| 73. | Профилактика осложнений. |
| 74. | Иммунопрофилактика инфекционных осложнений. |
| 75. | Активная. |
| 76. | Пассивная. |
| 77. | Специфическая. |
| 78. | Неспецифическая. |

4. Граф логической структуры практического занятия по теме: «Асептические и свежеинфицированные раны». (приложение 11)

4.1. Учебные элементы

УЭ 1. Рана, определение понятия.

Рана – нарушение целостности барьерного эпителия кожи или слизистой оболочки с характерными клиническими признаками (УЭ 2,3,4,5,6).

УЭ 7. Совокупность классификационных признаков (УЭ 8-35) определяют диагноз, диагностическую и лечебную тактику. В частности к УЭ 30 (классификация по степени инфицирования) относят асептические раны (УЭ 31) и свежеинфицированные раны (УЭ 32) и гнойные (УЭ 33). Асептическая – рана, полученная в асептических условиях, несвязанная с гнойным процессом и заживающая первичным натяжением. Свежеинфицированная рана – случайная рана в первые 48- 72 часа от момента её нанесения до развития признаков гнойного воспаления.

УЭ 11-20. Определяют характер и степень повреждения тканей краев, стенок ран; ход раневого канала. Степень повреждения тканей зависит от ранящего агента (огнестрельное, «холодное» оружие); характеристики ранящего орудия – массы, скорости движения, длины колющего орудия и т.д.

УЭ 21-29, 34-37. Знание особенностей топографии областей, анатомии органов, механизма ранения дает возможность оценить его риск, повреждения жизненно важных органов.

УЭ 38. При отсутствии осложнений происходит быстрое (48-72 часа) начало регенерации. Сближение и удержание краёв раны после её формирования способствует плотному сопоставлению тканей, их первичной «склежке» фибрином. Клеточная регенерация происходит за счёт формирования фибробластов и синтезируемых ими проколлагена, созревающего в коллаген и глюкозамингликанов (компонента межклеточного вещества соединительной ткани). В первичном заживлении ран имеют значение эластобласты, образующие эластические волокна. В результате этого, при первичном заживлении образуется тонкий, нежный рубец, не деформирующий ткани и способствующий сохранению их функции. Регенерация асептических ран проходит без образования грубой волокнистой ткани; рубец тонкий, не деформирует ткани и не нарушает их функцию. Созревание и архитектурная перестройка рубца после заживления по типу первичного может продолжаться до 4-6 месяцев, в зависимости от наличия общих изменений в организме, ухудшающих и замедляющих процессы регенерации: недостаток питания и поступления витаминов, нарушения обмена веществ (диабет), анемия, хронические интоксикации и др.

УЭ 39. Лечение асептических и свежеинфицированных ран является комплексным, с учётом местных, и общих проявлений. В 1-2 сутки у асептических ран могут быть местные признаки асептического воспаления: незначительные отек и гиперемия краев раны, которые быстро уменьшаются. Инфильтрация и умеренная болезненность в области раны кратковременны и в динамике также быстро уменьшаются.

УЭ 40-42. Первая помощь при свежеинфицированной ране: предупреждение дальнейшего инфицирования, наложение асептической повязки, гемостаз, обезболивание, транспортировка в лечебное учреждение для проведения первичной хирургической обработки. Пострадавшим со свежеинфицированными ранами в области конечностей проводят транспортную иммобилизацию. При противопоказаниях к ПХО проводят туалет раны.

УЭ 43-46. Цель ПХО – перевести любую свежеинфицированную рану в асептическую, создать условия для заживления по типу первичного (гемостаз, иссечение нежизнеспособных тканей, инфицированных краев, стенок раны; удаление инородных тел, ревизия раневого канала для исключения ранения органов, магистральных сосудов, нервов и др.). Методика ПХО – в асептических условиях под местной или общей анестезией иссекают края и стенки свежеинфицированной раны, рассекая ткани по ходу раневого канала. Необходимые инструменты: скальпели (2); пинцеты хирургические (2); анатомические (2); зажимы кровоостанавливающие Бильрота; острые и тупые крючки зубчатые, пластинчатые Фарабефа; иглы; иглодержатель; нити капрон №№ 3,4,5 и другие при необходимости.

УЭ 47. Первичный шов – соединяют края раны после ПХО сразу. Противопоказания: неуверенность в качестве ПХО (переводе раны в асептическую), часто при огнестрельных; сочетанных повреждениях тканей.

УЭ 48. Первичный отсроченный шов – прошивают края раны сразу после ПХО, а соединяют их через 3-5 суток, при отсутствии признаков гнойного воспаления.

УЭ 49. Особенностью ПХО ран, проникающих в сустав является сохранение суставной капсулы; удаление явно нежизнеспособных тканей; необходимо ушить капсулу сустава, дренировать полость сустава, на рану накладывают первично отсроченный шов. Имобилизация обязательна.

УЭ 50. Противопоказанием к ПХО является тяжелое состояние пострадавшего (травматический шок).

УЭ 51. После ушивания асептической раны проводят её дренирование для эвакуации раневого отделяемого в гигроскопическую асептическую повязку. Назначают покой, для конечностей – иммобилизацию. После операции местно применяют холод (пузырь со льдом) для гемостаза, уменьшения отека, но не более 15-20 минут. Назначают анальгетики, в т.ч. парентерально. При наличии больших или болезненных ран – наркотические анальгетики. Смену повязки проводят при пропитывании отделяемым. Проводят профилактику несостоятельности швов – ограничение физической активности, режим; иммобилизацию конечности, но с обязательной ЛФК; при наличии показаний назначают препараты и процедуры, способствующие регенерации, проводят терапию заболеваний, ухудшающих регенерацию (диабет, сердечная недостаточность, анемия, гипопроотеинемия и др.). При отсутствии отделяемого асептическую повязку не меняют

УЭ 52. Дренирование ран проводят в зависимости от глубины и обширности резиновыми полосками, трубчатыми, в том числе перфорированными и другими дренажами для отведения в повязку раневого отделяемого. Длительность дренирования зависит от количества отделяемого и, как правило, кратковременное до 12-24 часов.

УЭ 53. После операции конечность иммобилизуют гипсовой или косыночной повязкой. При локализации ран на туловище назначают покой, постельный или полупостельный режим на 1-3 суток.

УЭ 54. Общее лечение для стимуляции заживления асептических ран включает применение по показаниям витаминов, общеукрепляющих средств, достаточное питание, аминокислотные и белковые препараты, анаболические гормоны.

УЭ 55. Срок снятия швов с асептической раны зависит от локализации, размеров раны, наличия местных и общих условий для регенерации. Ориентировочно: в области лица, шеи – на 4-6 сутки; области передней брюшной стенки – 7-10 сутки; области грудной клетки, голень и стопа – 10-12 сутки.

УЭ 56-72. К ранним осложнениям асептических ран относят: кровотечение, гематому в ране, серому, формирование воспалительного инфильтрата, нагноение раны, некроз краев раны, эвентерацию внутренних органов. К поздним осложнениям относят: послеоперационную грыжу, лигатурный абсцесс и свищ, келоидный и гипертрофический рубцы, трофическую язву, оссификацию рубца, контрактуры.

УЭ 73-78. Профилактика раневых осложнений предусматривает соблюдение асептики, тщательность проведения ПХО, гемостаза, бережное обращение с тканями во время операций, послеоперационный контроль и уход за раной, проведение иммунопрофилактики при риске анаэробной инфекции (столбняк, гангрена), бешенства и др.

5. Интеграция темы «Асептические и свежеинфицированные раны».

| | |
|--|---|
| Вопросы, обсуждаемые на кафедре общей хирургии | Интеграция вопросов на других кафедрах. |
| 1. Классификация ран по степени инфицированности. Ведение асептических ран, осложнения, их | Кафедра гистологии: понятие о репаративной регенерации. Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии: доступы к различным анатомическим |

| | |
|---|---|
| <p>диагностика, лечение и профилактика.</p> <p>2. Первичная хирургическая обработка ран. Экстренная профилактика столбняка.</p> | <p>образованиям, способы ушивания ран. Кафедра патанатомии: патоморфологические процессы, происходящие в ранах. Кафедра патфизиологии: сущность раневого процесса. Кафедра травматологии: особенности ПХО ран различной локализации. Тактика при проникающих и огнестрельных ранениях. Кафедра микробиологии: плановая и экстренная профилактика столбняка. Характеристика возбудителя столбняка.</p> |
|---|---|

6. Перечень практических умений:

Студент на занятии должен приобрести следующие практические навыки и умения:

- Оценить состояние раны и диагностировать раннее осложнение.
- Выполнить перевязку асептической и свежеинфицированной раны после ПХО.
- Снять кожные швы.
- Подготовить инструменты для первичной хирургической обработки раны.

7. Вопросы по самоподготовке студентов к практическому занятию по теме «Асептические и свежеинфицированные раны».

1. Определение понятия ран.
2. Классификация ран по степени инфицированности.
3. Асептические раны.
4. Морфология первичного заживления ран. Условия необходимые для заживления раны первичным натяжением.
5. Клиническое течение и уход за неосложненной послеоперационной раной. Сроки снятия кожных швов.
6. Осложнения со стороны послеоперационной асептической раны (ранние и поздние), их причины, симптоматика, принципы лечения и профилактика.
7. Осложнения со стороны раны в фазе формирования послеоперационного рубца.
8. Определение понятия «свежеинфицированные раны». Роль первичной и вторичной инфекции в развитии раневого процесса.
9. Первая помощь при ранениях. Определение понятия «туалет раны», первичная хирургическая обработка раны (ранняя, отсроченная, поздняя).
10. Техника первичной хирургической обработки раны (ПХО) и патофизиологическое значение ее компонентов (рассечение, иссечение и др.).
11. Виды швов, применяемые при лечении ран. Первичный и первично-отсроченный шов. Условия для их наложения.
12. Противопоказания к первичной хирургической обработке и первичному шву.
13. Особенности ПХО ран, проникающих в сустав, полости тела.
14. Серопрфилактика инфекции.

8. Задания для внеаудиторной самостоятельной работы студентов.

- Современные методы профилактики нагноения асептических ран (реферат).
- Экстренная профилактика столбняка (реферат).
- Лечение укушенных и отравленных ран (реферат).
- Профилактика анаэробной инфекции ран (реферат).

9. Тестовый контроль по теме «Асептические и свежеинфицированные раны»

1. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ТРЕБУЕТ НЕМЕДЛЕННОЙ РЕВИЗИИ РАНЫ?

- 1) Гиперемия кожного покрова
- 2) Артериальное кровотечение из раны
- 3) Повышение артериального давления
- 4) Аллергические высыпания на коже

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

- 1) Наложение стерильной повязки
- 2) Наложение повязки с антисептиками
- 3) Наложение первично-отсроченных швов
- 4) Первичная хирургическая обработка раны

3. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПЕРВИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Зияние раны
- 2) Наличие грануляций в просвете раны
- 3) Образование тонкого кожного рубца
- 4) Вворачивание краев раны

4. ПО СТЕПЕНИ ИНФИЦИРОВАННОСТИ РАНЫ БЫВАЮТ:

- 1) Колотые, рубленые, укушенные, ушибленные
- 2) Инфицированные, операционные, случайные
- 3) Асептические, свежеинфицированные, гнойные
- 4) Проникающие, непроникающие, рваные

5. ОСНОВНАЯ ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН:

- 1) Кровотечение
- 2) Зияние
- 3) Обширная зона некроза
- 4) Загрязнение раны инородными предметами

6. К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ:

- 1) Все нижеперечисленное
- 2) Значительное повреждение тканей (ушиб, размозжение)
- 3) Расстройство местного кровообращения
- 4) Факторы, снижающие жизнеспособность тканей (анемия, шок)

7. КОМПЛЕКСНАЯ ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ РАН ВКЛЮЧАЕТ:

1) ПЕРВИЧНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ РАНЫ; 2) ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА, ПРОПУСКАЮЩЕГО ВОЗДУХ К ПОВЕРХНОСТИ РАНЫ; 3) ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ; 4) ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОСТОЛБНЯЧНОЙ СЫВОРОТКИ;

- 1) 1 и 4
- 2) 2 и 4
- 3) 3 и 4
- 4) все перечисленное

8. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РАНЕНИЙ ПРОТЕКАЮТ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНО:

- 1) Ушибленные раны
- 2) Пулевые ранения
- 3) Резаные раны

- 4) Рваные раны
9. КОГДА ПРОВОДЯТ ПХО БОЛЬНОМУ В СОСТОЯНИИ ШОКА?
- 1) Тотчас при поступлении
 - 2) На следующий день
 - 3) После выведения больного из шока
 - 4) Не позже 2 часов после поступления
10. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПХО ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) Загрязнение раны
 - 2) Размозжение краев раны
 - 3) Наличие признаков гнойного воспаления
 - 4) Повреждение сухожилий
11. КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВХОДЯТ В ПХО РАНЫ:
- 1) Иссечение краев раны
 - 2) Остановка кровотечения
 - 3) Рассечение раны
 - 4) Всё перечисленное верно
12. РАННЮЮ ПХО ПРОВОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ:
- 1) первых суток
 - 2) вторых суток
 - 3) третьих суток
 - 4) До развития инфекции в ране
13. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ШВА:
- 1) Осаждение краев раны
 - 2) Неуверенность в качестве ПХО
 - 3) Зияние раны
 - 4) Наличие капиллярного кровотечения
14. КАКОВО СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ ПЕРВОЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА?
- 1) Гидратация
 - 2) Воспаления
 - 3) Реорганизации рубца
 - 4) Регенерация и пролиферация
15. КАКОВО СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ ВТОРОЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА?
- 1) Дегидратация
 - 2) Воспаления
 - 3) Реорганизации рубца
 - 4) Регенерации
16. КАКОВО СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ ТРЕТЬЕЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА?
- 1) Гидратации
 - 2) Воспаления
 - 3) Реорганизации рубца
 - 4) Регенерации
17. ДЛЯ ФАЗЫ РЕОРГАНИЗАЦИИ РУБЦА ХАРАКТЕРНО:
- 1) УМЕНЬШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ВОДЫ В РУБЦЕ, 2) ПЕРЕСТРОЙКА БОГАТОЙ КОЛЛАГЕНОМ РУБЦОВОЙ ТКАНИ, 3) ПРИОБРЕТЕНИЕ РУБЦОМ УСТОЙЧИВОСТИ НА РАЗРЫВ, 4) МИГРАЦИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ В ОБЛАСТЬ РУБЦА, 5) ЗАМЕЩЕНИЕ ФИБРИНА КАПИЛЛЯРАМИ И КОЛЛАГЕНОМ
- Выберите правильную комбинацию ответов:
- 1) 1,2,3
 - 2) 2,3,4
 - 3) 1,2,4
 - 4) 1,2,5
18. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ЭВЕНТЕРАЦИЯ»:
- 1) Ущемление содержимого грыжевого мешка

- 2) Система мероприятий направленных на устранение пареза кишечника в послеоперационном периоде
- 3) Выпадение через рану органов брюшной полости
- 4) Рассечение стенки желудка

19. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ АСЕПТИЧЕСКИХ РАН ОТНОСЯТ:

- 1) Кровотечение
- 2) Послеоперационную грыжу
- 3) Трофическую язву
- 4) Келоидный рубец

20. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ТРЕБУЕТ НЕМЕДЛЕННОЙ РЕВИЗИИ РАНЫ?

- 1) Кровотечение из раны
- 2) Отек краев раны
- 3) Повышение артериального давления
- 4) Аллергические высыпания на коже

21. КАКИЕ РАНЫ ДОЛЖНЫ ПОДВЕРГАТЬСЯ ПХО:

- 1) Асептические
- 2) Свежеинфицированные
- 3) Гнойные
- 4) Все

22. ШОВ, НАКЛАДЫВАЕМЫЙ НА РАНУ СРАЗУ ПОСЛЕ ПХО СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

- 1) Первично-отсроченным
- 2) Первичным
- 3) Вторичным ранним
- 4) Вторичным поздним

23. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПЕРВИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Зияние раны
- 2) Наличие грануляций в просвете раны
- 3) Вворачивание краев раны
- 4) Образование тонкого кожного рубца

24. К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РАН ОТНОСЯТ:

- 1) Образование гематомы в ране
- 2) Боли в ране
- 3) Лигатурный свищ
- 4) Шок

25. АСЕПТИЧЕСКИЕ РАНЫ МОГУТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ:

- 1) Ранним вторичным кровотечением
- 2) Поздним вторичным кровотечением
- 3) Любым видом кровотечения
- 4) Осложнение кровотечением не характерно

26. ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННОЙ РАНЫ ДО ЕЕ ОБРАБОТКИ:

- 1) Возможно при значительном загрязнении раны
- 2) Выполняется всегда
- 3) Недопустимо
- 4) Возможно при обезболивании

27. КАКУЮ АНЕСТЕЗИЮ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПХО?

- 1) Местная анестезия
- 2) Внутримышечное введение наркотического анальгетика
- 3) Внутривенный наркоз
- 4) Вид обезболивания зависит от характера ранения и локализации раны

28. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ УСЛОВИЯМИ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Профилактическое назначение антибиотика
- 2) Хорошее соприкосновение краев раны
- 3) Отсутствие некроза в просвете раны
- 4) Наличие грануляций в ране

29. ДЛЯ СЛЕПОГО ОГНЕСТРЕЛЬНОГО РАНЕНИЯ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

- 1) Инородного тела на дне раны
- 2) Входного и выходного отверстий
- 3) Поверхностной обширной раны
- 4) Все перечисленное верно

30. АСЕПТИЧЕСКОЙ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ РАНУ, ПОЛУЧЕННУЮ:

- 1) В операционной
- 2) В перевязочной
- 3) С соблюдением правил асептики
- 4) В операционной или перевязочной и не связанную с гнойным заболеванием

31. ЗОНА МОЛЕКУЛЯРНОГО СОТрясения ХАРАКТЕРНА:

- 1) Для резанных ран
- 2) Для колотых ран
- 3) Для огнестрельных ран
- 4) Для рубленых ран

32. ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРОНИКАЮЩИЙ ХАРАКТЕР РАНЕНИЯ НЕОБХОДИМО:

- 1) Осуществить ревизию раны зажимом
- 2) Рассечь раневой канал
- 3) Ориентироваться на клинические признаки повреждения внутренних органов
- 4) Выполнить обзорную рентгенографию

33. ДРЕНИРОВАНИЕ АСЕПТИЧЕСКОЙ РАНЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ С ЦЕЛЬЮ

- 1) Уменьшения болевого синдрома
- 2) Профилактики кровотечения из раны
- 3) Для оттока раневого отделяемого
- 4) Всё перечисленное верно

34. ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ АСЕПТИЧЕСКИХ РАН МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ:

- 1) Перфорированные трубчатые дренажи
- 2) Дренажи из перчаточной резины
- 3) Трубчатые дренажи с устройством для создания разряжения и активного удаления раневого отделяемого
- 4) Все перечисленные

35. ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ПАССИВНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕРОПРОФИЛАКТИКИ СТОЛБНЯКА СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) Антистафилококковую плазму
- 2) Столбнячный анатоксин
- 3) Противостолбнячную сыворотку
- 4) Свежезамороженную плазму

36. ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ АКТИВНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕРОПРОФИЛАКТИКИ СТОЛБНЯКА СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) Столбнячный анатоксин
- 2) АКДС
- 3) Антистафилококковый γ -глобулин
- 4) Адсорбированный стафилококковый анатоксин

37. ТЕХНИКА ПХО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- 1) Иссечение краев и стенок раны
- 2) Рассечение тканей по ходу раневого канала
- 3) Гемостаз

- 4) Все верно
38. ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НАГНОЕНИЯ АСЕПТИЧЕСКОЙ РАНЫ, ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ «ЧИСТЫХ» ОПЕРАЦИЙ:
- 1) Обязательно в послеоперационном периоде
 - 2) Проводят по желанию пациента
 - 3) Не проводят
 - 4) Начинают в предоперационном периоде
39. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОНИКАЮЩЕЙ РАНЫ В ОБЛАСТИ ЖИВОТА ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) Кровотечение из раны
 - 2) Эвентрация сальника
 - 3) Зияние раны
 - 4) Наличие инородного тела в ране
40. ПХО РАНЫ ПРОВОДЯТ:
- 1) На месте получения раны
 - 2) В перевязочной, операционной
 - 3) В машине скорой помощи
 - 4) В палате хирургического отделения
41. ПО ХАРАКТЕРУ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТКАНЕЙ РАНЫ БЫВАЮТ:
- 1) Колотые, резаные, рубленые
 - 2) Операционные, случайные, преднамеренные
 - 3) Проникающие, слепые, сквозные
 - 4) Касательные, сквозные, простые
42. КОЛОТЫЕ РАНЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:
- 1) Значительным зиянием
 - 2) Обильным кровотечением
 - 3) Высоким риском повреждения внутренних органов
 - 4) Обширным повреждением мягких тканей
43. ДЛЯ УКУШЕННЫХ РАН ХАРАКТЕРНО:
- 1) Массивное инфицирование патогенной флорой
 - 2) Минимальное повреждение тканей
 - 3) Заживление первичным натяжением
 - 4) Незначительный риск развития анаэробной инфекции
44. ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:
- 1) Клинической картиной повреждения полого органа
 - 2) Клинической картиной внутреннего кровотечения
 - 3) Отсутствием клинических проявлений повреждения полого органа или кровотечения
 - 4) Возможно развитие любого из указанных выше вариантов
45. К ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫХ РАНЫ ОТНОСЯТ:
- 1) ПХО раны
 - 2) Введение антибиотиков
 - 3) Введение иммунных препаратов (ПСС, гамма-глобулины, анатоксины)
 - 4) Всё перечисленное
46. У БОЛЬНОГО ПРОНИКАЮЩАЯ КОЛОТО-РЕЗАНАЯ РАНА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ $\approx 2 \times 0,5$ СМ. КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ РАНЫ НЕТ. ПУЛЬС 115 В 1 МИН., АД 80/60 ММ РТ. СТ. ПОКАЗАНО:
- 1) ПХО раны под местной анестезией
 - 2) Гемостатическая терапия
 - 3) Лапаротомия под общей анестезией, гемостаз на фоне противошоковой терапии, ПХО раны
 - 4) Противошоковая терапия + асептическая повязка на рану
47. ОСОБЕННОСТЯМИ ПХО В ОБЛАСТИ СУСТАВОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Широкое иссечение тканей
 - 2) Сохранение суставной капсулы
 - 3) Проведение гемостаза в ране
 - 4) Удаление инородных тел
48. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПХО К НЕОБХОДИМЫМ ИНСТРУМЕНТАМ ОТНОСЯТ:
- 1) Шприцы с иглами, иглодержатель с иглами
 - 2) Хирургические пинцеты - 2, анатомические – 2
 - 3) Скальпели – 2, зажимы кровоостанавливающие
 - 4) Все перечисленное
49. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПХО РАНЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НЕОБХОДИМЫ ИНСТРУМЕНТЫ:
- 1) Скальпели-2, ножницы-2, пинцеты-4
 - 2) Ранорасширители винтовой, салазковый
 - 3) Пилы: проволочная, листовая
 - 4) Зонд пугочатый
50. К ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РАН ОТНОСЯТ:
- 1) Травматический шок
 - 2) Гематому
 - 3) Повреждение нерва
 - 4) Все перечисленное
51. ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ АСЕПТИЧЕСКОЙ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) Грыжа послеоперационная
 - 2) Шок
 - 3) Острая анемия
 - 4) Эвентрация
52. ЛЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОЙ РАНЫ ВКЛЮЧАЕТ:
- 1) Смену асептической повязки при пропитывании раневым отделяемым, туалет раны при перевязке
 - 2) Асептические повязки с мазью Вишневского
 - 3) Ежедневную замену дренажей в ране
 - 4) Обкалывание раны раствором новокаина с антибиотиками
53. ЛЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОЙ РАНЫ ВКЛЮЧАЕТ:
- 1) Покой, обезболивание
 - 2) Применение и смену асептических мазевых повязок
 - 3) Ежедневные перевязки с ревизией и зондированием раны
 - 4) Применение асептических повязок с гипертоническим раствором хлорида натрия
54. ШОВ НАКЛАДЫВАЕМЫЙ И ЗАВЯЗЫВАЕМЫЙ НА РАНУ СРАЗУ ПОСЛЕ ПХО СЧИТАЕТСЯ:
- 1) первично-отсроченным
 - 2) первичным
 - 3) вторичным ранним
 - 4) вторичным поздним
55. ДЛЯ СНЯТИЯ КОЖНЫХ ШВОВ С АСЕПТИЧЕСКОЙ РАНЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:
- 1) Скальпель, пинцет, ножницы остроконечные
 - 2) Ножницы Рихтера, корнцанг, крючки Фарабефа
 - 3) Кусачки Листона, щипцы фиксационные, крючки 3-х зубые острые
 - 4) Все перечисленное
56. ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ПАССИВНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕРОПРОФИЛАКТИКИ СТОЛБНЯКА СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ПРИМЕНЯЮТ:
- 1) Антистафилококковую плазму
 - 2) Столбнячный анатоксин
 - 3) Противостолбнячный человеческий иммуноглобулин
 - 4) Свежезамороженную плазму

57. ТОЛЬКО ДЛЯ УКУШЕННЫХ РАН ХАРАКТЕРНО:

- 1) Инфицирование вирусом бешенства
- 2) Минимальное повреждение тканей
- 3) Заживление первичным натяжением
- 4) Незначительный риск развития анаэробной инфекции

58. К МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ОТНОСЯТ:

- 1) Травматический шок
- 2) Жировая эмболия
- 3) Повреждение нерва
- 4) Все перечисленное

59. ДЛЯ ФАЗЫ РЕОРГАНИЗАЦИИ РУБЦА ХАРАКТЕРНО (ВЫБРАТЬ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ):

а) уменьшение содержания воды в рубце, б) перестройка богатой коллагеном рубцовой ткани, в) приобретение рубцом устойчивости на разрыв, г) миграция лейкоцитов в область рубца, д) замещение фибрина капиллярами и коллагеном

- 1) а,б,в
- 2) б,в,д
- 3) а,в,д
- 4) а,б,д

60. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РАН ОТНОСЯТ:

- 1) вторичное позднее кровотечение
- 2) анаэробная инфекция, столбняк
- 3) шок
- 4) нагноение раны

61. ШОВ НАКЛАДЫВАЕМЫЙ НА РАНУ В СРОК ОТ 1 ДО 5 ДНЕЙ С МОМЕНТА РАНЕНИЯ СЧИТАЕТСЯ:

- 1) первично-отсроченным
- 2) первичным
- 3) вторичным ранним
- 4) вторичным поздним

62. КАКИЕ РАНЫ ДОЛЖНЫ ПОДВЕРГАТЬСЯ ПХО:

- 1) асептические
- 2) свежеинфицированные
- 3) гнойные
- 4) все

63. К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РАН ОТНОСЯТ:

- 1) образование гематомы в ране
- 2) боли в ране
- 3) нагноение раны
- 4) шок

64. ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ШВА, КАКОВ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ОТ МОМЕНТА ТРАВМЫ ДО ПРОВЕДЕНИЯ ПХО (БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОВ):

- 1) 4 часа
- 2) 6 часов
- 3) 12 часов
- 4) 24 часа

65. ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ШВА, КАКОВ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ОТ МОМЕНТА ТРАВМЫ ДО ПРОВЕДЕНИЯ ПХО (ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АНТИБИОТИКОВ):

- 1) 4 часа
- 2) 6 часов
- 3) 12 часов
- 4) 24 часа

66. СЧИТАЕТСЯ ЛИ ВОЗМОЖНЫМ «ЗАПРАВЛЕНИЕ» ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ЭВЕНТРАЦИИ:

- 1) да, в любом случае
- 2) да, но только после введения наркотических анальгетиков
- 3) нет
- 4) да, после промывания стерильными антисептиками

67. К СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫМ РАНАМ ОТНОСЯТ:

- 1) рану, полученную при вскрытии гнойника
- 2) асептическую рану, осложненную нагноением
- 3) ожоговую рану
- 4) гнойную рану при присоединении вторичной инфекции

68. К СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫМ РАНАМ ОТНОСЯТ:

- 1) рану, полученную при вскрытии гнойника
- 2) асептическую рану, осложненную нагноением
- 3) отморожение стопы
- 4) гнойную рану при присоединении вторичной инфекции

69. НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ОКРУЖАЮЩИХ ТКАНЕЙ ХАРАКТЕРНО:

- 1) для ушибленной раны
- 2) для рваной раны
- 3) для резаной раны
- 4) для огнестрельной раны

70. ШИРОКАЯ ЗОНА ПОВРЕЖДЕНИЯ ТКАНЕЙ ХАРАКТЕРНА:

- 1) для ушибленной раны
- 2) для резаной раны
- 3) для колотой раны
- 4) для операционной раны

71. ЗОНА МОЛЕКУЛЯРНОГО СОТРЯСЕНИЯ ХАРАКТЕРНО

- 1) для ушибленной раны
- 2) для укушенной раны
- 3) для огнестрельной раны
- 4) для рваной раны

72. САМЫМ ЛЕГКИМ ИЗ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ СЧИТАЕТСЯ

- 1) сквозное ранение
- 2) слепое ранение
- 3) касательное ранение
- 4) осколочное ранение

73. ПРОНИКАЮЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ РАНА:

- 1) при проникновении ее в подкожную клетчатку
- 2) при проникновении ее в мышцы
- 3) при проникновении ее в брюшную полость
- 4) при проникновении ее в кость

74. БИОЛОГИЧЕСКИЙ СМЫСЛ ПЕРВОЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

- 1) самоочищение раны
- 2) созревание грануляционной ткани
- 3) рост кровеносных сосудов
- 4) закрытие раневого дефекта

75. НАИБОЛЕЕ ФУНКЦИОНАЛЬНО ВЫГОДНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) заживление ран первичным натяжением
- 2) заживление ран вторичным натяжением
- 3) заживление ран третичным натяжением
- 4) заживление ран четвертичным натяжением

76. В СТРОЕНИИ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) три слоя
- 2) четыре слоя
- 3) пять слоев
- 4) шесть слоев

77. ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) замещение раневого дефекта
- 2) создание лейкоцитарно-некротического слоя
- 3) образование сосудистых петель
- 4) развитие коллагеновых и аргирофильных волокон

78. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННОЙ РАНЕ

- 1) остановка кровотечения, наложение асептической повязки, транспортная иммобилизация, профилактика шока
- 2) профилактика шока, остановка кровотечения, наложение асептической повязки, транспортная иммобилизация
- 3) остановка кровотечения, профилактика шока, наложение асептической повязки, транспортная иммобилизация,
- 4) наложение асептической повязки, остановка кровотечения, транспортная иммобилизация, профилактика шока

79. ПРОФИЛАКТИКА НАГНОЕНИЯ РАНЫ ПРОВОДИТСЯ ВВЕДЕНИЕМ АНТИБИОТИКОВ

- 1) при операциях на толстом кишечнике
- 2) при операциях на сосудах
- 3) при операциях на нервах
- 4) при операциях на сухожилиях

80. СРОКИ СНЯТИЯ ШВОВ ЗАВИСЯТ ОТ:

- 1) локализации раны
- 2) возраста больного
- 3) сопутствующих заболеваний влияющих на регенерацию
- 4) всего вышеперечисленного

Эталоны ответов:

| | | | |
|------|------|------|------|
| 1-2 | 21-2 | 41-1 | 61-1 |
| 2-4 | 22-2 | 42-3 | 62-2 |
| 3-3 | 23-4 | 43-1 | 63-3 |
| 4-3 | 24-3 | 44-4 | 64-3 |
| 5-3 | 25-1 | 45-4 | 65-4 |
| 6-1 | 26-3 | 46-3 | 66-3 |
| 7-1 | 27-4 | 47-2 | 67-3 |
| 8-3 | 28-2 | 48-4 | 68-3 |
| 9-3 | 29-1 | 49-1 | 69-3 |
| 10-3 | 30-4 | 50-1 | 70-1 |
| 11-4 | 31-3 | 51-1 | 71-3 |
| 12-1 | 32-2 | 52-1 | 72-3 |
| 13-2 | 33-3 | 53-1 | 73-3 |
| 14-2 | 34-4 | 54-2 | 74-1 |
| 15-4 | 35-3 | 55-1 | 75-1 |

| | | | |
|------|------|------|------|
| 16-3 | 36-1 | 56-2 | 76-4 |
| 17-1 | 37-4 | 57-1 | 77-1 |
| 18-3 | 38-3 | 58-3 | 78-3 |
| 19-1 | 39-2 | 59-1 | 79-1 |
| 20-1 | 40-2 | 60-3 | 80-4 |

10. Литература:

1. Гостищев В.К. Общая хирургия, 2003
2. Котельников В. П. Раны и их лечение. – М.: Знание, 1991 – 64с.
3. Кузин М. И. Костюченко В. М. Раны и раневая инфекция М., 1990.
4. Петров С.В. Общая хирургия, 2004.

Занятие 4

1. Тема занятия: «Гнойные раны».

Гнойные раны могут быть следствием острых гнойно-воспалительных заболеваний (первично-гнойные) или осложнением свежеинфицированных и асептических ран. Гнойные раны вызывают как общие, так и местные осложнения приводящие к длительному, тяжелому течению заболевания, инвалидности, а порой и летальным исходам. Они имеют особенности диагностики и лечения существенно отличающие их от асептических ран.

2. Цель занятия:

В процессе подготовки к практическому занятию необходимо иметь четкое представление о:

- особенностях течения раневого процесса в гнойной ране
- хирургической обработке гнойной раны
- вторичных швах и сроках их наложения
- деонтологических нормах работы в перевязочной
- уметь диагностировать и определять лечебную тактику в зависимости от фазы раневого процесса, осуществлять перевязки.

3. Учебные элементы

| |
|--|
| 1. Гнойная рана. |
| 2. Первичная – после вскрытия гнойного очага |
| 3. Вторичная – как осложнение асептических и свежеинфицированных ран |
| 4. Фазы раневого процесса |
| 5. Фаза воспаления |
| 6. Фаза регенерации или пролиферации |
| 7. Фаза реорганизации рубца и эпителизации |
| 8. Клиника |
| 9. Клиника в фазу воспаления |
| 10. Боль |
| 11. Отек |
| 12. Гиперемия |
| 13. Местное повышение температуры |
| 14. Нарушение функций |
| 15. Некроз, гнойное отделяемое |
| 16. Воспалительный инфильтрат вокруг раны |
| 17. Клиника в фазу регенерации |
| 18. Уменьшение признаков воспаления |
| 19. Выполнение дефекта грануляционной тканью |
| 20. Здоровые грануляции |
| 21. Больные грануляции |

| |
|---|
| 22. Краевая эпителизация |
| 23. Клиника в фазе реорганизации рубца и эпителизации |
| 24. Ликвидация признаков воспаления |
| 25. Эпителизация раны |
| 26. Образование и созревание рубцовой ткани |
| 27. Лечение |
| 28. Лечение в фазе воспаления |
| 29. ВХО, дренирование (пассивное, активное, проточно-промывное) |
| 30. Антибактериальная (антибиотики, антисептики, сульфаниламиды и др.) |
| 31. Детоксикация (экстра- и интракорпоральные методы) |
| 32. Иммунокоррекция (вакцины, сыворотки, иммуноглобулины) |
| 33. Симптоматическая (борьба с болью, гипертермией) |
| 34. Иммобилизация |
| 35. Физиотерапевтическое лечение (УВЧ, УФО, ультразвук, КВЧ) |
| 36. Повязки с протеолитическими ферментами |
| 37. Защита от вторичной инфекции |
| 38. Лечение в фазе регенерации. |
| 39. Защита грануляций от механического повреждения при перевязке |
| 40. Стимуляция репарации |
| 41. Ускорение эпителизации |
| 42. Вторичные швы |
| 43. Ранние |
| 44. Поздние |
| 45. Аутодермопластика |
| 46. Свободным кожным лоскутом |
| 47. Перемещенным кожным лоскутом |
| 48. Лечение в фазе реорганизации рубца |
| 49. Осложнения гнойных ран |
| 50. Местные |
| 51. Позднее вторичное кровотечение |
| 52. Абсцесс и флегмона |
| 53. Рожистое воспаление |
| 54. Тромбофлебит |
| 55. Лимфангит и регионарный лимфаденит |
| 56. Переход гнойного процесса на окружающие ткани (бурсит, артрит, остеомиелит и др.) |
| 57. Общие |
| 58. Сепсис |

4. Граф логической структуры практического занятия по теме «Гнойные раны». (приложение №12)

5. Интеграция темы «Гнойные раны».

| | |
|--|---|
| Вопросы, обсуждаемые на кафедре общей хирургии | Интеграция вопросов на других кафедрах |
| 1. Патогенез и фазы раневого процесса. | Кафедра патанатомии: некроз и некробиоз. Виды и формы некроза. Воспаление. Морфология воспаления. Морфогенез регенераторного процесса Физиологическая, репаративная и патологическая регенерация. Кафедра гистологии: реакция клеток на повреждение. Цитологическая |

| | |
|---|--|
| | диагностика. |
| 2. Инфекционные осложнения ран. | Кафедра микробиологии: инфекция и инфекционный процесс. Лабораторная диагностика. |
| 3. Современные принципы лечения гнойных ран. Рациональная антибиотикотерапия. | Кафедра фармакологии: фармакокинетика лекарственных веществ. Пути введения, депонирование, пути выведения. Виды действия лекарственных средств: местное, резорбтивное. Антибиотики: классификация, механизм действия. Основные и резервные антибиотики. |

6. Контрольные вопросы:

1. Определение понятия, классификация ран и характеристика отдельных их видов.
2. Происхождение гнойных ран
3. Понятие о первичном и вторичном заживлении.
4. Гнойные раны. Фазы раневого процесса и их биологическое значение.
5. Физико-химические изменения и биологические процессы в гнойной ране в фазе воспаления. Механизмы самоочищения. Местное и общее лечение. Вторичная хирургическая обработка (ВХО).
6. Биохимические изменения и морфологические процессы в гнойной ране в фазе репаративной регенерации. Строение и функции грануляций. Местное и общее лечение.
7. Гистологические и биохимические процессы в гнойной ране в фазе реорганизации рубца и эпителизации. Местное и общее лечение.
8. Опасности и осложнения гнойных ран.
9. Активное хирургическое лечение гнойных ран.
10. Местные клинические проявления «гнойной раны» в фазе воспаления и регенерации. «Здоровые» и «больные» грануляции. Алгоритм описания раны.
11. Виды швов используемых при лечении гнойных ран (ранний и поздний вторичные швы).

7. Задание для домашней письменной работы

- Опишите, как при различных методах лечения гнойных ран реализуются общие принципы лечения.

Впишите в таблицу принципы лечения гнойных ран в зависимости от стадии раневого процесса

Заполните таблицу

| Осложнения гнойных ран | |
|------------------------------|--------------------------------|
| Общие осложнения гнойных ран | Местные осложнения гнойных ран |
| | |

Заполните таблицу

| Факторы, влияющие на заживление гнойных ран | |
|---|-------|
| Местные | Общие |
| | |

8. Тестовый контроль знаний по теме: «Гнойные раны»

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

- 1)восполнение раневого дефекта
- 2)восстановление утраченных тканей
- 3)самоочищение раны
- 4)развитие рубцовой ткани

2. ЗРЕЛАЯ ГРАНУЛЯЦИОННАЯ ТКАНЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- 1)эпителиальных клеток
- 2)волоконистых структур
- 3)капилляров
- 4)фибробластов

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

- 1)асептическая рана
- 2)свежеинфицированная рана
- 3)гнойная рана в фазе воспаления
- 4) гнойная рана в фазе регенерации

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

- 1)мазь Вишневского
- 2)протеолитические ферменты
- 3)антибиотики
- 4)сульфаниламиды

5. КАКИЕ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИНЯТО ВЫДЕЛЯТЬ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ:

- а) воспаление
- б) регенерация
- в) гидратация
- г) дегидратация

выберите правильную комбинацию ответов

- 1) а, б
- 2) б, в
- 3) в, г
- 4) а, г

6. ГНОЙНАЯ РАНА – ЭТО

- 1) всякая инфицированная рана
- 2) рана выполненная фибрином
- 3) рана с развитием в ней гнойно-воспалительного процесса
- 4) рана с некрозом тканей

7. К ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИМ ФЕРМЕНТАМ ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАНЫ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) химотрипсин и химопсин
- 2) ампициллин и тетрациклин
- 3) липаза и амилаза
- 4) хлоргексидин и диоксидин

8. РАНА 1X0,5CM, ВОКРУГ НЕЕ ПАЛЬПИРУЕТСЯ ИНФИЛЬТРАТ 5X10CM. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ РЕЗКАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ, ИЗ РАНЫ КАК ИЗ ТЮБИКА, ВЫДЕЛЯЕТСЯ ГУСТОЙ ГНОЙ. РЕШАЕТСЯ ВОПРОС ОБ ОПЕРАТИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ЭТОГО НАИБОЛЕЕ ЦЕНЕН В ДАННОЙ СИТУАЦИИ?

- 1)перкуссия
- 2)зондирование
- 3)исследование лейкоцитоза крови
- 4)фистулография

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

- 1)стафилококк
- 2)кишечная палочка
- 3)синегнойная палочка
- 4)стрептококк

10. ПРИ НАГНОЕНИИ РАНЫ ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- 1) первичного
- 2) вторичного раннего
- 3) вторичного позднего
- 4) третичного

11. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ШОВ НАКЛАДЫВАЕМЫЙ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ КРАЕВ ГРАНУЛИРУЮЩЕЙ РАНЫ?

- 1)провизорный шов
- 2)ранний вторичный шов
- 3)поздний вторичный шов
- 4)первично-отсроченный шов

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

- 1)провизорный шов
- 2)ранний вторичный шов
- 3)поздний вторичный шов
- 4)первично-отсроченный шов

13. АКТИВНУЮ ИММУНИЗАЦИЮ ПРИ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В РАНЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- 1) антистафилококкового бактериофага
- 2) антистафилококковой плазмы
- 3) нативного или адсорбированного стафилококкового анатоксина
- 4) антистафилококкового иммуноглобулина

14. ПЕРВИЧНО-ГНОЙНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ РАНА:

- 1) после получения случайного ранения
- 2) после вскрытия очага гнойного воспаления
- 3) в результате инфекционного осложнения асептической раны
- 4) в результате нагноения раны после ПХО

15. РАНА В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ИМЕЕТ РАЗМЕРЫ 20X20CM. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ ЛЕЧЕБНЫХ СРЕДСТВ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАННОЕ

- 1) антибиотикотерапия
- 2) пересадка кожи
- 3) мазевые повязки
- 4) стимулирующая терапия

16. АНТИСТАФИЛОКОККОВЫЙ БАКТЕРИОФАГ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ

- 1) внутривенно
- 2) внутриартериально
- 3) внутримышечно
- 4) местно в рану

17. В ТКАНЯХ ОКРУЖАЮЩИХ ГНОЙНУЮ РАНУ В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) ацидоз
- 2) алкалоз
- 3) нейтральная среда
- 4) все верно в зависимости от состояния больного

18. ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ РАНЫ, ИНФИЦИРОВАННОЙ ПАЛОЧКОЙ СИНЕ-ЗЕЛЕННОГО ГНОЯ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- 1) раствора фурацилина
- 2) борную кислоту
- 3) мазь Вишневского
- 4) метилурациловую мазь

19. ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ РАНЫ ИНСТРУМЕНТ БЕЗ УСИЛИЯ ПРОНИКАЕТ В ПОДКОЖНЫЙ «КАРМАН» ГЛУБИНОЙ 10СМ., ИЗ КОТОРОГО В ЗНАЧИТЕЛЬНОМ КОЛИЧЕСТВЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ГНОЙ. ВЫБЕРИТЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЛЕЧЕБНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАННОЕ

- 1) введение в «карман» антибиотиков
- 2) дополнительный разрез (контрапертура)
- 3) физиотерапия
- 4) введение в «карман» тампона с антисептиком

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

- 1) кардиальная терапия
- 2) переливание эритроцитной массы
- 3) витаминотерапия
- 4) антибиотикотерапия

21. В ПРОЦЕССЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ ГНОЙНОЙ РАНЫ ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1) лейкоцитам
- 2) эндотелию капилляров и фибробластам
- 3) макрофагам
- 4) гистиоцитам и тучным клеткам

22. ЗАЖИВЛЕНИЮ ГНОЙНЫХ РАН СПОСОБСТВУЕТ

- 1) наличие в ране размозженных тканей
- 2) массивное обсеменение тканей микроорганизмами
- 3) наличие в ране инородных тел
- 4) сохранения хорошего кровообращения в области раны

23. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОЙ РАНЫ У БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПОЛУЧАЮЩЕМУ ИНСУЛИН

- 1) применение ферментов противопоказано
- 2) не показано применение ферментов
- 3) применение фермента решается индивидуально
- 4) показано применение протеолитических ферментов (трипсина, химотрипсина)

24. НАГНОЕНИЕ РАНЫ, КАК ПРАВИЛО, ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) стрептококком
- 2) стафилококком
- 3) гонококком
- 4) синегнойной палочкой

25. ВТОРИЧНОЙ ГНОЙНОЙ, СЧИТАЕТСЯ РАНА:

- 1) после вскрытия очага гнойного воспаления
- 2) в результате нагноения асептической раны
- 3) в результате нагноения раны после ПХО
- 4) верно 2 и 3 утверждения

26. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОЙ РАНЫ В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ПОКАЗАНО

- 1) применение мазевых повязок
- 2) антибиотиков внутримышечно
- 3) сульфаниламидных препаратов внутрь
- 4) гипертонического раствора

27. В ПЕРВУЮ ФАЗУ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ МАЗИ НА:

- 1) жировой основе
- 2) водорастворимой основе
- 3) любая мазь на усмотрение врача
- 4) мази в I фазе не используются

28. НОРМАЛИЗАЦИИ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ СПОСОБСТВУЕТ

- 1) применение антибиотиков
- 2) раннее вставание
- 3) рациональная инсулинотерапия
- 4) сосудорасширяющие препараты

29. ГНОЙНОЙ РАНОЙ НАЗЫВАЕТСЯ РАНА:

- 1) в которой имеется гнойное воспаление
- 2) в которую попали микроорганизмы
- 3) после операции, если по ходу ее выполнения вскрывался просвет полого органа
- 4) верно 1 и 2 утверждения

30. ТАКТИКА ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ ГНОЙНОЙ РАНЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЛИМФАНГОИТОМ И РЕГИОНАРНЫМ ЛИМФАДЕНИТОМ:

- 1) антибактериальная терапия
- 2) обкалывание очага воспаления антибиотиком
- 3) направление больного в стационар
- 4) срочный анализ крови

31. АКТИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ЕЁ:

- 1) рациональной хирургической обработке
- 2) применении трубчатых дренажей
- 3) хирургической обработке, дренировании, ушивании с вакуумаспирацией
- 4) хирургической обработке, дренировании, ушивании с дискретным проточно-аспирационным промыванием

32. ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН ТРАДИЦИОННЫМ ОТКРЫТЫМ СПОСОБОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) благоприятным течением раневого процесса
- 2) быстрым сроком выздоровления
- 3) присоединением вторичной инфекции
- 4) верно 1 и 2 утверждения

33. ВИДЫ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН

- 1) вторичным натяжением
- 2) первичным натяжением
- 3) заживление под струпом
- 4) все перечисленное

34. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ОБЩЕЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) выделение ассоциаций микроорганизмов из раневого экссудата
- 2) осложнение раневого процесса лимфангоитом, лимфаденитом
- 3) определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам
- 4) все перечисленное верно

35. ЛЕЧЕНИЕ РАНЫ В ПЕРВОЙ ФАЗЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) противовоспалительную терапию
- 2) адаптация краев раны, стимулирование роста грануляций
- 3) стимулирование процессов очищения раны, создание покоя ране
- 4) правильно 1) и 3)

36. ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ РАНЫ ВТОРИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ВО ВТОРОЙ ФАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) противовоспалительное лечение
- 2) стимулирование роста грануляций
- 3) стимулирование процессов очищения раны
- 4) адекватное дренирование

37. АКТИВНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ - ЭТО

- 1) отток гноя по дренажной трубке по силе тяжести
- 2) отток гноя по капиллярному дренажу
- 3) дренирование ушитой раны с постоянной вакуумаспирацией
- 4) оставление в ране резинового выпускника

38. ФАКТОРАМИ РИСКА В ПЕРИОД НАРКОЗА И ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ, СПОСОБСТВУЮЩИМИ РАЗВИТИЮ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РАНЕ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кровопотеря
- 2) ухудшение микроциркуляции крови
- 3) травматичность операции
- 4) все перечисленное

39. АКТИВНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ - ЭТО

- 1) отток гноя по дренажной трубке по силе тяжести
- 2) отток гноя по капиллярному дренажу
- 3) длительное промывание раны через дренажную трубку
- 4) оставление в ране резинового выпускника

40. ФАЗОВОЕ ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В "ЧИСТЫХ" И "ГНОЙНЫХ" РАНАХ

- 1) имеет качественное различие
- 2) имеет количественное различие
- 3) и то, и другое
- 4) ни то, ни другое

41. ЗАЖИВЛЕНИЕ РАНЫ ВТОРИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ - ЭТО

- 1) заживление через нагноение
- 2) заживление через грануляции
- 3) заживление под струпом
- 4) все перечисленное

42. СМЕНА ДОМИНИРУЮЩЕГО ВОЗБУДИТЕЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА В РАНЕ КОНТРОЛИРУЕТСЯ ВРАЧОМ С ПОМОЩЬЮ:

- 1) периодического микроскопирования мазков отпечатков с поверхности раны
- 2) регулярной термометрии
- 3) регулярного бактериологического исследования раны
- 4) цитологического исследования гноя

43. ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В РАНЕ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) йодопиррон и хлоргексидин
- 2) актовегиновую и солкосериловую мазь
- 3) мази «Левомеколь», «Левосин»
- 4) перекись водорода и фурацилин

44. ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ПРЕДПЛЕЧЬЕ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ. ТРИ ДНЯ НАЗАД ПОЛУЧИЛ РАНУ. НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ РАНА 2Х5СМ. С НЕРОВНЫМИ КРАЯМИ, ПОКРЫТЫМИ СЛОЕМ ФИБРИНА, С ОБИЛЬНЫМ ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ, ОТЁКОМ ГИПЕРТЕРМИЕЙ И ГИПЕРЕМИЕЙ КОЖИ ВОКРУГ. СФОРМУЛИРУЙТЕ ДИАГНОЗ.

- 1) свежеинфицированная рана
- 2) гнойная рана в фазе регенерации
- 3) гнойная рана в фазе воспаления
- 4) свежеинфицированная рана с нагноением

45. ДЕГИДРАТАЦИИ РАНЫ И ЕЁ САМООЧИЩЕНИЮ СПОСОБСТВУЮТ:

- 1) мази «Декспантенол» и «Актовегин»
- 2) мази «Левомеколь», «Левосин»
- 3) фурацилиновая и метилурациловая мази
- 4) мазь Вишневского

46. ПРОМЫВАНИЕ РАНЫ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) фракционным
- 2) проточным
- 3) проточно-аспирационным
- 4) прямым

47. РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗАЩИТОЙ ГНОЙНОЙ РАНЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО

- 1) в первой фазе раневого процесса
- 2) во второй фазе раневого процесса
- 3) в третьей фазе раневого процесса
- 4) в четвертой фазе раневого процесса

48. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ТКАНЕЙ В ГНОЙНОЙ РАНЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИХ:

- 1) кровоточивость
- 2) упругость
- 3) цвет
- 4) консистенция

49. МЕТОД ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

- 1) обработка раны протеолитическими ферментами
- 2) обработка раны лучами лазера
- 3) обработка раны раствором антисептиков
- 4) обработка раны химическими антисептиками

50. ОСЛОЖНЕНИЕМ ГНОЙНОЙ РАНЫ, ВЫЗВАННЫМ КОНТАКТНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ИНФЕКЦИИ БУДЕТ:

- 1) регионарный лимфаденит
- 2) остеомиелит
- 3) тромбофлебит
- 4) лифангоит

51. ОСЛОЖНЕНИЕМ ГНОЙНОЙ РАНЫ, ВЫЗВАННЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ИНФЕКЦИИ БУДЕТ:

- 1) тромбофлебит
- 2) остеомиелит
- 3) регионарный лимфаденит
- 4) лифангоит

52. ХАРАКТЕРНЫЕ МЕСТНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ:

- 1) обильное гнойное отделяемое
- 2) рана покрыта фибринозно-гнойным налётом
- 3) уменьшение гиперемии и инфильтрации ткани
- 4) отек и гиперемия краев раны

53. В ГНОЙНОЙ РАНЕ ИМЕЕТСЯ ОГРАНИЧЕННЫЙ КРАЕВОЙ НЕКРОЗ КОЖИ. ЧТО НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ?

- 1) назначить УВЧ на рану
- 2) иссечь омертвевший участок кожи
- 3) наложить повязку с мазью Вишневского
- 4) промыть рану перекисью водорода

54. ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ РАН:

- 1) попадание инфекции в момент ранения
- 2) инфицирование в процессе лечения
- 3) развитие воспалительной реакции после заживления раны
- 4) снижение общего иммунитета

55. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НАГНОЕНИЯ СВЕЖЕИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ПОЯВЛЯЮТСЯ

- 1) в первые шесть часов
- 2) через шесть – двенадцать часов
- 3) на вторые – третьи сутки
- 4) на пятые-шестые сутки

56. К ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ГНОЙНЫХ РАН ОТНОСЯТСЯ:

- 1) сепсис
- 2) остеомиелит
- 3) тромбофлебит
- 4) лимфаденит

57. ОСНОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ РАН ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) наличие антибиотиков широкого спектра действия
- 2) соблюдение асептики при оказании помощи и лечении ран
- 3) знание путей попадания инфекции в рану
- 4) наличие антисептиков

58. МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

- 1) обработка раны протеолитическими ферментами
- 2) обработка раны пульсирующей струёй
- 3) обработка раны раствором антисептиков
- 4) введение в рану бактериофага

59. К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ГНОЙНЫХ РАН ОТНОСЯТСЯ:

- 1) атрофический рубец
- 2) трофическая язва
- 3) гипертрофический рубец
- 4) нормотрофический рубец

60. ЗАЖИВЛЕНИЕ РАНЫ ВТОРИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ ПРОИСХОДИТ, ЕСЛИ:

- 1) края раны сведены, но отёчны
- 2) края раны соприкасаются
- 3) края раны не сведены
- 4) если края раны сведены вторичными швами

61. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ РАНЫ ВТОРИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ ВЕДЁТ К ОБРАЗОВАНИЮ РУБЦА:

- 1) келоидного
- 2) косметического
- 3) плоского
- 4) грубого

62. ДЛЯ ГНОЙНОЙ РАНЫ В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНО

- 1) наличие анемии
- 2) наличие лейкоцитоза со сдвигом формулы влево
- 3) наличие лейкопении
- 4) наличие лейкоцитоза со сдвигом формулы вправо

63. ОСЛОЖНЕНИЕМ ГНОЙНОЙ РАНЫ, ВЫЗВАННЫМ КОНТАКТНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ИНФЕКЦИИ БУДЕТ:

- 1) артрит
- 2) регионарный лимфаденит
- 3) тромбофлебит
- 4) всё перечисленное

64. МЕСТНЫЕ ПРИЗНАКИ ГНОЙНОЙ РАНЫ В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

- 1) отёк, боль, цианоз
- 2) боль, отёк, гипотермия
- 3) нарушение функции, цианоз, гипертермия
- 4) гипертермия, отёк, боль

65. ХАРАКТЕРНЫЕ МЕСТНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ:

- 1) уменьшение гиперемии и инфильтрации ткани
- 2) обильное гнойное отделяемое
- 3) рана покрыта фибринозно-гнойным налётом
- 4) резкая болезненность при пальпации

66. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ:

- 1) сближение краёв раны
- 2) некрэктомия
- 3) применение растворов антисептиков
- 4) дренирование раны

67. МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

- 1) обработка ран с помощью ультразвука
- 2) обработка раны протеолитическими ферментами
- 3) обработка раны раствором антисептиков
- 4) обработка раны раствором антибиотиков

68. МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

- 1) обработка раны протеолитическими ферментами
- 2) обработка раны лучами лазера
- 3) обработка раны раствором антисептиков
- 4) обработка раны раствором антибиотиков

69. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ВТОРОЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ РАНЫ ВТОРИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ:

- 1) очищение раны
- 2) исчезновение местных симптомов воспаления
- 3) появление грануляций
- 4) уменьшение раневого отделяемого

70. ВТОРАЯ ФАЗА РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ ЗАЖИВЛЕНИИ:

- 1) заполнением раны грануляциями
- 2) эпителизацией раны
- 3) уменьшением раневого отделяемого
- 4) стиханием местных симптомов воспаления

71. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АТРОФИЧЕСКОГО РУБЦА:

- 1) не возвышается над поверхностью кожи, больного не беспокоит
- 2) цвет бледно-розовый, болезненный
- 3) плотный на ощупь, возвышается над уровнем здоровой кожи
- 4) больного не беспокоит, синюшно-лиловый

72. РОСТ КЕЛОИДНОГО РУБЦА ПОСЛЕ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ РАНЫ ОБЫЧНО НАЧИНАЕТСЯ ЧЕРЕЗ:

- 1) 2 недели
- 2) 1-3 месяца
- 3) 1 год
- 4) 3 года и позже

73. РАДИКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ГНОЙНОЙ РАНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ:

- 1) опасности повреждения сосудов, нервов, сухожилий
- 2) сахарном диабете тяжелой степени
- 3) сепсисе
- 4) обширной гнойной ране

74. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЁМА ОПЕРАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ГНОЙНОЙ РАНЫ МОЖЕТ БЫТЬ:

- 1) неполной, полной (радикальной)
- 2) первичной
- 3) вторичной
- 4) поздней

75. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ

- 1) по характеру гнойного отделяемого из раны
- 2) по данным бактериологического посева
- 3) по данным бактериологического посева и антибиотикограммы
- 4) по микроскопическим данным

76. НАГНОЕНИЕ РАНЫ ОТНОСЯТ К:

- 1) к поздним осложнениям свежеинфицированных ран
- 2) к ранним осложнениям свежеинфицированных ран
- 3) к осложнениям свежеинфицированных ран не относят
- 4) к вторичным осложнениям свежеинфицированных ран

9. Эталоны ответов на тестовые задания по теме: «Гнойные раны»

| | | | |
|------|------|------|------|
| 1-1 | 21-2 | 41-4 | 61-1 |
| 2-2 | 22-4 | 42-3 | 62-2 |
| 3-3 | 23-4 | 43-2 | 63-1 |
| 4-2 | 24-2 | 44-3 | 64-4 |
| 5-1 | 25-4 | 45-2 | 65-1 |
| 6-3 | 26-1 | 46-2 | 66-1 |
| 7-1 | 27-2 | 47-1 | 67-1 |
| 8-2 | 28-3 | 48-1 | 68-2 |
| 9-3 | 29-1 | 49-2 | 69-3 |
| 10-3 | 30-3 | 50-2 | 70-1 |
| 11-3 | 31-4 | 51-1 | 71-1 |
| 12-2 | 32-3 | 52-3 | 72-2 |
| 13-3 | 33-4 | 53-2 | 73-1 |
| 14-2 | 34-2 | 54-2 | 74-1 |
| 15-2 | 35-4 | 55-3 | 75-3 |
| 16-4 | 36-2 | 56-1 | 76-2 |
| 17-3 | 37-3 | 57-2 | |
| 18-2 | 38-4 | 58-2 | |
| 19-2 | 39-3 | 59-2 | |
| 20-1 | 40-2 | 60-3 | |

10. Литература по теме: «Гнойные раны».

Основная:

1. Гостищев В.К. Общая хирургия, 2004
2. Петров С.В. Общая хирургия, 2003
3. Стручков В.И. Стручков Ю.В. Общая хирургия, 1988

Дополнительная:

1. Котельников В.П. Раны и их лечение. - М.: Знание, 1991.-64с.
2. Раны и раневая инфекция (под. ред. М.И .Кузина и В.М. Костюченко) М., 1990.

Занятие 5

1. Тема занятия: «Этиология, патогенез, клиника термических ожогов».

2. Цель занятия:

1. Усвоить:

- местные и общие проявления термических поражений;
- классификацию ожогов по глубине и площади поражения.

2. Освоить:

- навыки сбора и клинической оценки анамнеза;
- выявление общих симптомов;
- измерение площади ожогов по правилу «девятки» и «ладони»;
- ориентировочную оценку глубины поражения.

3. Получить представление:

- о патогенезе и клинике ожоговой болезни;
- о электротравме, местном и общем действии электрического тока.

3. Учебные элементы темы «Этиология, патогенез и клиника термических ожогов кожи».

| | |
|----|-----------------------------|
| 1. | Ожог |
| 2. | Классификация |
| 3. | По этиологическому признаку |

| | |
|-----|--|
| 4. | По локализации |
| 5. | По глубине поражения |
| 6. | Местные изменения в тканях |
| 7. | Ожоговая болезнь |
| 8. | Диагностика степени ожога |
| 9. | Термические |
| 10. | Химические |
| 11. | Электрические |
| 12. | Лучевые |
| 13. | Ожоги конечностей |
| 14. | Туловища |
| 15. | Лица |
| 16. | Волосистой части головы |
| 17. | Верхних дыхательных путей |
| 18. | Поверхностные ожоги |
| 19. | I степень |
| 20. | II степень |
| 21. | IIIa степень |
| 22. | Глубокие ожоги |
| 23. | IIIб степень |
| 24. | IV степень |
| 25. | Первичные анатомические и функциональные изменения от действия термического агента |
| 26. | Реактивно-воспалительные процессы |
| 27. | Закономерности регенерации при поверхностных ожогах |
| 28. | Закономерности регенерации при глубоких ожогах |
| 29. | Ожоговый шок |
| 30. | Ожоговая токсемия |
| 31. | Септикотоксемия |
| 32. | Реконвалесценция |
| 33. | Диагностика глубины поражения |
| 34. | Определение площади поражения |
| 35. | Биохимические сдвиги в крови и моче при шоке |
| 36. | Клинические симптомы ожогового шока |
| 37. | Почечные расстройства при шоке |
| 38. | Клиника ожоговой токсемии |
| 39. | Температура |
| 40. | Изменение функций паренхиматозных органов |
| 41. | Изменения в крови при токсемии |
| 42. | Почечные расстройства в фазу токсемии |
| 43. | Клиника септикотоксемии |
| 44. | Формулирование диагноза ожогового поражения |
| 45. | По Постникову |
| 46. | Правило «девятки» |
| 47. | Правило «ладони» |
| 48. | По Вилявину |
| 49. | Прогнозирование тяжести ожога |
| 50. | Правило «сотни» |
| 51. | Индекс Франка |

4.Граф логической структуры по теме «Этиология, патогенез, клиника термических ожогов» (приложение №13)

5.Интеграция темы: «Этиология, патогенез и клиника термических ожогов».

| | |
|--|--|
| Вопросы, обсуждаемые на кафедре общей хирургии. | Интеграция вопросов на других кафедрах. |
| 1. Этиология, патогенез, клиника термических ожогов. | Кафедра гистологии: характеристика гистологического строения кожи, ее основных функций, источников горизонтальной и вертикальной регенерации. |
| 2. Классификация ожогов в зависимости от глубины повреждения. | Кафедра патанатомии: Патолого-анатомическая картина при термических повреждениях кожи. Виды некрозов. |
| 3. Общие нарушения при ожогах. | Кафедра патофизиологии: Патогенез ожоговой болезни. |
| 4. Определение глубины и площади ожогов. Прогноз течения. Первая помощь при ожогах. Ожоговая болезнь – фазы течения. Принципы общего и местного лечения. | Кафедра травматологии: Патогенез ожоговой болезни. Клиника, диагностика фаз ожоговой болезни. Принципы общего и местного лечения. Реабилитация обожженных. |

6. Контрольные вопросы:

1. Термические факторы, вызывающие ожоги и их характеристика.
2. Гистологическое строение и функции кожи. Виды регенерации кожи.
3. Классификация ожогов по глубине и площади поражения.
4. Значение размеров ожоговой поверхности.
5. Методы измерения площади. Формулировка диагноза.
6. Местные морфологические изменения и клинические проявления при ожогах различных степеней.
7. Ожоговая болезнь, её периоды, продолжительность.
8. Патогенез и клиника ожогового шока. Плазмопотеря.
9. Патогенез и клиника токсемического периода.
10. Патогенез и клиника периода токсикосептических осложнений и раневого истощения.
11. Картина крови и биохимические изменения в различные периоды ожоговой болезни.
12. Особенности течения ожогов у детей и стариков.
13. Местные осложнения при ожогах. Осложнения со стороны внутренних органов.

7. Задание для домашней письменной работы:

1. Заполните таблицу глубины поражения кожи с учетом принятой классификации:

| Характеристика | I степень | II степень | III-а степень | III-б степень | IV степень |
|-----------------|-----------|------------|---------------|---------------|------------|
| Клиническая | | | | | |
| Морфологическая | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

2. Подготовьте реферативное сообщение на тему: «Современные методы определения глубины поражения кожи при ожогах»
3. Патогенез ожогового шока

8. Тестовый контроль знаний по теме: «Этиология, патогенез, клиника термических ожогов».

1. ПРИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ОЖОГАХ НЕКРОЗУ ПОДВЕРГАЮТСЯ:

- 1) Кожа и подкожная клетчатка.
- 2) Весь эпителий и собственно кожа до подкожной клетчатки.
- 3) Эпителий, верхушка сосочкового слоя дермы
- 4) Не только мягкие ткани, но и кости.

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

- 1) 5-6 см.
- 2) 10-12 см.
- 3) возможны, вне зависимости от площади.
- 4) 2-3 см.

3. НА МЕСТЕ КРАТКОВРЕМЕННОГО СОПРИКОСНОВЕНИЯ КОЖИ С ГОРЯЧИМ МЕТАЛЛИЧЕСКИМ ПРЕДМЕТОМ ВИДНА ТУСКЛАЯ ПОВЕРХНОСТЬ БЕЛЕСОВАТОГО, МЕСТАМИ БУРОВАТОГО ЦВЕТА. СТРУКТУРА КОЖИ ЗДЕСЬ СТУШЕВАНА: СКЛАДЧАТОСТЬ И КОНТУРЫ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НЕ РАЗЛИЧИМЫ. РЕЗУЛЬТАТЫ СПИРТОВОЙ ПРОБЫ И УКОЛОВ ИГЛОЙ - БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СОХРАНЕНА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- 1) Ожог IV степени.
- 2) Ожог Шб степени.
- 3) Ожог Ша степени.
- 4) Ожог II степени.

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

- 1) Продолжающийся ожоговый шок.
- 2) Тяжелая общая инфекция.
- 3) Острая почечная недостаточность.
- 4) Хроническая почечная недостаточность

5. КАКУЮ ГЛУБИНУ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ ПРИ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ЭКСПОЗИЦИИ ПАРА ПОД ДАВЛЕНИЕМ 1,5-2 АТМ.?

- 1) I степень.
- 2) Ша степень.
- 3) II степень.
- 4) IV степень

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

- 1) Метод Постникова.
- 2) Правило "Девятки".
- 3) Метод Вилявина.
- 4) Правило "ладони".

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

- 1) IIIa степень.
- 2) II + IIIa степень.
- 3) I + II степень.
- 4) IIIб-IV степень.

8. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ШОКОГЕННЫМ ОЖОГ КОЖИ 5% II СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ?

- 1) Нет.
- 2) Да.
- 3) Да, в зависимости от общего состояния ребенка до ожога.
- 4) При условии ожога кожи и дыхательных путей.

9. КАКОЕ АД ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТОРПИДНОЙ ФАЗЫ ОЖОГОВОГО ШОКА II СТЕПЕНИ?

- 1) менее 100/60 мм рт. ст.
- 2) 80/50 мм.рт.ст.
- 3) Более 100/70 мм.рт.ст.
- 4) Более 120/90 мм.рт.ст.

10. ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПЛАМЕНЕМ С ЭКСПОЗИЦИЕЙ БОЛЕЕ 1 МИН. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ОЖОГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА?

- 1) Вторая.
- 2) Третья.
- 3) Первая.
- 4) Четвертая.

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

- 1) Правило "девятки".
- 2) Метод Вилявина.
- 3) Правило "ладони".
- 4) Метод Постникова.

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

- 1) Ожог кисти II степени + ожог лица I степени + ожог верхних дыхательных путей.
- 2) Ожог кисти и лица I степени + ожог полости рта.
- 3) Ожог кисти и лица неясной степени + ожог полости рта.
- 4) Ожог IV степени + ожог слизистой губ.

13. ВОЗМОЖЕН ЛИ ШОК ПРИ ОЖОГЕ СОЛНЕЧНЫМИ ЛУЧАМИ?

- 1) Да.
- 2) Да, в зависимости от степени и площади ожога.
- 3) Нет.
- 4) Да, при площади ожога II степени 7%.

14. КАКОЕ АД ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТОРПИДНОЙ ФАЗЫ ШОКА III СТЕПЕНИ?

- 1) Менее 80/50 мм.рт.ст.
- 2) Более 100/70 мм.рт.ст.
- 3) Менее 90/60 мм.рт.ст.
- 4) Более 120/90 мм.рт.ст.

15. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОЖОГОВОГО ШОКА:

- 1) Сутки
- 2) 2 суток
- 3) 3 суток
- 4) 4 суток

16. ОЖОГОВАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ВСЯ ПОКРЫТА РАЗНОКАЛИБЕРНЫМИ ПУЗЫРЯМИ С СЕРОЗНЫМ СОДЕРЖИМЫМ. КАКОВА ГЛУБИНА ПОРАЖЕНИЯ И СВЕЖЕСТЬ ЕГО?

- 1) Свежий ожог III степени.
- 2) Свежий ожог II степени.
- 3) Инфицированный ожог III степени.
- 4) Ожог IV степени.

17. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ОЖОГ 5% I СТЕПЕНИ ШОКОГЕННЫМ?

- 1) Да, в зависимости от возраста больного.
- 2) Да, в детском возрасте.
- 3) Нет.
- 4) Да, в пожилом возрасте.

18. КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ХАРАКТЕРИЗУЮТ ГЛУБИНУ ШОКА:

- 1) Пульс, АД, дыхание.
- 2) Пульс, АД, диурез.
- 3) Пульс, дыхание, температура.
- 4) Пульс, дыхание, цвет кожных покровов.

19. КАКУЮ ГЛУБИНУ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ ПРИ ОЖОГЕ КИПЯТКОМ ПРИ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ЭКСПОЗИЦИИ?

- 1) I степень.
- 2) III степень.
- 3) II степень.
- 4) IV степень.

20. НА КАКОЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОЖОГА ВЕРОЯТНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛУБИНЫ ПОРАЖЕНИЯ?

- 1) на 7-14 день
- 2) на 5-6 день
- 3) на 4-5 день
- 4) на 1-3 день

21. ВЫБЕРИТЕ ОТВЕТ, В КОТОРОМ ОБЪЕДИНЕНЫ СИМПТОМЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФАЗЫ ШОКА:

- 1) Речевое возбуждение, АД 120/70 мм.рт.ст., пульс 100 уд. в 1 мин
- 2) Речевое возбуждение, АД 80/40 мм.рт.ст., пульс 140 уд. в 1 мин.
- 3) Речевое возбуждение, АД 80/40 мм.рт.ст., пульс 60 уд. в 1 мин., диурез 50 мл. в час.
- 4) Сознание спутанное, АД 90/50 мм.рт.ст., пульс 140 уд. в 1 мин.

22. ОЖОГОВАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ЗАНИМАЕТ НЕБОЛЬШИЕ УЧАСТКИ КОЖИ НА РАЗЛИЧНЫХ СЕГМЕНТАХ. КАКОЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОЩАДИ ОЖОГА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ?

- 1) Правило "девятки".
- 2) Правило "ладони".
- 3) Метод Постникова.
- 4) Метод Вилявина.

23. ПРИ ОСМОТРЕ У БОЛЬНОГО НА ФОНЕ ОБШИРНОЙ ПЛОЩАДИ ГИПЕРЕМИИ ВИДНЫ УЧАСТКИ ОТСЛОИВШЕГОСЯ ЭПИДЕРМИСА. КАКАЯ ГЛУБИНА ОЖОГА?

- 1) I степень.

- 2) Сочетание I и II степени.
- 3) II степень.
- 4) III степень.

24. КАКУЮ ГЛУБИНУ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖИ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ ПРИ ОЖОГЕ КОЖИ РАСКАЛЕННЫМ МЕТАЛЛИЧЕСКИМ ПРЕДМЕТОМ?

- 1) Вторую.
- 2) Третью Б.
- 3) Глубокий ожог, но дифференцировать возможно только в процессе наблюдения.
- 4) II - III степень.

25. ОЖОГОВАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ИМЕЕТ ВИД СУХОГО СТРУПА ТЕМНО-КОРИЧНЕВОГО ЦВЕТА. КАКАЯ ГЛУБИНА ОЖОГА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА?

- 1) Вторая.
- 2) Третья.
- 3) Первая.
- 4) Первая и вторая.

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

- 1) Да, подтверждает.
- 2) Нет.
- 3) Ставит под сомнение.
- 4) Необходимы дополнительные исследования.

27. КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ III СТЕПЕНИ ТОРПИДНОЙ ФАЗЫ ШОКА?

- 1) АД менее 70 мм.рт.ст., пульс 140/мин., диурез около 5 мл. в час.
- 2) АД 90 мм.рт.ст., пульс 100/мин., поверхностное дыхание.
- 3) АД не определяется. Пульс прощупывается на сонных артериях. дыхание поверхностное.
- 4) Большой возбужден, пульс 120/мин., АД 100/60 мм.рт.ст.

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

- 1) отсутствие кровотечения
- 2) выраженная плазмопотеря
- 3) гемолиз
- 4) все верно

29. ПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ТЕПЛОВОГО ФАКТОРА ОБУСЛОВЛЕНО, В ОСНОВНОМ:

- 1) Рефлекторным воспалением.
- 2) Первичной коагуляцией белка.
- 3) Циркуляторным некрозом.
- 4) Асептическим воспалением.

30. ПРИ ОЖОГАХ III СТЕПЕНИ НЕКРОЗ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ:

- 1) На эпителий и все слои собственно кожи.
- 2) При повреждении всего эпителия.
- 3) На кожу и подкожную клетчатку.
- 4) На эпителий и поверхностные слои дермы.

31. В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ К ПОНЯТИЮ "ГЛУБОКИЕ ОЖОГИ" ОТНОСЯТ:

- 1) Ожоги только IV степени.

- 2) Ожоги IIIа, III б и IV степеней.
- 3) Ожоги IIIб и IV степеней.
- 4) Ожоги II - IIIа степеней.

32. ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ КИПАЮЩЕЙ МАСЛЯНИСТОЙ ЖИДКОСТИ НА КОЖЕ ВИДНЫ МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПУЗЫРИ, НАПОЛНЕННЫЕ СЕРОЗНОЙ ЖИДКОСТЬЮ И НЕБОЛЬШИЕ УЧАСТКИ ТЕМНОГО ЦВЕТА. ПОРАЖЕНИЕ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ, СКОРЕЕ ВСЕГО, КАК:

- 1) Инфицированный ожог II степени.
- 2) Ожог II - IIIа степеней.
- 3) Ожог IIIб степеней.
- 4) Ожог IV степени.

33. В СТАЦИОНАР ДОСТАВЛЕН БОЛЬНОЙ С ОЖОГОМ ЛИЦА И ТУЛОВИЩА (15%) ПРЕИМУЩЕСТВЕННО III СТЕПЕНИ. СЛЕДУЕТ ЛИ КАТЕТЕРИЗИРОВАТЬ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ?

- 1) Да.
- 2) Нет.
- 3) Если больной сам не мочится.
- 4) Лишь после введения диуретиков.

34. ПРИ ОЖОГЕ IIIА СТЕПЕНИ НЕКРОЗУ ПОДВЕРГАЮТСЯ:

- 1) Сосочковый слой и железистый эпителий.
- 2) Эпителий, сосочковый и сетчатый слои кожи.
- 3) Эпителий на верхушках сосочкового слоя.
- 4) Весь эпителий.

35. В СООТВЕТСТВИИ С 2-Х СТЕПЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ К ПОНЯТИЮ "ПОВЕРХНОСТНЫЕ ОЖОГИ" ОТНОСЯТ:

- 1) Ожоги I - II и IIIа степеней.
- 2) Ожоги I и II степеней.
- 3) Ожоги только I степени.
- 4) Ожоги I, II, IIIа и IIIб степеней.

36. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СТАДИИ ТОКСЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 5-10 дней
- 2) 11-15 дней
- 3) 2-3 месяца
- 4) 3-4 месяца

37. ПРИ ОЖОГАХ II СТЕПЕНИ НЕКРОБИОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ:

- 1) До базальной мембраны.
- 2) До базального слоя эпителия.
- 3) До сосочкового слоя.
- 4) До сетчатого слоя.

38. ГРУБЫЕ РУБЦЫ НА КОЖЕ МОГУТ ОБРАЗОВАТЬСЯ:

- 1) После ожогов III степени.
- 2) Чаще после ожогов IIIб и IV степеней.
- 3) После ожогов II степени.
- 4) После ожогов II - IIIа степеней.

39. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТЕРМИЧЕСКОГО ОЖОГА II СТЕПЕНИ:

- 1) обратимая сосудистая реакция
- 2) отслойка эпидермиса и поражение кожи до камбиального слоя
- 3) некроз верхушки сосочкового слоя

4) некроз всей толщи кожи

40. ПРИ ОЖОГАХ ШБ СТЕПЕНИ НЕКРОЗ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ:

- 1) На кожу и подкожную клетчатку.
- 2) На все слои дермы
- 3) Сосочковый слой дермы
- 4) На весь эпителий.

41. ПРИ ОЖОГЕ ША СТЕПЕНИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ЗАЖИВЛЕНИЕ И ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ВОЗМОЖНЫ В СЛУЧАЯХ, КОГДА ДИАМЕТР ПЛОЩАДИ ПОРАЖЕНИЯ НЕ ПРЕВЫШАЕТ:

- 1) 10-12 см.
- 2) 15-20 см.
- 3) возможны вне зависимости от площади.
- 4) 5-6 см.

42. НА МЕСТЕ СОПРИКОСНОВЕНИЯ КОЖИ С РАСКАЛЕННЫМ МЕТАЛЛОМ ВОЗНИКЛО НЕГЛУБОКОЕ ВТЯЖЕНИЕ 4-6 СМ. БЕЛЕСОВАТОГО ЦВЕТА, ПЛОТНОЕ, НЕЧУВСТВИТЕЛЬНОЕ ПРИ УКОЛЕ ИГЛОЙ И СПИРТОВОЙ ПРОБЕ. РИСУНОК КОЖИ (СКЛАДЧАТОСТЬ, КОНТУРЫ ПОДКОЖНЫХ ВЕН) СОХРАНЕН. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- 1) Ожог Шб- IV степени.
- 2) Ожог Шб степени.
- 3) Ожог II-Ша степени.
- 4) Ожог I-II степени.

43. ПЕРВЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОЖОВОЙ ТОКСЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Повышение утренней и вечерней температуры
- 2) Снижение ЦВД
- 3) Двигательное возбуждение
- 4) Брадикардия

44. ИНДЕКС ФРАНКА У БОЛЬНОГО С ТЕРМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ СОСТАВЛЯЕТ 68 ЕД. ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

- 1) Благоприятном прогнозе.
- 2) Относительно благоприятном.
- 3) Сомнительном.
- 4) Неблагоприятном.

45. КАКОВ ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ ОЖОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ (ИНДЕКС ФРАНКА), ЕСЛИ ОБЩАЯ ПЛОЩАДЬ ОЖОГА СОСТАВЛЯЕТ 30%, ИЗ НИХ 10% - ГЛУБОКИЙ ОЖОГ?

- 1) 80
- 2) 60
- 3) 70
- 4) 50

46. ПРИ КАКОМ ИНДЕКСЕ ФРАНКА ПРОГНОЗ ОЖОГА БЛАГОПРИЯТНЫЙ?

- 1) < 30 ед.
- 2) 31-60 ед.
- 3) 61-90 ед.
- 4) > 90 ед.

47. ПРИ КАКОМ ИНДЕКСЕ ФРАНКА ПРОГНОЗ ОЖОГА ОТНОСИТЕЛЬНО БЛАГОПРИЯТНЫЙ?

- 1) < 30 ед.

- 2) 31-60 ед.
- 3) 61-90 ед.
- 4) > 90 ед.

48. ПРИ КАКОМ ИНДЕКСЕ ФРАНКА ПРОГНОЗ ОЖОГА СОМНИТЕЛЬНЫЙ?

- 1) < 30 ед.
- 2) 31-60 ед.
- 3) 61-90 ед.
- 4) > 90 ед.

49. ПРИ КАКОМ ИНДЕКСЕ ФРАНКА ПРОГНОЗ ОЖОГА НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ?

- 1) < 30 ед.
- 2) 31-60 ед.
- 3) 61-90 ед.
- 4) > 90 ед.

50. ПРИ КАКОМ ПОКАЗАТЕЛЕ ПРИВИЛА «СОТНИ» ПРОГНОЗ ОЖОГА БЛАГОПРИЯТНЫЙ?

- 1) < 60 ед.
- 2) 61-80 ед.
- 3) 81-100 ед.
- 4) > 100 ед.

51. ПРИ КАКОМ ПОКАЗАТЕЛЕ ПРИВИЛА «СОТНИ» ПРОГНОЗ ОЖОГА ОТНОСИТЕЛЬНО БЛАГОПРИЯТНЫЙ?

- 1) < 60 ед.
- 2) 61-80 ед.
- 3) 81-100 ед.
- 4) > 100 ед.

52. ПРИ КАКОМ ПОКАЗАТЕЛЕ ПРИВИЛА «СОТНИ» ПРОГНОЗ ОЖОГА СОМНИТЕЛЬНЫЙ?

- 1) < 60 ед.
- 2) 61-80 ед.
- 3) 81-100 ед.
- 4) > 100 ед.

53. ПРИ КАКОМ ПОКАЗАТЕЛЕ ПРИВИЛА «СОТНИ» ПРОГНОЗ ОЖОГА НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ?

- 1) < 60 ед.
- 2) 61-80 ед.
- 3) 81-100 ед.
- 4) > 100 ед.

54. ОЖОГОВАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ВСЯ ПОКРЫТА РАЗНОКАЛИБЕРНЫМИ ПУЗЫРЯМИ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СОДЕРЖИМЫМ. КАКОВА ГЛУБИНА ПОРАЖЕНИЯ И СВЕЖЕСТЬ ЕГО?

- 1) Свежий ожог III степени.
- 2) Инфицированный ожог II степени.
- 3) Свежий ожог III степени.
- 4) Ожог IV степени.

55. ПРИ ОЖОГАХ I СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ:

- 1) поверхностные слои эпидермиса.
- 2) эпидермис до базального слоя.
- 3) эпидермис до базальной мембраны.
- 4) весь эпидермис до верхушки сосочкового слоя.

56. МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОЩАДИ ОЖОГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ?
- 1) Правило "девятки".
 - 2) Правило "шестерки".
 - 3) Правило "пятерки".
 - 4) Правило "восьмерки".
57. КАКОВ ПРОГНОЗ ТЯЖЕСТИ ОЖОГОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЕСЛИ РАСЧЕТ ПО ПРАВИЛУ «СОТНИ» СОСТАВЛЯЕТ 90%?
- 1) благоприятный
 - 2) относительно благоприятный
 - 3) сомнительный
 - 4) неблагоприятный
58. КАКОВ ПРОГНОЗ ТЯЖЕСТИ ОЖОГОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЕСЛИ РАСЧЕТ ПО ПРАВИЛУ «СОТНИ» СОСТАВЛЯЕТ 80%?
- 1) благоприятный
 - 2) относительно благоприятный
 - 3) сомнительный
 - 4) неблагоприятный
59. ПО «ПРАВИЛУ ДЕВЯТОК» ПЛОЩАДЬ ОЖОГА ВСЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ СОСТАВЛЯЕТ ДО:
- 1) 1%
 - 2) 9%
 - 3) 18%
 - 4) 27%
60. КАКОЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОЩАДИ ОЖОГОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ПРИМЕНЯТЬ У ДЕТЕЙ:
- 1) Метод Постникова
 - 2) Метод Вилявина
 - 3) Правило "девятки"
 - 4) Правило ладони
61. ПЕРИОДЫ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ РАЗВИВАЮТСЯ В СЛЕДУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ:
- 1) Шок, ожоговая токсемия, септикотоксемия, реконвалесценция
 - 2) Шок, септикотоксемия, реконвалесценция, ожоговая токсемия
 - 3) Шок, ожоговая токсемия, реконвалесценция, септикотоксемия
 - 4) Ожоговая токсемия, шок, септикотоксемия, реконвалесценция
62. ОСОБЕННОСТЬЮ ОЖОГОВОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ?
- 1) Высокое артериальное давление
 - 2) Давление артериальное снижается быстро в торпидную фазу
 - 3) Давление артериальное нормальное в эректильной фазе
 - 4) Артериальное давление длительно остается стабильным, на средних физиологических показателях
63. ПРИ ВЫНУЖДЕННОЙ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКЕ БОЛЬНОГО С ПРИЗНАКАМИ ОЖОГОВОГО ШОКА СЛЕДУЕТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:
- 1) Добиться полного обезболивания
 - 2) Дать обильное щелочное питье
 - 3) Ввести антигистаминные препараты
 - 4) Осуществить ингаляцию кислорода

64. ПО «ПРАВИЛУ ДЕВЯТОК» ПЛОЩАДЬ ОЖОГА ОБЕИХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ ДО:

- 1) 9%
- 2) 18 %
- 3) 27 %
- 4) 36 %

65. ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СТАДИИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ? ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ.

- а) ожоговая токсемия
- б) ожоговый шок
- в) острая почечная недостаточность
- г) реконвалесценция

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а,б,г
- 2) б,в,г
- 3) а,б,в
- 4) а,в,г

66. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ ВКЛЮЧАЕТ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ.

- а) наложение асептической повязки
- б) обезболивание
- в) организация доставки в лечебное учреждение
- г) наложение мажевой повязки

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а,б,г
- 2) б,в,г
- 3) а,б,в
- 4) а,в,г

67. КЕЛЛОИДНЫЙ РУБЕЦ ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ ОЖОГАХ:

- 1) I степени
- 2) II степени
- 3) IIIa степени
- 4) IIIб степени

68. ПРИ ОЖОГЕ ЩЁЛОЧЬЮ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- 1) гиперемия кожи
- 2) коагуляционный некроз
- 3) образование пузырей
- 4) коликвационный некроз

69. ПРИ ОЖОГЕ КИСЛОТОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- 1) гиперемия кожи
- 2) коагуляционный некроз
- 3) образование пузырей
- 4) коликвационный некроз

70. ПРАВИЛО «ДЕВЯТОК» - ЭТО ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОЩАДИ ОЖГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПО МЕТОДУ?

- 1) Уоллеса
- 2) Глумова
- 3) Постинкова
- 4) Вилявина

71. ПРАВИЛО «ЛАДОНИ» - ЭТО ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОЩАДИ ОЖГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПО МЕТОДУ?

- 1) Уоллеса
- 2) Глумова
- 3) Постинкова
- 4) Вилявина

72. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОЩАДИ ОЖГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ПОМОЩИ СТЕРИЛЬНОЙ ПОЛИЭТИЛЕНОВОЙ ПЛЕНКИ И МИЛЛИМЕТРОВОЙ БУМАГИ ПРОВОДИТСЯ ПО МЕТОДУ?

- 1) Уоллеса
- 2) Глумова
- 3) Постинкова
- 4) Вилявина

73. МЕТОД ТЕТРАЦИКЛИНОВОЙ ФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ:

- 1) определения глубины ожога
- 2) определения степени ожога
- 3) определения состояния кровообращения в зоне ожога
- 4) определения площади ожога

74. ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОЖГОВОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ?

- 1) нарушение микроциркуляции
- 2) выраженная плазмопотеря
- 3) нарушение проницаемости сосудистых к клеточных мембран
- 4) спазм периферических сосудов

75. ТРЕТЬИМ ПЕРИОДОМ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ?

- 1) ожоговый шок II степени
- 2) септикотоксемия
- 3) ожоговый шок III степени
- 4) ожоговая токсемия

9. Эталоны ответов:

| | | | |
|------|------|------|------|
| 1-3 | 21-1 | 41-3 | 61-1 |
| 2-2 | 22-3 | 42-1 | 62-4 |
| 3-3 | 23-2 | 43-1 | 63-1 |
| 4-3 | 24-3 | 44-3 | 64-4 |
| 5-2 | 25-2 | 45-4 | 65-1 |
| 6-3 | 26-1 | 46-1 | 66-1 |
| 7-4 | 27-1 | 47-2 | 67-4 |
| 8-2 | 28-4 | 48-3 | 68-4 |
| 9-1 | 29-2 | 49-4 | 69-2 |
| 10-4 | 30-1 | 50-1 | 70-1 |
| 11-1 | 31-3 | 51-2 | 71-2 |
| 12-1 | 32-2 | 52-3 | 72-3 |
| 13-2 | 33-1 | 53-4 | 73-1 |
| 14-1 | 34-3 | 54-3 | 74-2 |
| 15-3 | 35-1 | 55-1 | 75-2 |
| 16-2 | 36-2 | 56-1 | |
| 17-3 | 37-2 | 57-3 | |
| 18-2 | 38-2 | 58-2 | |
| 19-3 | 39-2 | 59-3 | |
| 20-1 | 40-2 | 60-4 | |

10. Литература по теме: «Этиология, патогенез и клиника термических ожогов».

- Алексеев А.А. Яковлев В.П., Федоров В.Д., Крутиков М.Г. Инфекция у обожжённых: вопросы патогенеза, профилактика и лечение. Хирургия, 1999., №6, с.4.
- Гостищев В.К., Руководство к практическим занятиям по общей хирургии, 1987.
- Гостищев В.К., Общая хирургия, 2001.

Занятие №6-7

1. Тема занятия: «Лечение термических ожогов. Этиология, клиника и лечение отморожений».

Актуальность проблемы ожогов определяется значительной частотой поражения, трудностями лечения и высоким процентом летальности и инвалидизаций пострадавших. Обратить особое внимание на особенностях оказания первой медицинской помощи, основными методами местного и общего лечения больных с термическим ожогом.

2. Цель занятия:

1. Усвоить: общее и местное лечение термических ожогов в зависимости от фазы процесса.
2. Получить представление о показаниях к кожной ауто- и аллопластике при ожогах; методах пересадки кожи.

3. Учебные элементы темы : «Лечение термических ожогов».

| | |
|----|--|
| 1 | Лечение ожогов |
| 2 | Первая помощь при ожоговой травме |
| 3 | Местное лечение ожогов |
| 4 | Общее лечение обожженных в зависимости от фазы процесса |
| 5 | Прекращение действия термического агента на кожу. Охлаждение обожженных участков |
| 6 | Наложение асептической повязки |
| 7 | Обезболивание и противошоковые мероприятия |
| 8 | Туалет ожоговой поверхности |
| 9 | Консервативное лечение |
| 10 | Хирургическое лечение |
| 11 | Закрытый способ |
| 12 | Открытый способ |
| 13 | Некротомия |
| 14 | Некрэктомия |
| 15 | Аутодермопластика |
| 16 | Временное биологическое закрытие дефекта |
| 17 | Пластика местными тканями |
| 18 | Свободная кожная пластика |
| 19 | Пластика лоскутом на питательной ножке (Филатовский стебель) |
| 20 | Применение культивированных аллофибробластов |
| 21 | Аллодермопластика |
| 22 | Ксенотрансплантация |

| | |
|----|---|
| 23 | Синтетическая кожа |
| 24 | Лечение ожогового шока |
| 25 | Борьба с болью |
| 26 | Лечение острой токсемии |
| 27 | Лечение септикотоксемии |
| 28 | Парентеральное введение ненаркотических анальгетиков |
| 29 | Введение антигистаминных препаратов |
| 30 | Создание покоя, наложение повязок |
| 31 | Наркотических анальгетиков |
| 32 | Поддержание системной гемодинамики |
| 33 | Коррекция органного кровотока и реологических свойств крови |
| 34 | Компенсация плазмопотери |
| 35 | Коррекция функции поврежденных органов |
| 36 | Обеспечение проходимости дыхательных путей |
| 37 | Инфузионно-трансфузионная терапия |
| 38 | Нормализация водно-электролитного баланса |
| 39 | Лечение острой почечной недостаточности |
| 40 | Коррекция ацидоза |
| 41 | Антибактериальная терапия |
| 42 | Коррекция иммунной системы (антистафилококковая плазма, гамма-глобулин, ронколейкин). |
| 43 | Применение активных методов детоксикации |
| 44 | Восполнение ОЦК (кристаллоидные растворы) |
| 45 | Аутодермопластика |
| 46 | Лечение в период реконвалесценции |
| 47 | Восстановительно-реконструктивная хирургия ожогов |

4. Учебные элементы практического занятия темы «Отморожения»

| | |
|-----|--|
| 1. | Отморожение |
| 2. | Факторы, способствующие отморожению |
| 3. | Патогенез отморожений |
| 4. | Классификация |
| 5. | Клиника и диагностика |
| 6. | Осложнения |
| 7. | Лечение |
| 8. | Погодные условия |
| 9. | Состояние теплоизоляции конечностей |
| 10. | Снижение общей резистентности организма |
| 11. | Местные нарушения в тканях |
| 12. | Местные изменения |
| 13. | Спазм сосудов |
| 14. | Ухудшение кровотока в микроциркуляторном русле |
| 15. | Тромбоз в магистральных сосудах |
| 16. | Обменные нарушения |
| 17. | Изменения общего характера (общее охлаждение). |
| 18. | I фаза приспособительная реакция |
| 19. | II фаза - ступорозная |
| 20. | III фаза – угасание жизненных функций |
| 21. | По механизму развития отморожений |
| 22. | От действия холодного воздуха |
| 23. | Контактные отморожения |
| 24. | По глубине повреждения |
| 25. | I степень |
| 26. | II степень |

| | |
|-----|---|
| 27. | III степень |
| 28. | IV степень |
| 29. | Дореактивный период |
| 30. | Реактивный период |
| 31. | Клиническая характеристика степеней отморожения |
| 32. | Диагностика глубины повреждения |
| 33. | Капилляроскопия |
| 34. | Кожная электротермометрия |
| 35. | Термография |
| 36. | Допплерография |
| 37. | Реовазография |
| 38. | Общие |
| 39. | Шок |
| 40. | Токсемия |
| 41. | Сепсис |
| 42. | Местные осложнения |
| 43. | Флегмоны |
| 44. | Артриты |
| 45. | Остеомиелиты |
| 46. | Первая помощь |
| 47. | Лечение в дореактивном периоде |
| 48. | Лечение в реактивном периоде |
| 49. | Общее лечение |
| 50. | Антикоагулянты |
| 51. | Фибринолитики |
| 52. | Дезагреганты |
| 53. | Спазмолитики |
| 54. | Средства, улучшающие микроциркуляцию |
| 55. | Местное лечение |
| 56. | Консервативные мероприятия |
| 57. | Хирургическое лечение |
| 58. | Некротомия |
| 59. | Некрэктомия |
| 60. | Ампутация |
| 61. | Аутодермопластика |

5. Интеграция темы: «Лечение термических ожогов».

| | |
|---|---|
| Вопросы обсуждаемые на кафедре общей хирургии | Интеграция вопросов на других кафедрах. |
| Общие задачи лечения обожженных, задачи и принципы лечения ожогового шока, острой токсемии, ожогового истощения. Принципы местного лечения. | Кафедра патофизиологии: патофизиологическое обоснование принципов трансфузионной терапии. Кафедра фармакологии: принципы рациональной антибактериальной терапии. Кафедра микробиологии: микробиологические основы химиотерапии. Кафедра анестезиологии: лечение ожогового шока. Кафедра травматологии: техника первичной обработки ожогов различных степеней. Показания и противопоказания к кожной ауто- и аллопластике при ожогах. Методы пересадки |

6. Контрольные вопросы.

При подготовке к занятию необходимо найти ответы на следующие вопросы:

1. Общий план лечения больного с термическим ожогом.
2. Первая помощь при ожогах.
3. Задачи и принципы лечения ожогового шока (обезболивание трансфузионная терапия, критерии её достаточности; применение гормонов).
4. Задачи и принципы лечения острой токсемии.
5. Профилактика и лечение ожоговой инфекции.
6. Профилактика ожогового истощения и борьба с ним.
7. Влияние различных методов местного лечения на течение интоксикации и септикотоксемии.
8. Техника первичной обработки ожогов различных степеней.
9. Показания и противопоказания к первичному иссечению некротизированной кожи.
10. Сущность и техника открытого лечения ожога.
11. Сущность и техника закрытого лечения ожога.
12. Достоинства и недостатки, показания и противопоказания к применению открытого и закрытого методов.
13. Показания и противопоказания к кожной ауто- и аллопластике при ожогах.
14. Методы пересадки кожи.
15. Определение понятий «отморожение», «ознобление». «общее замерзание»
16. Патогенез и патологическая анатомия отморожений.
17. Классификация отморожений (периоды, фазы).
18. Местные изменения при отморожениях I-II-III-IV степени.
19. Лечение в дореактивном периоде.
20. Лечение в реактивном периоде.
21. Показание к некротомии и некрэктомии, техника.
22. Остаточные явления и осложнения при отморожениях

При подготовке к занятию следует обратить особое внимание на принципы лечения ожогового больного:

- а) оказание первой помощи и госпитализация больного или направление на амбулаторное лечение при незначительных поверхностных ожогах;
- б) в стационаре выведение больного из шока и борьба с острой почечной недостаточностью;
- в) туалет ожоговой раны;
- г) профилактика вторичного шока и борьба с плазмопотерей;
- д) борьба с токсемией и анемией;
- е) борьба с белковым истощением и инфекцией.

Основными задачами первой помощи при ожогах являются:

- а) профилактика шока и борьба с ним (устранение действия термического агента, введение анальгетиков, иммобилизация пострадавшей конечности, согревание больного горячим питьем, утепление больного);
- б) профилактика инфицирования (укутывание больного стерильной простыней, наложение асептической повязки).

Необходимо уяснить, что лечение ожоговой болезни должно проводиться комплексно. Основными задачами лечения являются:

- а) устранение болей

- б) борьба с гемодинамическими расстройствами (переливание белковых и солевых кровозаменителей, применение сердечных и сосудистых средств).
- в) профилактика и лечение полиорганной недостаточности.

7. Задание для самостоятельной работы:

1. Рассчитайте объем инфузионных средств, необходимых пациенту в течение 1 – 2 суток с момента ожога, весом 89 кг., площадь поражения 25%.
2. Принципы лечения больных с химическими ожогами.

8. Тестовый контроль знаний по теме: «Лечение термических ожогов. Этиология, клиника и лечение отморожений».

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

- 1) восстановление у больного сознания
- 2) купирование болевого синдрома
- 3) восстановление диуреза (почасового)
- 4) тахикардия

2. ЧЕРЕЗ 10 ЧАСОВ ПОСЛЕ ОЖОГА I-II СТЕПЕНИ 30% ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА У БОЛЬНОГО ПО КАТЕТЕРУ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ПО 10 МЛ МОЧИ В ЧАС. СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ЛИ ЭТО О ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ ШОКЕ?

- 1) Да.
- 2) Нет.
- 3) Только при сохранении гипотонии.
- 4) Только при сохранении тахикардии.

3. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОЖОГОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ОЖОГА СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ РАЗВИТИЯ:

- 1) бронхоспазма
- 2) пневмонии
- 3) кровотечения из верхних дыхательных путей
- 4) тромбоза легочных артерий

4. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ ПЛОЩАДЬЮ 20X20 СМ² ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ:

- 1) лечение под повязками с антибактериальными эмульсиями до полного заживления ожоговой раны
- 2) лечение с закрытием ожоговой раны ежедневно меняющимися влажно-высыхающими повязками до эпителизации ожоговой раны
- 3) закрытый способ лечения с последующей аутодермопластикой
- 4) традиционное лечение, как обычной инфицированной раны

5. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ЛИЗИСА И ОТТОРЖЕНИЯ НЕКРОТИЗИРОВАННЫХ ТКАНЕЙ В ОЖОГОВОЙ РАНЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СРЕДСТВА:

- 1) протеолитические ферменты животного и бактериального происхождения
- 2) муколитические средства
- 3) фибринолитические средства
- 4) повязки с мазями на водорастворимой основе

6. КАКОВЫ ПРЕИМУЩЕСТВА ТАКТИКИ РАННЕГО ИССЕЧЕНИЯ НЕКРОЗА ПРИ ОЖОГАХ:

- 1) удаляется некротическая ткань, уменьшается интоксикация
- 2) открываются возможности проведения лечения без аутодермопластики
- 3) сокращается время наступления спонтанного отторжения некроза
- 4) снимается риск возникновения шока, особенно при полном иссечении некроза

7. АУТОДЕРМОПЛАСТИКА ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ОЖОГОВЫХ РАН ПРОВОДИТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СПОСОБАМИ:

- 1) расщепленным кожным лоскутом
- 2) оболочками эмбриона
- 3) закрытием раны с помощью фибринных пленок
- 4) высокопористым полимером коллагена

8. ПРЕИМУЩЕСТВА ЗАКРЫТОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ:

- 1) профилактика вторичного инфицирования
- 2) применение средств, подавляющих рост бактерий и способствующий эпителизации раны
- 3) амбулаторное лечение
- 4) все вышеперечисленное верно

9. НЕДОСТАТКИ ОТКРЫТОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ ДУБЯЩИХ ВЕЩЕСТВ:

- 1) облегчается транспортировка больного
- 2) необходимость специального оснащения палат
- 3) экономия перевязочного материала
- 4) быстрое образование сухого струпа

10. ПЕРЕЧИСЛИТЕ НЕДОСТАТКИ ЗАКРЫТОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ:

- 1) нарастание интоксикации при лизисе и отторжении некротических тканей
- 2) болезненность перевязок
- 3) трудоемкость и большой расход перевязочного материала
- 4) все вышеперечисленное

11. ПРЕИМУЩЕСТВА ОТКРЫТОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ:

- 1) трудоемкость и большой расход перевязочного материала
- 2) позволяет быстрее сформировать сухой струп
- 3) уменьшается плазмопотеря
- 4) усложняется уход

12. УКАЖИТЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОЖОГОВОГО ШОКА:

- 1) 1 сутки
- 2) до 2-х суток
- 3) до 3-х суток
- 4) до 4-х суток

13. УКАЖИТЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ОСТРОЙ ОЖОГОВОЙ ТОКСЕМИИ С МОМЕНТА ПОЛУЧЕНИЯ ОЖОГА?

- 1) 7-10 суток
- 2) 10-14 суток
- 3) 15-20 суток
- 4) более 20 суток

14. КАКОВА ПРИМЕРНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ III ПЕРИОДА ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ?

- 1) от 3-х недель до 2-3 месяцев
- 2) 4-5 месяцев
- 3) 6-7 месяцев
- 4) 8-10 месяцев

15. ПРИ КАКОЙ ПЛОЩАДИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ОЖОГОВ РАЗВИВАЕТСЯ ОЖОГОВАЯ БОЛЕЗНЬ?

- 1) 5-9%
- 2) 10-15%
- 3) 30-35%

4) 25-30%

16. ПРИЗНАКИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖГАХ ПЛОЩАДЬЮ:

- 1) 5-8%
- 2) 10-12%
- 3) 12-15%
- 4) 15-20%

17. В ТЕЧЕНИЕ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПЕРИОДЫ:

- 1) ожгового шока
- 2) анурии
- 3) заживления
- 4) микроциркуляторных нарушений

18. УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖГОВЫХ РАН

- 1) некротомия
- 2) некрэктомия
- 3) аутодермопластика
- 4) все вышеперечисленное

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

- 1) пластика лоскутом на питательной ножке
- 2) применение культивированных аллофибробластов
- 3) временное биологическое закрытие дефекта
- 4) пересадка расщепленного кожного лоскута

20. УКАЖИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ЗАКРЫТИЯ РАНЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ:

- 1) уменьшение потери жидкости с обожженной поверхности
- 2) снижение инфицированности раны
- 3) ускорение очищения раны от некротических тканей
- 4) все вышеперечисленное

21. АЛЛОПЛАСТИКА ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ОЖГОВЫХ РАН ПРОВОДИТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ МЕТОДАМИ:

- 1) кожным трансплантатом от трупа
- 2) расщепленным лоскутом собственной кожи, полученной с помощью дерматома
- 3) перфорированным трансплантатом собственной кожи
- 4) марочным методом

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

- 1) продолжающийся ожгвый шок
- 2) тяжелая общая инфекция
- 3) острая почечная недостаточность
- 4) острая сердечная недостаточность

23. ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА КОЖИ ПОСЛЕ ОЖГА ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) синтетические материалы (поликапролоктон, гидрон)
- 2) пластику кожи лоскутом на ножке
- 3) пластику мигрирующим стеблем
- 4) метод Тирша

24. НАЗОВИТЕ КОМПОНЕНТЫ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ:

- 1) лечение ожогового шока
- 2) лечение острой токсемии
- 3) лечение септикотоксемии
- 4) все верно

25. НАЗОВИТЕ ПЕРИОДЫ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ:

- 1) острой ожоговой токсемии
- 2) олигурии
- 3) микроциркуляторных нарушений
- 4) все верно

26. КАКОВЫ ПОКАЗАНИЯ К РАННЕЙ НЕКРЭКТОМИИ?

- 1) массивная раневая инфекция
- 2) ожоги всей толщины кожи с площадью до 10%
- 3) выраженная интоксикация
- 4) состояние ожогового шока

27. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ КОНТРОЛИРУЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ДАННЫМ:

- 1) по клиническим данным
- 2) величины ЦВД, показателям гематокрита
- 3) по часовому и суточному диурезу
- 4) все вышеперечисленное

28. КАКОВА СТЕПЕНЬ ОТМОРОЖЕНИЯ, ЕСЛИ ПОСЛЕ ОТОГРЕВАНИЯ ОТСУТСТВУЕТ НЕКРОЗ, А КОЖА ПРИОБРЕТАЕТ ЦИАНОТИЧНЫЙ ОТТЕНОК, ВЫРАЖЕН БЕ ОТЕК?

- 1) I степень
- 2) II степень
- 3) III степень
- 4) IV степень

29. КАКОВА СТЕПЕНЬ ОТМОРОЖЕНИЯ, ЕСЛИ ПО ИСТЕЧЕНИИ ДОРЕАКТИВНОГО ПЕРИОДА ИМЕЕТСЯ ГИПЕРЕМИЯ, ОТЕК, А НА КОЖЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПУЗЫРИ С ПРОЗРАЧНЫМ ЭКССУДАТОМ?

- 1) I степень
- 2) II степень
- 3) III степень
- 4) IV степень

30. КАКОВА СТЕПЕНЬ ОТМОРОЖЕНИЯ, ЕСЛИ НА ФОНЕ ГИПЕРЕМИИ И ОТЕКА КОЖИ ПОЯВЛЯЮТСЯ ОЧАГИ НЕКРОЗА И ПУЗЫРИ С ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТЬЮ, А ПРОБЫ (МЕХАНИЧЕСКАЯ ИЛИ СПИРТОВОМ) НЕ ВЫЗЫВАЮТ БОЛЕВОЙ РЕАКЦИИ?

- 1) I степень
- 2) II степень
- 3) III степень
- 4) IV степень

31. КАКОВА СТЕПЕНЬ ОТМОРОЖЕНИЯ, ЕСЛИ ИМЕЕТ МЕСТО НЕКРОЗ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И КОСТЕЙ?

- 1) I степень
- 2) II степень
- 3) III степень
- 4) IV степень

32. В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ОТМОРОЖЕНИЙ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПЕРИОДЫ:

- 1) ранний дореактивный
- 2) поздний дореактивный
- 3) дореактивный
- 4) постреактивный

33. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДОРЕАКТИВНОГО ПЕРИОДА ОТМОРОЖЕНИЙ:

- 1) парестезии
- 2) чувство онемения в области отморожения
- 3) бледность кожных покровов
- 4) все верно

34. КАКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОВОДЯТСЯ В ДОРЕАКТИВНОМ ПЕРИОДЕ?

- 1) обезболивание наркотическим анальгетиками
- 2) улучшение микроциркуляции
- 3) антикоагулянтная терапия
- 4) все верно

35. КАКОВЫ СИМПТОМЫ ПОЗДНЕГО РЕАКТИВНОГО ПЕРИОДА?

- 1) появление гнойных осложнений
- 2) снижение температуры
- 3) появление кровотечения из участков на границе некроза и жизнеспособных тканей
- 4) клиника шока

36. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕКРОЗА ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ?

- 1) нарушение кровообращения
- 2) снижение общей резистентности организма
- 3) нарушение механизмов терморегуляции организма
- 4) все верно

37. КАКОВА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РАННЕГО РЕАКТИВНОГО ПЕРИОДА ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ?

- 1) до 2-х суток
- 2) до 3-х суток
- 3) до 4-х суток
- 4) до 5-ти суток

38. НАЗОВИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ РЕАКТИВНОГО ПЕРИОДА ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ:

- 1) боли в поврежденных участках тела
- 2) отек пораженных тканей
- 3) нарушение чувствительности (гиперстезии, парестезии)
- 4) все верно

39. НЕКРОЛИТИЧЕСКОЕ МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ – ЭТО ПРИМЕНЕНИЕ:

- 1) индифферентных мазей
- 2) протеолитических ферментов
- 3) антисептиков
- 4) гормонов

40. КСЕНОПЛАСТИКА ОЖОГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ – ЭТО ВЗЯТИЕ КОЖИ ОТ:

- 1) животных
- 2) донора

- 3) реципиента
- 4) все вышеперечисленное верно

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

- 1) 20%
- 2) 10%
- 3) 40%
- 4) 30%

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

- 1) I степень – 20 см
- 2) IIIa степень – 30 см
- 3) II степень – 25 см
- 4) IIIб степень – 20 см

43. ПРОТИВОСТОЛБНЯЧНАЯ СЫВОРОТКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГА ВВОДИТСЯ:

- 1) на месте происшествия
- 2) в машине скорой помощи
- 3) в стационаре
- 4) все вышеперечисленное верно

44. НОРМА ПОЧАСОВОГО ДИУРЕЗА В МИЛЛИЛИТРАХ:

- 1) 40-60
- 2) 20-30
- 3) 90-100
- 4) 100-120

45. ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГА ВКЛЮЧАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ:

- 1) противостафилококковой плазмы
- 2) протеолитических ферментов
- 3) антибиотиков
- 4) гормонов

46. УФО КРОВИ БОЛЬНОГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГА ПОКАЗАНО:

- 1) в первые часы после ожога
- 2) в фазе токсемии
- 3) в фазе септикотоксемии
- 4) в период реконвалесценции

47. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ПО ПЛОЩАДИ (ДО 10% ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА) ОЖОГАХ I–II СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) смазывание обожженной поверхности вазелиновым маслом
- 2) наложение сухой асептической повязки
- 3) наложение повязки с раствором антисептика
- 4) охлаждение обожженного участка в течение 8–10 минут проточной холодной водой

48. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) наложение асептической повязки
- 2) инфузионную терапию
- 3) удаление горящих и горячих предметов
- 4) хирургическую обработку ожога

49. ДЛЯ ОТКРЫТОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ II СТЕПЕНИ ЛИЦА И КИСТЕЙ ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ:

- 1) Аэрозолям
- 2) Биологическим покрытиям
- 3) Раствору фурацилина
- 4) Лазеротерапии

50. ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ОЖОГОВОЙ ТОКСЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Анемия
- 2) Нормализация диуреза
- 3) Повышение температуры тела
- 4) Диспротеинемия

51. ПОСЛЕ ОТТОРЖЕНИЯ НЕКРОЗОВ НА ОЖОГОВУЮ РАНУ СЛЕДУЕТ НАКЛАДЫВАТЬ:

- а) биологическое покрытие;
 - б) мазь на жировой основе;
 - в) мазь на водорастворимой основе;
 - г) повязку с гипертоническим раствором.
- Выберите правильную комбинацию ответов:
- 1) Верно а, б
 - 2) Верно б, в
 - 3) Верно в, г
 - 4) Верно а, в

52. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АЦИДОЗА БОЛЬНОМУ В ОЖОГОВОМ ШОКЕ СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ:

- а) Лактасол;
 - б) Трис-буфер;
 - в) Полиглюкин;
 - г) 5% раствор соды.
- Выберите правильную комбинацию ответов:
- 1) Верно а, б
 - 2) Верно а, в
 - 3) Верно в, г
 - 4) Верно б, г

53. ДЛЯ ОСТРОЙ ОЖОГОВОЙ ТОКСЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ:

- а) гемоконцентрация;
 - б) анемия;
 - в) выраженная интоксикация;
 - г) гипо- и диспротеинемия.
- Выберите правильную комбинацию ответов:
- 1) Верно а, б, в
 - 2) Верно б, в, г
 - 3) Верно а, в, г
 - 4) Верно а, б, в, г

54. ДЛЯ ОЖОГОВОГО ШОКА ХАРАКТЕРНЫ:

- а) Нормальная температура тела;
 - б) Гипертермия;
 - в) Гиповолемия;
 - г) Анемия.
- Выберите правильную комбинацию ответов:
- 1) Верно а, б
 - 2) Верно б, в

- 3) Верно в, г
- 4) Верно а, в

55. АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ У ОБОЖЖЕННЫХ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- 1) При поверхностных ожогах;
- 2) При ограниченных глубоких ожогах с профилактической целью;
- 3) При развитии осложнений;
- 4) Не применяется.

56. ПОКАЗАНИЯМИ К РАННЕЙ НЕКРЭКТОМИИ ЯВЛЯЮТСЯ?

- 1) поверхностные ожоги
- 2) ожоговый шок
- 3) инфицированный ожог
- 4) ожог кисти

57. ОДНОМОМЕНТНАЯ НЕКРЭКТОМИЯ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ?

- 1) 5-10% от поверхности тела
- 2) 10-15% от поверхности тела
- 3) 15-25% от поверхности тела
- 4) 25-30% от поверхности тела

58. ПРИ КАКИХ ОЖОГАХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНА:

- а) химические ожоги любой степени
- б) ожоги ладони, подошвы стопы со II степени
- в) ожоги тыла кисти и стопы со II степени
- г) ожоги головы и шеи со II степени

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а,б
- 2) б,в
- 3) б,г
- 4) а,г

59. ПРИ ОЖОГАХ II-IV СТЕПЕНЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ:

- 1) антирабические прививки
- 2) профилактику столбняка
- 3) профилактику столбняка и антирабические прививки
- 4) при воздействии высоких температур прививки не проводят

60. ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ В ПОДКОЖНЫХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДАХ ПРОИСХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

- 1) стойкое длительное расширение сосудов
- 2) нестойкий кратковременный спазм
- 3) кратковременное расширение сосудов, сменяющееся спазмом
- 4) длительный стойкий спазм

61. ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ В ПОДКОЖНЫХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДАХ ПРОИСХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

- 1) спазм, сменяющийся стойким расширением сосудов
- 2) кратковременный спазм, нестойкое расширение сосудов, вторичный спазм
- 3) кратковременное расширение сосудов, сменяющееся спазмом
- 4) длительный стойкий спазм

62. ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ ТРЕТЬЕЙ И ЧЕТВЕРТОЙ СТЕПЕНЕЙ В КРОВЕНОСНЫХ СОСУДАХ ПРОИСХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

- 1) ускорение кровотока на периферии, тромбоз магистральных сосудов
- 2) спазм, замедление кровотока, стаз, тромбоз магистральных сосудов
- 3) расширение сосудов, особенно на периферии

- 4) стойкий спазм, тромбоз отдельных подкожных ветвей, замедление кровотока в подкожных сосудах при ускорении кровотока в магистральных сосудах

63. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И НЕКРОЗА ТКАНЕЙ ПРИ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) паралич нервных окончаний
- 2) нарушение кровотока
- 3) плазмопотеря
- 4) прекращение потоотделения

64. ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО:

- а) удалить пострадавшего из опасной зоны
- б) наложить асептическую повязку
- в) прекратить действие поражающего фактора
- г) наложить мазевую повязку

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а,б
- 2) б,в
- 3) б,г
- 4) а,в

65. ПО СРОКАМ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕКРЭКТОМИЯ БЫВАЕТ:

- а) первичная
- б) одномоментная
- в) отсроченная
- г) тангенциальная

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а,б
- 2) б,в
- 3) б,г
- 4) а,в

66. ПО ТЕХНИКЕ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕКРЭКТОМИЯ БЫВАЕТ:

- а) первичная
- б) одномоментная
- в) отсроченная
- г) тангенциальная

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а,б
- 2) б,в
- 3) б,г
- 4) а,в

67. ПО ГЛУБИНЕ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕКРЭКТОМИЯ БЫВАЕТ:

- а) дермальная
- б) тангенциальная
- в) поверхностная
- г) фасциально-мышечная

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а,б
- 2) б,в
- 3) б,г
- 4) а,г

68. ОГРАНИЧЕННАЯ НЕКРЭКТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ НА ПЛОЩАДИ:

- 1) до 5% площади поверхности тела
- 2) от 5% до 10% площади поверхности тела
- 3) от 10% до 20% площади поверхности тела

4) более 20% площади поверхности тела

69. ОБШИРНАЯ НЕКРЭКТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ НА ПЛОЩАДИ:

- 1) до 5% площади поверхности тела
- 2) от 5% до 10% площади поверхности тела
- 3) от 10% до 20% площади поверхности тела
- 4) более 20% площади поверхности тела

70. РАНЕВЫЕ ПОКРЫТИЯ, ПРИМЕНЯЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ СТРУПА ДОЛЖНЫ ОБЛАДАТЬ СЛЕДУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ:

- а) быть высокоадгезивными и быстро прикрепляться к поверхности раны
- б) быть проницаемыми для воды
- в) увеличивать потери тепла через раневую поверхность
- г) снижать потери белков и электролитов

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а,б
- 2) б,в
- 3) б,г
- 4) а,г

71. СВОБОДНАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- а) расщепленным кожным трансплантатом
- б) полнослойным кожным трансплантатом
- в) лоскутом на постоянной питающей ножке
- г) лоскутом на временной питающей ножке

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а,б
- 2) б,в
- 3) б,г
- 4) а,г

72. К НЕСВОБОДНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКЕ ОТНОСИТСЯ:

- а) «итальянская» пластика
- б) пластика расщепленным кожным лоскутом
- в) пластика полнослойным кожным лоскутом
- г) пластика лоскутом на сосудистой ножке

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а,б
- 2) б,в
- 3) б,г
- 4) а,г

73. КРИТЕРИЯМИ ГОТОВНОСТИ РАН К АУТОДЕРМОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) отсутствие признаков воспаления
- б) наличие выраженной экссудации
- в) наличие краевой эпителизации
- г) низкая адгезивность ран

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а,б
- 2) а,в
- 3) б,г
- 4) а,г

74. НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ ДОНОРСКИМ РЕСУРСОМ ЯВЛЯЕТСЯ КОЖА:

- а) лица
- б) передней поверхности бедер
- в) промежности

- г) ягодиц
 Выберите правильную комбинацию ответов:
 1) а,б
 2) б,в
 3) б,г
 4) а,г

75. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН ПРИ:

- а) I степени ожога
 б) II степени ожога
 в) IIIа степени ожога
 г) IIIб и IV степенях ожога
 Выберите правильную комбинацию ответов:
 1) а,б
 2) б,в
 3) б,г
 4) а,г

9. Эталоны ответов:

| | | | |
|------|------|------|------|
| 1-3 | 21-1 | 41-2 | 61-2 |
| 2-1 | 22-3 | 42-4 | 62-2 |
| 3-1 | 23-1 | 43-3 | 63-2 |
| 4-3 | 24-4 | 44-1 | 64-4 |
| 5-1 | 25-1 | 45-1 | 65-4 |
| 6-1 | 26-2 | 46-3 | 66-3 |
| 7-1 | 27-4 | 47-4 | 67-4 |
| 8-4 | 28-1 | 48-3 | 68-2 |
| 9-2 | 29-2 | 49-1 | 69-3 |
| 10-4 | 30-3 | 50-3 | 70-4 |
| 11-2 | 31-4 | 51-1 | 71-1 |
| 12-3 | 32-3 | 52-4 | 72-4 |
| 13-2 | 33-4 | 53-2 | 73-2 |
| 14-1 | 34-4 | 54-4 | 74-3 |
| 15-2 | 35-1 | 55-3 | 75-2 |
| 16-2 | 36-1 | 56-4 | |
| 17-1 | 37-4 | 57-4 | |
| 18-4 | 38-4 | 58-3 | |
| 19-4 | 39-2 | 59-2 | |
| 20-4 | 40-1 | 60-2 | |

10. Литература по теме: «Лечение термических ожогов. Этиология, клиника и лечение отморожений».

1. Алексеев А.А. Яковлев В.П., Федоров В.Д., Крутиков М.Г. Инфекция у обожжённых: вопросы патогенеза, профилактика и лечение. Хирургия, 1999., №6, с.4.
2. Ожоги. Руководство для врачей под ред. Б.С. Вихриева, В.М. Бурмистрова, Л., Медицина, 1986, 272 стр.

3.Петров С.В. Общая хирургия, 2003.

4.Ожоги. Интенсивная терапия учебное пособие / И.П.Назаров., Ростов н/Д: Феникс, Красноярск, Издательские проекты, 2007

Модуль 3 « Основы гнойно-септической хирургии»

Занятие №8

1. Тема занятия: «Острая гнойная хирургическая инфекция»

2. Цель занятия:

1. Усвоить этиологию, патогенез, клинику, диагностику, лечение, осложнения и профилактику острой гнойной хирургической инфекции.

2. Освоить сбор анамнеза, физикальные методы (осмотр, пальпация) для диагностики острой гнойной хирургической инфекции и ее фаз; методику инструментальной перевязки больных с соблюдением правил асептики.

3. Получить представление о методах экстракорпоральной детоксикации в лечении больных с острой хирургической инфекцией; анаэробной неклостридиальной инфекции; закрытых методах лечения в гнойной хирургии.

3. Таблица учебных элементов к теме: «Острая гнойная хирургическая инфекция»

| №п/п | Наименование УЭ |
|------|---|
| 1. | Острая гнойная хирургическая инфекция |
| 2. | Возбудители острой гнойной инфекции |
| 3. | Источник инфекции |
| 4. | Экзогенный |
| 5. | Эндогенный |
| 6. | Роль макроорганизма в возникновении острой гнойной инфекции |
| 7. | Пути распространения инфекции |
| 8. | Гематогенный |
| 9. | Лимфогенный |
| 10. | Контактный |
| 11. | Стадии гнойного заболевания |
| 12. | Воспалительный инфильтрат |
| 13. | Гнойное расплавление |
| 14. | Местные клинические проявления острой гнойной хирургической |
| 15. | инфекции |
| 16. | Общие проявления острой гнойной инфекции |
| 17. | Нозологические формы |
| 18. | Мастит |
| 19. | Серозный |
| 20. | Инфильтративный |
| 21. | Гнойный абсцедирующий |
| 22. | Гнойно-некротический |
| 23. | Гангренозный |
| 24. | Нелактационный |
| 25. | Лактационный |
| 26. | Новорожденных |
| 27. | Премаммарный |
| 28. | Субареолярный |
| 29. | Интрамаммарный |
| 30. | Ретромаммарный |
| 31. | Панмастит |
| 32. | Фурункул |
| 33. | Карбункул |
| 34. | Особенности течения фурункула и карбункула на лице |

| | |
|-----|--|
| 35. | Абсцесс |
| 36. | Флегмона |
| 37. | Тромбофлебит |
| 38. | Поверхностный |
| 39. | Глубокий |
| 40. | Гидраденит |
| 41. | Лимфангоит |
| 42. | Лимфаденит |
| 43. | Панариций |
| 44. | Кожный |
| 45. | Подкожный |
| 46. | Сухожильный |
| 47. | Суставной |
| 48. | Костный |
| 49. | Паранихия |
| 50. | Диагностика |
| 51. | Расспрос |
| 52. | Осмотр |
| 53. | Пальпация |
| 54. | Лабораторные методы диагностики |
| 55. | Параклинические методы |
| 56. | Диагностическая пункция |
| 57. | Лечение |
| 58. | Этиологическое |
| 59. | Антибиотики |
| 60. | Сульфаниламиды |
| 61. | Иммунотерапия |
| 62. | Патогенетическое |
| 63. | Иммобилизация |
| 64. | Десенсибилизирующая терапия |
| 65. | Симптоматическое |
| 66. | Дезинтоксикационная терапия |
| 67. | Экстракорпоральные методы детоксикации |
| 68. | Хирургическое лечение |
| 69. | Разрез |
| 70. | Пункция |
| 71. | Пассивное дренирование |
| 72. | Активное хирургическое лечение |
| 73. | Осложнения |
| 74. | Лимфангоит, как осложнение острой гнойной инфекции |
| 75. | Лимфаденит, как осложнение острой гнойной инфекции |
| 76. | Тромбофлебит, как осложнение острой гнойной инфекции |
| 77. | Сепсис |
| 78. | Профилактика |
| 79. | Личная гигиена |
| | Первая помощь при микротравмах |

4. Граф логической структуры практического занятия по теме: «Острая гнойная хирургическая инфекция». (приложение №16)

5. Интеграция темы: «Острая гнойная хирургическая инфекция»

| | |
|--|--|
| Вопросы обсуждаемые на кафедре хирургии | Интеграция вопросов на других кафедрах |
| 1. Возбудители и условия развития гнойной инфекции в | Кафедра микробиологии: систематика микроорганизмов. Морфология и |

| | |
|--|---|
| <p>организме.</p> <p>2. Особенности асептики в гнойной хирургии.</p> <p>3. Антибиотикотерапия</p> <p>4. Виды гнойно – воспалительных заболеваний</p> <p>5. Особенности стафилококковой инфекции детей. Патогенез клиническая диагностика стадий гнойных заболеваний. Принципы и методы оперативного лечения гнойных заболеваний в детской практике.</p> <p>6. Острогнойные заболевания мягких тканей и полостей, костей и суставов. Современные принципы профилактики и лечения гнойных заболеваний. Общие принципы лечения гнойных заболеваний.</p> | <p>физиология бактерий. Патогенез инфекции, лабораторная диагностика.</p> <p>Действие факторов внешней среды на микроорганизмы.</p> <p>Механизм действия антибиотиков, ,антибиотикотерапии</p> <p>Кафедра патанатомии: воспаление. Морфология воспаления: альтерация, экссудация, пролиферация.</p> <p>Кафедра детской хирургии: гнойные заболевания новорожденных, некротическая флегмона новорожденных. Дифференциальный диагноз ведение послеоперационного периода. Омфалиты: клиническая картина. Диагностика,, хирургическая тактика.</p> <p>Кафедра факультетской хирургии. Гнойные заболевания серозных полостей. Перитонит. Острый гнойный плеврит и эмпиема плевры. Перикардит. Классификация. Патогенез. Клиника, диагностика лечение.</p> |
|--|---|

6. Контрольные вопросы:

1. Классификация хирургической инфекции
2. Общая и местная реакция организма на внедрение инфекции. Функции местного воспалительного очага
3. Фазы течения местного воспалительного процесса.
4. Клинические признаки очага воспаления в фазе инфильтрации и фазе гнойного расплавления.
5. Лечение гнойных заблеванй в зависимости от стадии процесса.
6. Понятие об активном хирургическом лечении гнойных заболеваний.
7. Фурункул и карбункул. Определение понятий, клиника и лечение. Особенности фурункулов и карбункулов лица.
8. Абсцесс и флегмона. Определение понятий, классификация. Клиника поверхностных и глубоких флегмон. Лечение в зависимости от фазы.
9. Топографоанатомические особенности ладонной поверхности кисти и пальцев.
10. Панариций. Определение понятия, классификация.
11. Клиника и дифференциальная диагностика различных панарициев.
12. Консервативное и оперативное лечение панарициев. Методика обезболивания. Виды разрезов.
13. Лимфангоит и лимфаденит. Этиология, клиника, лечение.
14. Мастит. Классификация, этиология, клиника, лечение, профилактика.
15. Тромбофлебит. Классификация. Клиника поверхностного и глубокого тромбофлебита.
16. Применение методов экстракорпоральной детоксикации в лечении больных с острой хирургической инфекцией.
17. Закрытые методы лечения гнойных процессов мягких тканей.
18. Септический шок.
19. Анаэробная неклостридиальная инфекция. Этиология, клиника, патогенез.

7. Задание для домашней письменной работы

Подготовить реферативное сообщение по одной из тем:

- Современные аспекты патогенеза хирургической инфекции. Роль транслокации условно – патогенных микроорганизмов желудочно-кишечного тракта в механизмах эндогенного инфицирования.
- Роль факторов персистенции бактериальных патогенов в патогенезе хирургической инфекции.
- Эндолимфатическая антибиотикотерапия (теоретическое, микробиологическое, фармакологическое обоснование метода).
- Закрытые методы лечения в гнойной хирургии.
- Современные методы лечения гнойных заболеваний.
- Гнойная инфекция и сахарный диабет.

Выберите метод лечения гнойных заболеваний в зависимости от стадии и формы воспаления.

| Стадия и форма воспаления | Консервативное лечение | Оперативное лечение | | | |
|--|------------------------|---------------------|---------|------------------------------------|-----------------------------------|
| | | Широкий разрез | Пункция | Рассечение и активное дренирование | Иссечение и активное дренирование |
| Воспалительного инфильтрата | | | | | |
| Гнойного расплавления 1. Абсцедирующая 2. Флегмонозная (гнойно – некротическая) 3. Гангренозная | | | | | |

Каждый из студентов заполняет предложенную таблицу, на занятии осуществляется проверка правильности её заполнения.

8. Тестовый контроль знаний по теме: «Острая гнойная хирургическая инфекция»

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ:

- 1) стафилококк
- 2) стрептококк
- 3) кишечная палочка
- 4) палочка сине-зеленого гноя

2. ХАРАКТЕР ГНОЯ ПРИ СТАФИЛОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЯХ:

- 1) густой консистенции, желтоватой или беловатой окраски без запаха
- 2) жидкой консистенции, сероватого цвета без запаха
- 3) густой консистенции, беловатого цвета с гнилостным запахом
- 4) жидкой консистенции, коричневого цвета без запаха

3. ПЕРВАЯ ФАЗА ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

- 1) фаза альтерации
- 2) фаза воспалительного инфильтрата
- 3) фаза экссудации
- 4) фаза гнойного расплавления

4. ВТОРАЯ ФАЗА ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

- 1) фаза альтерации
- 2) фаза гнойного расплавления
- 3) фаза заживления
- 4) фаза воспалительного инфильтрата

5. ВЫРАЖЕННОСТЬ МЕСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОСТРЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЗАВИСИТ ОТ:

- 1) вирулентности возбудителя и реактивности макроорганизма
- 2) глубины расположения очага гнойного воспаления
- 3) обоих указанных выше факторов
- 4) повышения температуры тела

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

- 1) флюктуация
- 2) гиперемия
- 3) местное повышение температуры
- 4) отек

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

- 1) измерение температуры тела
- 2) пункция
- 3) пальпация
- 4) общий анализ крови

8. КАКАЯ ФАЗА ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАТИМОЙ:

- 1) I фаза
- 2) II фаза
- 3) обе фазы
- 4) ни одна из фаз

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

- 1) оперативное
- 2) консервативное
- 3) первое или второе, в зависимости от квалификации врача
- 4) оперативное в сочетании с консервативным

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

- 1) только оперативное
- 2) только консервативное
- 3) первое или второе, в зависимости от квалификации врача
- 4) оперативное в сочетании с консервативным

11. В КАКОЙ ФАЗЕ ГНОЙНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА БОЛЕВАЯ РЕАКЦИЯ:

- 1) В I
- 2) Во II

- 3) Интенсивность боли не зависит от стадии заболевания
- 4) В I до образования гноя

12. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ - ЭТО:

- 1) болезненное уплотнение и увеличение объема тканей
- 2) безболезненное уплотнение и увеличение объема тканей
- 3) увеличение объема тканей с флюктуацией
- 4) верны все вышеуказанные утверждения

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

- 1) определение содержания в крови лейкоцитов и лейкоформулы
- 2) определение СОЭ
- 3) определение белковых фракций
- 4) не имеют решающего значения

14. ФАКТОР, ОТЯГЧАЮЩИЙ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

- 1) сахарный диабет
- 2) гипертоническая болезнь
- 3) варикозное расширение вен
- 4) хронический бронхит

15. ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ВЫРАЖЕННОСТЬ ОБЩЕЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ПРИ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ:

- 1) от вирулентности микроорганизма и реактивности макроорганизма
- 2) от глубины расположения гнойного очага
- 3) от обоих указанных выше факторов
- 4) общая реакция организма от указанных факторов не зависит

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

- 1) усиление болей
- 2) увеличение отека
- 3) лимфаденит
- 4) увеличение зоны гиперемии

17. НЕОБХОДИМА ЛИ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА НА КОНЕЧНОСТЯХ:

- 1) да
- 2) нет
- 3) в зависимости от распространенности
- 4) в зависимости от возраста больного

18. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ АБСЦЕССОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ:

- 1) незначительные повреждения кожи
- 2) инъекции лекарственных средств, наличие гематомы
- 3) наличие несанированных очагов хронической инфекции
- 4) во всех вышеуказанных случаях

19. ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕН СИМПТОМ ФЛЮКТУАЦИИ:

- 1) наличием уплотнения в области абсцесса
- 2) наличие жидкости в полости абсцесса
- 3) наличием смещаемости абсцесса
- 4) выраженностью отека над абсцессом

20. МЕСТНОЕ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПУТЕМ:

- 1) пальпации
- 2) прикосновения I пальцем
- 3) прикосновения тылом кисти
- 4) прикосновения ладонью

21. ПОДКОЖНУЮ ФЛЕГМОНУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- 1) с пиодермией
- 2) с рожистым воспалением
- 3) с фурункулезом
- 4) с лимфонгаитом

22. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕ ГНОЙНОЙ ПОЛОСТИ ПАЛЬЦЕМ ПОСЛЕ ЕЕ ВСКРЫТИЯ:

- 1) нет
- 2) да
- 3) да, с учетом размеров и локализации очага
- 4) да, с учетом общего состояния пациента

23. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) стафилококки
- 2) стрептококки
- 3) кишечная палочка
- 4) неклостридиальные анаэробы

24. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КОНТАГИОЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ:

- 1) да
- 2) нет
- 3) иногда
- 4) в зависимости от ее формы

25. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ ФОРМЫ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) теплые ванночки с содовым раствором
- 2) облучение пораженного участка кожи ультрафиолетовыми лучами
- 3) нанесение на пораженный участок кожи мази Вишневского
- 4) повязка с фурациллином

26. ПРИ ДРЕНИРОВАНИИ СУХОЖИЛЬНОГО ПАНАРИЦИЯ РЕЗИНОВАЯ ПОЛОСКА ДОЛЖНА ПРОВОДИТСЯ:

- 1) над сухожилием
- 2) под сухожилием
- 3) выбор метода дренирования зависит от распространенности гнойного процесса
- 4) возможен I и II вариант

27. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО МАСТИТА:

- 1) разрез на всю ширину инфильтрата с ревизией раны пальцем и адекватным дренированием
- 2) обкалывание инфильтрата растворами высокоэффективных антибиотиков
- 3) иссечение инфильтрата с последующим ушиванием раны и ее проточно-аспирационным промыванием
- 4) крестообразный разрез

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

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

- 2) пункция гнойного очага с эвакуацией гноя, промывание полости антисептиком и введением в нее раствора антибиотика
- 3) широкое вскрытие гнойного очага, промывание раны и адекватное дренирование
- 4) рассечение гнойника с ежедневной сменой повязок

29. ЛЕЧЕНИЕ СЕРОЗНОЙ ФОРМЫ ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА:

- 1) иммобилизация железы и радиальные разрезы
- 2) радиальные разрезы и сцеживание молока
- 3) сцеживание молока и иммобилизация железы
- 4) иммобилизация железы и запрещение сцеживания молока

30. ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ АБСЦЕССОВ

- 1) введение высококонцентрированных растворов в подкожно-жировую клетчатку
- 2) выполнение инъекций в амбулаторных условиях
- 3) повторное введение лекарственных препаратов в одну и ту же анатомическую область
- 4) наличие хронических очагов инфекции

31. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ФУРУНКУЛЕЗ»:

- 1) многократное развитие фурункулов в течение года
- 2) одновременное возникновение нескольких фурункулов
- 3) верны обе указанные выше ситуации
- 4) ежегодное развитие фурункулов

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

- 1) подкожный панариций
- 2) фурункул
- 3) сухожильный панариций
- 4) может развиваться любой из этих процессов

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

- 1) развитие гнойного менингита
- 2) переход в карбункул
- 3) возникновение флебита лица
- 4) развитие регионарного лимфоденита

34. КАКИМ ОБРАЗОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ФУРУНКУЛАХ ЛИЦА:

- 1) запрещение разговаривать и употреблять грубую пищу
- 2) иммобилизирующая гипсовая повязка
- 3) применение пращевидной повязки
- 4) применение специальной шины

35. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА:

- 1) развитие сепсиса
- 2) переход в карбункул
- 3) возникновение флебита лица
- 4) развитие регионарного лимфоденита

36. ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА В АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ФАЗЕ:

- 1) применение небольших разрезов
- 2) удаление гнойно-некротического стержня
- 3) консервативное лечение, постельный режим
- 4) разрез на всю ширину воспалительного инфильтрата

37. В КАКОЙ ФАЗЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ:

- 1) в фазе воспалительного инфильтрата
- 2) в фазе гнойного расплавления
- 3) в любом периоде заболевания
- 4) их применение не показано в обеих фазах

38. СЛЕДУЕТ ЛИ СОБЛЮДАТЬ ПРАВИЛА АСЕПТИКИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- 1) соблюдение правил асептики не обязательно, так как уже имеется пиогенная микрофлора
- 2) да, так как это предотвращает вторичное инфицирование
- 3) да, если есть для этого условия
- 4) да, в зависимости от локализации процесса

39. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВСЕГДА ЛИ НУЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПЕРЧАТКИ:

- 1) нет, не всегда, только при глубоких или полостных гнойных процессах
- 2) необходимо их использовать только при опасности инфицирования рук хирурга
- 3) да, при любой операции
- 4) да, только при опасности вторичного инфицирования раны

40. КАКОЙ ВИД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- 1) местное
- 2) общее
- 3) по усмотрению врача
- 4) вскрытие небольших гнойных процессов можно проводить без анестезии

41. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРБУНКУЛА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- 1) широком иссечении инфильтрата и адекватном дренировании
- 2) крестообразном разрезе и иссечении некротических тканей
- 3) два параллельных разреза и сквозное дренирование
- 4) небольшой разрез и некрэктомия

42. При сомнении в диагностике фазы острого гнойного воспаления необходимо:

- 1) определить количество лейкоцитов в крови, лейкоформулу, СОЭ
- 2) произвести пробный разрез
- 3) произвести диагностическую пункцию
- 4) определить уровень СРБ

43. ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА:

- 1) переохлаждение
- 2) нарушение оттока молока, связанное с недостаточным сцеживанием
- 3) травма молочной железы
- 4) ручное сцеживание молока

44. ХАРАКТЕРНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЕРОЗНОЙ ФОРМЫ МАСТИТА:

- 1) диффузное увеличение молочной железы и нормальная или субфебрильная температура тела
- 2) болезненное увеличение молочной железы, нарушение оттока молока, повышение температуры тела до 38,5-39 град С
- 3) появление умеренно болезненного инфильтрата в молочной железе, проходящее после сцеживания молока
- 4) нарушение оттока молока без уплотнения в молочной железе

45. РАЗВИТИЕ КОСТНОГО ПАНАРИЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, СЛЕДСТВИЕМ:

- 1) гематогенного переноса инфекции из мягких тканей в кость
- 2) перехода гнояного процесса с мягких тканей на кость
- 3) проникновение инфекции при повреждении кожи пальца
- 4) лимфогенный перенос инфекции из мягких тканей в кость

46. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ПАНДАКТИЛИТ»:

- 1) гнойное воспаление всех тканей пальца
- 2) гнойное воспаление всех мягких тканей пальца
- 3) воспаление околоногтевого валика
- 4) гнойное воспаление костной ткани

47. ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПОДКОЖНОМ ПАНАРИЦИИ В ОБЛАСТИ НОГТЕВОЙ И СРЕДНЕЙ ФАЛАНГ:

- 1) местная инфильтрационная анестезия по Вишневскому
- 2) проводниковая анестезия по Лукашевичу-Оберсту
- 3) внутривенный наркоз
- 4) нейрорептаналгезия

48. ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАЗРЕЗОВ ПРИ ГНОЙНЫХ ПАНАРИЦИЯХ:

- 1) по срединной линии пальца, не пересекая межфаланговые складки
- 2) по передне-боковым поверхностям пальца, не пересекая межфаланговые складки
- 3) над очагом наибольшей болезненности
- 4) по межфаланговой складке

49. МЕСТО ВСКРЫТИЯ ГНОЙНОГО АБСЦЕССА:

- 1) через геометрический центр инфильтрата
- 2) в точке наибольшей болезненности или более выраженной флюктуации
- 3) несколько в стороне от наиболее размягченного (флюктуирующего) места
- 4) выбор места вскрытия значения не имеет

50. РАЗРЕЗ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ НА ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПАЛЬЦА ПРОВОДИТСЯ:

- 1) по задне-боковым поверхностям пальца
- 2) по межфаланговой складке
- 3) несколько в стороне от участка воспаления
- 4) в области наиболее выраженных воспалительных изменений

51. ТАКТИКА ХИРУРГА ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ КАРБУНКУЛА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ :

- 1) произвести крестообразный разрез
- 2) назначить консервативное амбулаторное лечение
- 3) направить больного на стационарное лечение
- 4) произвести разрез и направить на стац. лечение

52. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АБСЦЕДИРУЮЩЕМ ФУРУНКУЛЕ ЛИЦА:

- 1) применение антибиотиков широкого спектра действия с учетом чувствительности микрофлоры, постельный режим
- 2) иссечение гнойного очага в пределах здоровых тканей с наложением первичного шва
- 3) разрез на всю ширину инфильтрата с адекватным дренированием
- 4) щадящее хирургическое лечение – удаление гнойно-некротического стержня

53. КАКАЯ ДИЕТА НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ ГНОЙНЫХ ПРОЦЕССАХ В ОБЛАСТИ ЛИЦА:

- 1) общий стол
- 2) жидкий стол
- 3) абсолютный голод

4) диета не имеет значения

54. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ИНТРАМАММАРНОГО ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА:

- 1) иммобилизация, УВЧ, антибиотики широкого спектра действия
- 2) иссечение молочной железы
- 3) наложение широких радиарных разрезов
- 4) нанесение крестообразного разреза

55. ПОКАЗАНА ЛИ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ СУХОЖИЛЬНОГО ПАНАРИЦИЯ:

- 1) да, лонгетной гипсовой повязкой
- 2) да, тугим бинтованием
- 3) нет, так как больной будет щадить палец сам
- 4) иммобилизация не имеет существенного значения

56. КАКОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КОСТНЫЙ ПАНАРИЦИЙ:

- 1) исследование раны, свища при помощи зонда
- 2) биопсия тканей из раны
- 3) посев гноя на микрофлору и определение ее чувствительности к антибиотикам
- 4) рентгенография пальца

57. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ СУСТАВНОГО ПАНАРИЦИЯ:

- 1) рентгенография пальца
- 2) пункция сустава
- 3) исследование пальца при помощи зонда
- 4) исследование объема движений в суставе

58. КАКОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЕМ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСТИНЪЕКЦИОННОГО ИНФИЛЬТРАТА И ПОСТИНЪЕКЦИОННОГО АБСЦЕССА ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ:

- 1) рентгенологическое исследование
- 2) ректальное исследование
- 3) диагностическая пункция
- 4) определение уровня лейкоцитов в крови

59. В КАКОМ МЕСТЕ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ГИДРАДЕНИТА:

- 1) в подмышечной области
- 2) в области промежности, заднего прохода
- 3) около сосков
- 4) во всех указанных выше местах

60. О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ НАЛИЧИЕ КРАСНЫХ ПОЛОС НА КОЖЕ, ИДУЩИХ ОТ ОЧАГА ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ:

- 1) о развитии лимфангоита
- 2) о распространении гнойного процесса по межклеточным пространствам
- 3) о реактивном воспалении вокруг гнойного очага
- 4) о хорошей реактивности организма

61. ИССЛЕДОВАНИЕ, НЕОБХОДИМОЕ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ОДИНОЧНЫХ ФУРУНКУЛАХ ИЛИ УПОРНОМ ФУРУНКУЛЕЗЕ:

- 1) исследование чувствительности микрофлоры к антибиотикам
- 2) исследование стерильного пунктата
- 3) исследование крови на содержание сахара
- 4) выявление очагов хронической инфекции

62. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В НАЧАЛЬНОЙ ФАЗЕ КАРБУНКУЛА:

- 1) иммобилизация, антибиотики широкого спектра действия, физиотерапевтическое лечение
- 2) щадящее оперативное лечение, антибиотики широкого спектра действия, иммобилизация
- 3) радикальное иссечение очага воспаления с наложением первичного шва и адекватным дренированием
- 4) возможны все перечисленные методы

63. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ФАЗЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА:

- 1) разрез, иммобилизация, антибиотики
- 2) иссечение, первичный шов, антибиотики
- 3) иммобилизация, антибиотики
- 4) возможно все перечисленное

64. ЛЕЧЕНИЕ СЕРОЗНОГО ЛИМФАДЕНИТА:

- 1) иммобилизация, УВЧ, антибиотикотерапия
- 2) иммобилизация, УВЧ, разрез
- 3) иммобилизация, УВЧ, разрез и антибиотикотерапия, с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам
- 4) верно все перечисленное

65. ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА:

- 1) вскрытие и дренирование
- 2) покой, УВЧ, антибиотики широкого спектра действия
- 3) комплексное консервативное лечение
- 4) иммобилизация и антибиотикотерапия

66. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА:

- 1) сепсис
- 2) лимфаденит
- 3) тромбофлебит
- 4) молочный свищ

67. ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МАСТИТА:

- 1) от формы и распространенности гнойно-воспалительного процесса
- 2) от наличия сопутствующих заболеваний
- 3) от выбора метода обезболивания при операции
- 4) от сроков, прошедших с начала заболевания

68. ПОКАЗАНА ЛИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ГНОЙНОГО МАСТИТА И АДЕКВАТНОГО ЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ:

- 1) да, с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам
- 2) да, при осложнении процесса лимфаденитом, либо угрозе развития сепсиса
- 3) да, при повышенной температуре тела
- 4) да, во всех вышеуказанных случаях

69. КАКИЕ ПРИЗНАКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ ОБ УСПЕШНО ПРОВЕДЕННОМ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА:

- 1) стихание болей, снижении температуры тела
- 2) обильное промокание повязки гноем, уменьшение отека тканей
- 3) оба указанных выше признака
- 4) без общего анализа крови судить об этом невозможно

70. КАКИЕ ПРИЗНАКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НЕДОСТАТОЧНОМ ВСКРЫТИИ ГНОЙНОГО ОЧАГА:

- 1) сохранение болей и повышенной температуры тела
- 2) большое количество гноя при перевязках
- 3) уменьшение отека и гиперемии в области гнойного очага
- 4) все вышеизложенное верно

71. ЧТО ПОНИМАЮТ ПОД ТЕРМИНОМ «ПАРОНИХИЯ»:

- 1) воспаление всех мягких тканей пальца
- 2) воспаление всех тканей пальца, в т.ч. и кости
- 3) воспаление околоногтевого валика
- 4) воспаление подногтевого пространства

72. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОДНОГТЕВОГО ПАНАРИЦИЯ:

- 1) иссечение остлоившейся части ногтевой пластинки
- 2) проведение разрезов, параллельных околоногтевому валику и сквозное дренирование раны
- 3) ампутация ногтевой фаланги
- 4) клюшкообразный разрез на ногтевой фаланге

73. ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ:

- 1) острое начало
- 2) склонность к вялотекущему течению и хронизации процесса
- 3) чаще развивается несколько гнойных очагов
- 4) склонность к наиболее выраженной местной реакции на внедрение возбудителя

74. О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ НАЛИЧИЕ МОРЩИН КОЖИ В ОБЛАСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА:

- 1) нарастание отека
- 2) уменьшение отека
- 3) обезвоживание организма
- 4) низкая реактивность организма

75. ФУРУНКУЛ ЛИЦА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ:

- 1) острой неспецифической
- 2) острой специфической
- 3) хронической специфической
- 4) хронической неспецифической

76. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ВИДОВ ПАНАРИЦИЯ НЕ НУЖДАЕТСЯ В ИММОБИЛИЗАЦИИ:

- 1) костный
- 2) подкожный
- 3) кожный
- 4) во всех случаях можно ограничиться рекомендацией уменьшения физической активности

77. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ВИДОВ ПАНАРИЦИЯ МОЖНО ОПЕРИРОВАТЬ БЕЗ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ:

- 1) костный в далеко зашедших случаях
- 2) подкожный при невыраженности процесса
- 3) кожный
- 4) все виды при отсутствии средств анестезии

78. КАКОЙ МИКРООРГАНИЗМ «НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ» ЗА ЗЛОВОННЫЙ ЗАПАХ ПРИ ВСКРЫТИИ ГНОЙНИКА:

- 1) неклостридиальный анаэроб

- 2) кишечная палочка
- 3) вульгарный протей
- 4) палочка сине-зеленого гноя

79. ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ГНОЙНОГО ОЧАГА ДЛЯ СЕПСИСА ХАРАКТЕРНО:

- 1) снижение температуры и уменьшение интоксикации
- 2) сохранение высокой температуры и выраженной интоксикации
- 3) снижение температуры при выраженной интоксикации
- 4) сохранение высокой температуры и уменьшение интоксикации

80. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ - ЭТО:

- 1) скопление серозного экссудата в межклеточном пространстве с уплотнением тканей
- 2) скопление гнойного экссудата в межклеточном пространстве с уплотнением тканей
- 3) скопление гнойного экссудата в межтканевом пространстве с уплотнением тканей
- 4) скопление серозного экссудата в межтканевом пространстве с уплотнением тканей

81. ВО II ФАЗЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЬ:

- 1) стихает
- 2) усиливается
- 3) или стихает, или усиливается в зависимости от реактивности организма
- 4) остается без изменений

82. АБСЦЕСС – ЭТО:

- 1) отграниченное скопление гноя в различных тканях и органах
- 2) отграниченное скопление гноя в естественных полостях тела (суставе, плевральной)
- 3) верны оба указанных выше утверждения
- 4) острое разлитое гнойное воспаление клетчаточных пространств

83. ФЛЕГМОНА – ЭТО:

- 1) острое разлитое воспаление клетчаточных пространств
- 2) острое разлитое воспаление естественных полостей тела (суставы, плевральной)
- 3) верны оба указанных выше утверждения
- 4) острое разлитое воспаление всех слоев кожи с выраженным отеком

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

- 1) травму
- 2) ожог
- 3) внедрение инфекции
- 4) во всех указанных выше случаях

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

- 1) повышенной температуры тела более 38° С и повышении уровня лейкоцитов в крови более $12 \cdot 10^9/\text{л}$
- 2) частоты сердечных сокращений > 90 в минуту и числа дыханий более 20 в минуту
- 3) верны оба указанных выше утверждения
- 4) верно только первое утверждение

86. СЕПСИС – ЭТО:

- 1) попадание патогенных микроорганизмов в кровяное русло
- 2) то же, что и синдром системной воспалительной реакции (ССВР)

- 3) синдром системной воспалительной реакции (ССВР), развившийся при наличии очага гнойной инфекции
- 4) Тяжелое инфекционное заболевание, сопровождающееся нарушением функции почек или печени, легких

87. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) сепсис синдром
- 2) сепсис с полиорганной недостаточностью
- 3) тяжелый сепсис
- 4) септический шок

88. ДИАГНОЗ СЕПСИСА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ:

- 1) выделение патогенной микрофлоры из кровяного русла
- 2) определенными клиническими проявлениями, развившимися в ответ на внедрение инфекции
- 3) наличием регионарного лимфаденита при различных гнойных заболеваниях
- 4) выделением из очага гнойного воспаления ассоциации микроорганизмов

89. КАКОЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ К ПОНЯТИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ?

- 1) хронический гематогенный остеомиелит
- 2) костно-суставной туберкулез
- 3) хронический мастит
- 4) любое из указанных выше заболеваний

90. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ГЛУБОКОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ГОЛЕНИ:

- 1) переход процесса на поверхностные вены
- 2) развитие гнойного флебита
- 3) тромбоэмболия легочной артерии
- 4) развитие трофических язв

91. ПАНАРИЦИИ В ФОРМЕ ЗАПОНКИ - ЭТО

- 1) подкожный панариций с прорывом гноя под эпидермис
- 2) сухожильный панариций
- 3) паронихий
- 4) костный панариций

92. РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ РОЖА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- 1) остеомиелитом
- 2) лимфостазом
- 3) сепсисом
- 4) тромбозом

93. БОЛЬНОЙ С ПОДКОЖНЫМ ПАНАРИЦИЕМ II ПАЛЬЦА КИСТИ ПРОВЕЛ БЕССОННУЮ НОЧЬ ИЗ-ЗА МУЧИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЙ. ВАША ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТАКОГО БОЛЬНОГО:

- 1) повязки с мазью Вишневского
- 2) УВЧ и кварцевое облучение
- 3) пенициллин внутривенно
- 4) разрез

94. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ОСЛОЖНЯЕТСЯ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ?

- 1) злокачественные опухоли
- 2) пороки сердца
- 3) сахарный диабет
- 4) хроническая почечная недостаточность

95. ЧТО ТАКОЕ ГИДРАДЕНИТ?

- 1) воспаление сальных желез

- 2) воспаление потовых желез
- 3) воспаление волосяного мешочка
- 4) воспаление лимфатического узла

9. Эталоны ответов:

| | | | | |
|------|------|------|------|------|
| 1-1 | 21-2 | 41-2 | 61-3 | 81-2 |
| 2-1 | 22-3 | 42-3 | 62-1 | 82-1 |
| 3-2 | 23-2 | 43-2 | 63-3 | 83-1 |
| 4-2 | 24-1 | 44-2 | 64-1 | 84-4 |
| 5-3 | 25-2 | 45-2 | 65-1 | 85-3 |
| 6-1 | 26-1 | 46-1 | 66-1 | 86-3 |
| 7-2 | 27-3 | 47-2 | 67-1 | 87-2 |
| 8-1 | 28-1 | 48-2 | 68-2 | 88-2 |
| 9-2 | 29-3 | 49-2 | 69-3 | 89-2 |
| 10-4 | 30-1 | 50-4 | 70-1 | 90-3 |
| 11-2 | 31-3 | 51-3 | 71-3 | 91-1 |
| 12-1 | 32-2 | 52-4 | 72-1 | 92-2 |
| 13-4 | 33-1 | 53-2 | 73-2 | 93-4 |
| 14-1 | 34-1 | 54-3 | 74-2 | 94-3 |
| 15-3 | 35-1 | 55-1 | 75-1 | 95-2 |
| 16-3 | 36-2 | 56-4 | 76-3 | |
| 17-1 | 37-2 | 57-1 | 77-3 | |
| 18-4 | 38-2 | 58-3 | 78-1 | |
| 19-2 | 39-3 | 59-4 | 79-2 | |
| 20-3 | 40-3 | 60-1 | 80-1 | |

10. Литература по теме: «Острая гнойная хирургическая инфекция».

1. Колесов А.П., Столбовой А.В., Кочеровец В.И. Анаэробные инфекции в хирургии, Л.: Медицина, 1989.-160 с.
2. Лещенко И.Г., Новокшенов В.С. Новая проблема в хирургии – анаэробная неклостридиальная инфекция, Самара: СМИ, 1993.-108 с.
3. Хирургические инфекции: руководство /Под редакцией И.А.Ерьюхина, Б.Р. Гельфанда, С.А. Шляпникова.-СПБ: Питер, 2003.-864 с.
4. Чадаев А.П., Буткевич А.Ц., Савзян Г.Г. Гнойные заболевания пальцев и кисти, М.: Геликон, 1996.-148 с.
5. Козлов В.К. Сепсис: этиология, иммунопатогенез, концепция

Занятие №9

1. Тема занятия: «Гематогенный остеомиелит».

2. Цель занятия:

Иметь представление об этиологии, патогенезе и классификации гематогенного остеомиелита. Знать диагностику и лечение острого и хронического гематогенного остеомиелита.

3. Учебные элементы темы: «Гематогенный остеомиелит»

| | |
|----|---------------------------------|
| 1 | Остеомиелит |
| 2 | Этиология |
| 3 | Стафилококки |
| 4 | Кишечная группа микроорганизмов |
| 5 | Неклостридиальные анаэробы |
| 6 | Патогенез |
| 6. | Теории Лексера |

| | |
|-----|--------------------------------------|
| 7. | Теории Дерижанова |
| 8. | Теории Еланского |
| 9. | Анатомо-физиологические факторы |
| 10. | Иммунно-биологические факторы |
| 11. | Разрешающие факторы |
| 12. | Гематогенный остеомиелит |
| 13. | Острый |
| 14. | Клинические формы |
| 15. | Молниеносная форма |
| 16. | Септикопиемическая форма |
| 17. | Местноочаговая форма |
| 18. | Патанатомические изменения |
| 19. | Флегмона костного мозга |
| 20. | Поднадкостничная флегмона |
| 21. | Некроз кости |
| 22. | Флегмона мягких тканей |
| 24. | Диагностика |
| 25. | Клиническая диагностика |
| 26. | Острое начало |
| 27. | Местные признаки |
| 28. | Отек |
| 29. | Расширение поверхностных вен |
| 30. | Боль при пальпации |
| 31. | Интоксикация |
| 32. | Лабораторная диагностика |
| 33. | Лейкоцитоз, нейтрофилез |
| 34. | Диспротеинемия |
| 35. | СРБ |
| 36. | Лучевая диагностика |
| 37. | УЗИ |
| 38. | Лечение |
| 39. | Общее лечение |
| 40. | Этиологическое |
| 41. | Антибактериальная терапия |
| 42. | Патогенетическое лечение |
| 43. | Антикоагулянты |
| 44. | Дезагреганты |
| 45. | Средства, улучшающие микроциркуляцию |
| 46. | Десенсибилизирующая терапия |
| 47. | Сосудорасширяющие средства |
| 48. | Ганглиоблокаторы |
| 49. | Симптоматическое лечение |
| 50. | Обезболивающие средства |
| 51. | Жаропонижающие средства |
| 52. | Дезинтоксикация |
| 53. | Местное лечение |
| 54. | Иммобилизация |
| 55. | Лечебная пункция |
| 56. | Остеоперфорация |
| 57. | Внутрикостный лаваж |
| 58. | Осложнения |
| 59. | Общие |
| 60. | Сепсис |
| 61. | Местные |

| | |
|----|--|
| 62 | Гнойный артрит |
| 63 | Патологический перелом |
| 64 | Хронический остеомиелит (как исход острого) |
| 65 | Клинические признаки |
| 66 | Наличие свища |
| 67 | Волнообразное течение |
| 68 | Рентгенологические признаки |
| 69 | Фистулография |
| 70 | Секвестр |
| 71 | Кортикальный |
| 72 | Эндостальный |
| 73 | Проникающий |
| 74 | Тотальный |
| 75 | Биологическая роль секвестра |
| 76 | Секвестральная коробка |
| 77 | Многослойный, бахромчатый периостит |
| 78 | Остеосклероз |
| 79 | Лечение |
| 80 | Секвестрэктомия |
| 81 | Пластика костной полости |
| 82 | Осложнения |
| 83 | Дистрофия паренхиматозных органов (амилоидоз почек) |
| 84 | Первично-хронический остеомиелит (атипические формы) |
| 85 | Абсцесс Броди |
| 86 | Альбуминозный остеомиелит Оллье |
| 87 | Склерозирующий остеомиелит Гарре |
| 88 | Низковирулентная микрофлора |
| 89 | Снижение реактивности макроорганизма |
| 90 | Негематогенный остеомиелит |
| 91 | Травматический |
| 92 | Огнестрельный |
| 93 | Контактный |

4. Граф логической структуры практического занятия по теме: «Гематогенный остеомиелит» (приложение №17)

5. Интеграция темы практического занятия: «Гематогенный остеомиелит».

| | |
|--|---|
| Вопросы, обсуждаемые на кафедре общей хирургии | Интеграция вопросов на других кафедрах. |
|--|---|

| | |
|---|---|
| <p>1.Остеомиелит. Классификация этиология и патогенез. Клиническая картина.</p> | <p>Кафедра патологической анатомии: морфологические изменения в костях. Кафедра гистологии: кость как орган, надкостница. Регенерация костной ткани. Кафедра нормальной анатомии: анатомо–физиологические особенности строения и кровоснабжения детской кости. Кафедра детской хирургии: клиническая картина остеомиелита у детей различных возрастных групп.</p> |
| <p>2.Принципы общего и местного лечения остеомиелита.</p> | <p>Кафедра фармакологии: антибактериальные и химиотерапевтические средства. Кафедра микробиологии: специфическая (активный и пассивный иммунитет) и неспецифическая профилактика, и терапия хирургических инфекций.</p> |
| <p>3.Особенности инструментальной и лабораторной диагностики. Хронический рецидивирующий остеомиелит. Принципы общего и местного лечения.</p> | <p>Кафедра факультетской и госпитальной хирургии. Принципы оперативного лечения. Виды вмешательств. Кафедра рентгенологии: Рентгенологическая картина острого и хронического гематогенного остеомиелита. Первично–хронический остеомиелит. Атипические формы остеомиелита.</p> |

6. Контрольные вопросы.

1. Определение понятия «Остеомиелит». Классификация остеомиелита.
2. Особенности строения и кровоснабжения костей конечностей у детей и их значение в возникновении и течении остеомиелита.
3. Роль микробного фактора. Источники инфекции.
4. Роль сенсibilизации организма в возникновении остеомиелита. Эксперименты С.М. Держанова.
5. Разрешающие факторы и их роль в возникновении остеомиелита.
6. Патогенез и патологическая анатомия острой фазы гематогенного остеомиелита.
7. Механизмы секвестрации, сроки образования секвестров и их типы.
8. Источники, процесс и сроки образования секвестральной коробки. Роль секвестра в процессах репарации.
9. Клиника остеомиелита. Особенность начала и характер болей. Основные формы клинического течения остеомиелита. Общие и местные проявления.
10. Рентгенологическая диагностика гематогенного остеомиелита. Значение томографии.
11. Возможные осложнения при остеомиелите и их рентгенодиагностика.
12. Хроническая фаза гематогенного остеомиелита: данные анамнеза, осмотра, клинического и лабораторного исследования.
13. Местные изменения поражённой конечности при хроническом остеомиелите. Данные осмотра, пальпации, зондирования свищей, фистулографии и пр.
14. Этиологическое, патогенетическое и симптоматическое лечение в острую и хроническую фазы гематогенного остеомиелита. Показания к оперативному лечению. Виды вмешательств.
15. Атипические формы заболевания: первично–хронические остеомиелиты Оллье, Броди, Гарре и др.

7. Задания для домашней письменной работы.

Написать реферат на тему: «Рентгенодиагностика атипических форм остеомиелита».

Заполнить таблицу: «Дифференциально-диагностические признаки хронического гематогенного остеомиелита и костно-суставного туберкулеза».

| Острый гематогенный остеомиелит | Костно-суставной туберкулез |
|---------------------------------|-----------------------------|
| | |

8. Тестовый контроль знаний по теме: «Гематогенный остеомиелит».

1. АВТОРОМ ТЕОРИИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Дерижанов С.М. 1940
- 2) Е. Lехег 1894
- 3) Еланский Н.Н. 1986
- 4) Джанелидзе Ю.Ю. 1944

2. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ:

- 1) 7-15 лет
- 2) 20-30 лет
- 3) 30-40 лет
- 4) 40-50 лет

3. КОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ, ЧЕРЕЗ ДВЕ НЕДЕЛИ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) Наличие секвестров
- 2) Разреженность костной структуры, смазанность костного рисунка, истончение и исчезновение костных перекладин
- 3) Остеосклероз
- 4) Остеопороз

4. К КАКОМУ ВИДУ ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ ДЕСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ (ДИМЕДРОЛ, ХЛОРИД КАЛЬЦИЯ И ДР.):

- 1) Этиологическому лечению
- 2) Симптоматическому лечению
- 3) Патогенетическому лечению
- 4) Дополнительному лечению

5. ЧТО ТАКОЕ СЕКВЕСТР?

- 1) Участок новой костной ткани
- 2) Гнойная полость
- 3) Гнойный очаг
- 4) Отторгнутый участок мертвой ткани

6. КАКИЕ ВИДЫ ОСТЕОМИЕЛИТА РАЗЛИЧАЮТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ?

- 1) Острый, хронический, первичнохронический
- 2) Легкой, средней и тяжелой степени
- 3) Ограниченный, очаговый и разлитой
- 4) Острый, подострый, рецидивирующий

7. УКАЖИТЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ДЕТСКОЙ КОСТИ:

- 1) Надкостница плотно сращена с костью
- 2) Наличие красного костного мозга
- 3) Преобладание минеральных веществ
- 4) Более толстые костные балки

8. НАЗОВИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

- 1) Лейкоцитоз
- 2) Лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- 3) Лейкопения
- 4) Тромбоцитоз

9. КАКУЮ РОЛЬ ВЫПОЛНЯЕТ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ?

- 1) Предупреждает генерализацию воспалительного процесса и патологический перелом
- 2) Улучшает кровообращение в тканях
- 3) Улучшает лимфообращение
- 4) Уменьшает отек тканей

10. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:

- 1) Периостит
- 2) Ограниченный склероз
- 3) Секвестр и секвестральная коробка
- 4) Остеопороз

11. ЭНДОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ВОЗМОЖЕН ПРИ:

- 1) Огнестрельном ранении кости
- 2) Контактном распространении инфекции из гнойного очага расположенного вблизи кости
- 3) Гематогенном распространении инфекции из отдаленного очага
- 4) Открытом переломе

12. АВТОРОМ ТЕОРИИ МИКРОБНОЙ ЭМБОЛИИ КОНЦЕВЫХ СОСУДОВ КОСТИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) E. Lexer 1894
- 2) Дерижанов С.М. 1940
- 3) Корнев П.Г. 1940
- 4) Еланский Н.Н. 1986

13. НАИБОЛЕЕ РАННИЕ МЕСТНЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

- 1) Флюктуация, гиперемия
- 2) Локальная болезненность, боль при нагрузке конечности по оси
- 3) Локальная отечность и расширение подкожных вен
- 4) Отек, боль

14. ВЫБЕРИТЕ ГРУППУ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА.

- 1) Цитостатики
- 2) Антибиотики
- 3) Аналгетики
- 4) Спазмолитики

15. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРОВОДИТСЯ ОСТЕОПЕРФОРАЦИЯ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

- 1) Для снижения внутрикостного давления
- 2) С целью диагностики
- 3) Для введения контраста
- 4) Для введения антибактериальных препаратов

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

- 1) Микробная эмболия концевых сосудов кости
- 2) Нервно-рефлекторный механизм
- 3) Сенсибилизация
- 4) Контактное поражение кости

17. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

- 1) Остит, межмышечные и подкожные флегмоны, миелит, периостит
- 2) Миелит, остит, периостит, межмышечные и подкожные флегмоны
- 3) Остит, миелит, периостит, межмышечные и подкожные флегмоны
- 4) Периостит, миелит, остит, межмышечные и подкожные флегмоны

18. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ДЕТСКОЙ КОСТИ:

- 1) Особенности строения надкостницы
- 2) Своеобразная архитектоника капилляров метаэпифиза кости
- 3) Преобладание органических веществ
- 4) Все верно

19. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БУДЕТ ИНФОРМАТИВНЫМ:

- 1) В первые сутки от начала заболевания
- 2) На 2 – 3 сутки от начала заболевания
- 3) На 5 – 7 сутки от начала заболевания
- 4) На 10 – 14 сутки от начала заболевания

20. КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ ВИДЫ СЕКВЕСТРОВ?

- 1) Циркулирующий
- 2) Проникающий
- 3) Локальный
- 4) Точечный

21. ПОНЯТИЕ «ОСТЕОМИЕЛИТ» ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- 1) Острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге, эндоосте и кости
- 2) Острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге, эндоосте, кости
- 3) Острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге, эндоосте, кости и надкостнице
- 4) Острый гнойно-воспалительный процесс, локализующийся в костном мозге, эндоосте, кости, надкостнице и окружающих мягких тканях

22. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ В ТЕОРИИ ДЕРИЖАНОВА?

- 1) Резистентность
- 2) Патогенность
- 3) Сенсибилизация
- 4) Иммунодефицит

23. ВЫБЕРИТЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ДЕТСКОЙ КОСТИ:

- 1) Костные балки тонкие, нежные
- 2) Надкостница плотно сращена с костью
- 3) Наличие желтого костного мозга
- 4) Преобладание минеральных веществ

24. БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НУЖДАЕТСЯ В:
- 1) Амбулаторном лечении
 - 2) Госпитализации в инфекционное отделение
 - 3) Госпитализации в терапевтическое отделение
 - 4) Госпитализации в хирургическое отделение
25. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ОСТЕОМИЕЛИТА ГАРРЕ:
- 1) Оперативный
 - 2) Консервативный
 - 3) Иммобилизация
 - 4) Наблюдение
26. КАКИЕ ФАКТОРЫ ПРИВОДЯТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА?
- 1) Наследственность
 - 2) Анатомо-физиологические
 - 3) Антропометрические
 - 4) Микробиологические
27. КАКОЙ МИКРООРГАНИЗМ ВЫЗЫВАЕТ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ?
- 1) Стафилококк
 - 2) Стрептококк
 - 3) Бацилла Коха
 - 4) Энтерококк
28. ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК:
- 1) Секвестр и секвестральная коробка
 - 2) Многослойный периостит
 - 3) Остеосклероз
 - 4) Все верно
29. В ДЕТСКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПОСТУПИЛ РЕБЕНОК С МНОЖЕСТВЕННЫМИ АБСЦЕССАМИ ЛЕГКИХ, В ОБЛАСТИ ПРАВОГО БЕДРА СВИЩЕВОЙ ХОД С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ. ПРЕДПОЛОЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ.
- 1) Генерализованная форма гематогенного остеомиелита
 - 2) Негематогенный остеомиелит
 - 3) Костно-суставной туберкулез
 - 4) Контактный остеомиелит
30. КАКОЕ НАИБОЛЕЕ ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕМ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ СВИЩЕВОЙ ФОРМЫ?
- 1) Опухоль в области свища
 - 2) Амилоидоз почек
 - 3) Флегмона мягких тканей
 - 4) Нет осложнений
31. КАК ВЫГЛЯДИТ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕКВЕСТР КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:
- 1) Участок разрежения (просветления)
 - 2) Участок затемнения с ободком просветления вокруг
 - 3) Нечеткость костной структуры
 - 4) Участок просветления с ободком затемнения вокруг
32. ВЫБЕРИТЕ ИММУНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

- 1) Особенности кровоснабжения детской кости
- 2) Высокий травматизм
- 3) Переохлаждение
- 4) Сенсбилизация

33. КАКАЯ АРТЕРИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ДИАФИЗА ДЛИННОЙ ТРУБЧАТОЙ КОСТИ?

- 1) a. Nutricia
- 2) a. Profunda
- 3) a. Circumflexia
- 4) Нет собственной артерии

34. КАКОЙ ВИД ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМИРОВАННЫМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ОСТЕОМИЕЛИТА?

- 1) УЗИ
- 2) Компьютерная томография
- 3) Рентгенография
- 4) Пальпация

35. ОПТИМАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

- 1) Дренирование межмышечной флегмоны
- 2) Ранняя декомпрессивная остеоперфорация
- 3) Секвестрэктомия
- 4) Ампутация

36. В КАКОЕ ВРЕМЯ ГОДА ПОВЫШАЕТСЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТЕОМИЕЛИТОМ?

- 1) Весенне-летний период
- 2) Осенне-зимний период
- 3) Осенне-весенний период
- 4) Нет сезонности

37. КАКИЕ КОСТИ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ?

- 1) Короткие трубчатые
- 2) Длинные трубчатые
- 3) Плоские
- 4) Любые

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

- 1) Гематогенный
- 2) Лимфогенный + гематогенный
- 3) Контактный
- 4) Травматический

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

- 1) Обязательно
- 2) Необязательно
- 3) Посев существенного значения не имеет
- 4) Только по показаниям

40. РАННЕЕ ЩАДЯЩЕЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

- 1) Пункция межмышечной флегмоны
- 2) Декомпрессивная трепанация остеомиелитического очага
- 3) Вскрытие поднадкостничного абсцесса

- 4) Разрез и дренирование медмышечной флегмоны
41. КАКОЙ МИКРООРГАНИЗМ ВЫЗЫВАЕТ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ?
- 1) Бацилла Коха
 - 2) Бледная трепонема
 - 3) Бруцелла
 - 4) Стафилококк
42. ВЫБЕРИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:
- 1) Септическая, асептическая
 - 2) Острый, хронический
 - 3) Местная, токсическая
 - 4) Общая, ишемическая
43. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ОБРАЗОВАНИЯ СЕКВЕСТРАЛЬНОЙ КОРОБКИ:
- 1) Надкостница, эндост, костный мозг
 - 2) Только костный мозг
 - 3) Только надкостница
 - 4) Окружающие мышцы
44. ПЕРИОСТИТ, КОТОРЫЙ ВИДЕН НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ НАЛИЧИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В КОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:
- 1) Костно-суставного туберкулеза
 - 2) Остеомиелита
 - 3) Консолидированного перелома
 - 4) Опухоли
45. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:
- 1) Иммобилизация
 - 2) Антибиотики
 - 3) Детоксикация
 - 4) Физиотерапия
46. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:
- 1) Стрептококк
 - 2) Золотистый стафилококк
 - 3) Кишечная палочка
 - 4) Пневмококк
47. ВЫДЕЛИТЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ДЕТСКОЙ КОСТИ:
- 1) Наличие гаверсовых каналов
 - 2) Размытость костного рисунка
 - 3) Своеобразная архитектоника капилляров метаэпифиза кости
 - 4) Желтый костный мозг
48. ВЫБЕРИТЕ ВИД НЕГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:
- 1) Хронический
 - 2) Контактный
 - 3) Генерализованный
 - 4) Местный
49. ТИПИЧНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:
- 1) Линейный периостит
 - 2) Остеопороз

- 3) Секвестр, секвестральная коробка
- 4) Размытость костного рисунка

50. НАЗОВИТЕ ОБЪЕМ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

- 1) Устранение гнойно-некротического очага
- 2) Вскрытие поднадкостничного абсцесса
- 3) Удаление секвестра
- 4) Дренирование межмышечной флегмоны

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

- 1) Все слои кости и окружающие мягкие ткани
- 2) Только костная ткань
- 3) Костный мозг
- 4) Только надкостница

52. УКАЖИТЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ДЕТСКОЙ КОСТИ:

- 1) Наличие участков склероза
- 2) Особенности строения надкостницы
- 3) Размытость костного рисунка
- 4) Желтый костный мозг

53. РЕБЕНОК В ПЕРВЫЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ПОСТУПЛЕНИЯ С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ, НЕСМОТРИ НА ПРОВОДИМУЮ ТЕРАПИЮ, ПОГИБ, ПРЕДПОЛОЖИТЕ КЛИНИЧЕСКУЮ ФОРМУ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) Септикопиемическая
- 2) Токсическая
- 3) Местноочаговая
- 4) Атипичная

54. ЛИНЕЙНЫЙ ПЕРИОСТИТ, КОТОРЫЙ ВИДЕН НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ СЕКВЕСТРА, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- 1) Острого гематогенного остеомиелита
- 2) Хронического гематогенного остеомиелита
- 3) Первично-хронического остеомиелита
- 4) Костно-суставного туберкулеза

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

- 1) Механическое заполнение полости
- 2) Биологическим способом приводит к более совершенной санации инфицированной полости
- 3) Образование сосудистых анастомозов между костью и мышцей
- 4) Все верно

56. ЧТО ТАКОЕ КОНТАКТНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ?

- 1) Остеомиелит возникший в результате травмы
- 2) Первичнохронический остеомиелит
- 3) Полученный на операционном столе
- 4) Остеомиелит возникший в результате перехода процесса с мягких тканей на кость.

57. ЧТО МОЖНО ОТНЕСТИ К ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА?

- 1) Асептическое воспаление
- 2) Особенность кровоснабжения детской кости

- 3) Попадание высоковирулентной флоры
 - 4) Особенность строения детской кости
58. ЧТО ВХОДИТ В ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «СЕКВЕСТРАЛЬНАЯ КОРОБКА»?
- 1) Участок мертвой кости
 - 2) Вновь образованная костная ткань вокруг секвестра
 - 3) Неизменная костная ткань вокруг секвестра
 - 4) Участок надкостницы
59. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ:
- 1) Цитостатики
 - 2) Антибиотики
 - 3) Нестероидные противовоспалительные средства
 - 4) Спазмолитики
60. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:
- 1) Сепсис
 - 2) Тромбофлебит
 - 3) Пневмония
 - 4) Перелом
61. КЕМ В 1831Г. ВВЕДЕН ТЕРМИН «ОСТЕОМИЕЛИТ»
- 1) Корневым
 - 2) Рейно
 - 3) Дерижановым
 - 4) Еланским
62. НАИБОЛЕЕ РАННИМ СПОСОБОМ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИОСТИТА ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) Рентгенография
 - 2) Компьютерная томография
 - 3) Ультразвуковое исследование
 - 4) Магнитно-резонансная томография
63. ВЫБЕРИТЕ ВИДЫ ОСТЕОМИЕЛИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА:
- 1) Острый, хронический
 - 2) Специфический, неспецифический
 - 3) Бактериальный, абактериальный
 - 4) Септический, асептический
64. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА БРОДИ:
- 1) Наблюдение
 - 2) Консервативный
 - 3) Иммобилизация
 - 4) Оперативный
65. ПРИЧИНЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:
- 1) Отсутствие иммобилизации
 - 2) Межмышечная флегмона
 - 3) Арофия мышц конечности
 - 4) Вирулентность инфекции
66. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

- 1) Линейный периостит
- 2) Многослойный периостит
- 3) Периостальная реакция отсутствует
- 4) Секвестр

67. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРОВОДИТЬСЯ ФИСТУЛЛОГРАФИЯ?

- 1) Для выявления характерной микрофлоры
- 2) Выявить периостит
- 3) Визуализировать свищевой ход
- 4) Выявить возбудитель инфекции

68. ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

- 1) Раннее щадящее оперативное лечение
- 2) Консервативное лечение
- 3) Иммобилизация и антибиотикотерапия
- 4) Наблюдение

69. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ОДЫШКИ, ЦИАНОЗА, КРОВОХАРКАНЬЯ И ХРИПОВ В ЛЕГКИХ О КАКОМ ОСЛОЖНЕНИИ ОСТЕОМИЕЛИТА СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ:

- 1) Септическая пневмония
- 2) Крупозная пневмония
- 3) Острый бронхит
- 4) ТЭЛА

70. ЦЕЛЬ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

- 1) Санация гнойного очага
- 2) Понижением внутрикостного давления
- 3) Ограничение воспалительного процесса
- 4) Все перечисленное

71. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

- 1) Диафиз
- 2) Метадиафиз
- 3) Метафиз
- 4) Эпифиз

72. В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПРОВОДЯТСЯ ЦИКЛОВЫЕ СМЕНЫ АНТИБИОТИКОВ. СКОЛЬКО ПРОДОЛЖАЕТСЯ ЦИКЛ:

- 1) 2 - 3 дня
- 2) 4 - 6 дней
- 3) 7 - 10 дней
- 4) 10-15 дней

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

- 1) Пальпация
- 2) Зондирование
- 3) Осмотр
- 4) Фистулография

74. РОЛЬ СЕКВЕСТРА В ОРГАНИЗМЕ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКВЕСТРАЛЬНОЙ КОРОБКИ:

- 1) Отрицательная
- 2) Положительная
- 3) Нейтральная

4) Зависит от размеров секвестра

75. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ:

- 1) Антибиотики
- 2) Антигистаминные средства
- 3) Цитостатики
- 4) НПВС

9. Эталоны ответов:

| | | | |
|------|------|------|------|
| 1-1 | 21-4 | 41-4 | 61-2 |
| 2-1 | 22-3 | 42-3 | 62-3 |
| 3-2 | 23-1 | 43-1 | 63-2 |
| 4-1 | 24-4 | 44-2 | 64-4 |
| 5-4 | 25-2 | 45-2 | 65-1 |
| 6-1 | 26-2 | 46-2 | 66-1 |
| 7-2 | 27-3 | 47-3 | 67-3 |
| 8-2 | 28-4 | 48-2 | 68-1 |
| 9-1 | 29-1 | 49-3 | 69-1 |
| 10-3 | 30-2 | 50-1 | 70-4 |
| 11-3 | 31-2 | 51-1 | 71-2 |
| 12-1 | 32-4 | 52-2 | 72-3 |
| 13-2 | 33-1 | 53-2 | 73-4 |
| 14-2 | 34-2 | 54-1 | 74-1 |
| 15-1 | 35-2 | 55-4 | 75-2 |
| 16-1 | 36-3 | 56-4 | |
| 17-3 | 37-2 | 57-3 | |
| 18-4 | 38-3 | 58-2 | |
| 19-4 | 39-1 | 59-4 | |
| 20-2 | 40-2 | 60-1 | |

10. Литература по теме: «Гематогенный остеомиелит».

Основная:

1. Гостищев В.К. Общая хирургия, 2004
2. Петров С.В. Общая хирургия, 2004

Дополнительная:

1. Акжигитов Г. Н., Остеомиелит. – БПВ, М., 1986.
2. Никитин Г. Д., Хронический остеомиелит. – Л., Медицина, 1990.
3. **Методика КТ-диагностики остеонекроза и секвестрации при хроническом остеомиелите, развившемся после гематогенного** : мед. технология/ РНЦ "Восстановительная травматология и ортопедия" им. Г. А. Илизарова; сост.: Г. В. Дьячкова, Ю. Л. Митина, К. А. Дьячков. -Курган, 2010. -16 с.

Занятие №10

1. Тема занятия: «Костно-суставной туберкулёз».

2. Цель занятия:

1. Усвоить этиологию, клинику, диагностику и лечение костно-суставного туберкулеза.

2. Освоить методику обследования больного.

3. Получить представление об организации борьбы с костно-суставным туберкулезом, о вопросах индивидуальной и лечебной профилактики, о роли отечественных хирургов в развитии учения о костно-суставном туберкулезе: В.И. Бобров, Т.П. Краснобаев, П.Г. Корнев.

3. Учебные элементы темы: «Костно – суставной туберкулёз».

| | |
|----|---|
| 1 | Костно-суставной туберкулёз |
| 2 | Патогенез |
| 3 | Иммунобиологические факторы |
| 4 | Анатомофизиологические факторы |
| 5 | Разрешающие факторы |
| 6 | Классификация |
| 7 | Формы поражения суставов |
| 8 | Синовиально-экссудативная форма |
| 9 | Фунгозная форма |
| 10 | Костная форма |
| 11 | Фазы костно-суставного туберкулёза |
| 12 | Преартритическая фаза |
| 13 | Артритическая фаза |
| 14 | Постартритическая фаза |
| 15 | Фазы спондилита |
| 16 | Преспондилитическая фаза |
| 17 | Спондилитическая фаза |
| 18 | Постспондилитическая фаза |
| 19 | Клиника костно-суставного туберкулёза |
| 20 | Пути заражения |
| 21 | Через дыхательную систему |
| 22 | Через пищеварительный тракт |
| 23 | Через кожу и слизистые |
| 24 | Анамнез |
| 25 | Общие симптомы |
| 26 | Местные симптомы |
| 27 | Диагностика костно-суставного туберкулёза |
| 28 | Рентгенодиагностика |
| 29 | Лабораторная диагностика |
| 30 | Лечение костно-суставного туберкулёза |
| 31 | Общее лечение |
| 32 | Этиологическое лечение |
| 33 | Патогенетическое лечение |

| | |
|----|---|
| 34 | Симптоматическое лечение |
| 35 | Местное лечение |
| 36 | Радикальное |
| 37 | Лечебно-вспомогательное |
| 38 | Корректирующее |
| 39 | Профилактика |
| 40 | Организация борьбы с костно-суставным туберкулёзом в нашей стране |
| 41 | Индивидуальная профилактика |
| 42 | Лечебная профилактика |

4. Граф логической структуры практического занятия по теме: «Костно-суставной туберкулез» . (приложение №18)

5. Интеграция темы «Костно-суставной туберкулез»

| Вопросы, обсуждаемые на кафедре общей хирургии | Интеграция вопросов на других кафедрах |
|---|---|
| 1. Этиология, патогенез, клиника, диагностика различных форм костно-суставного туберкулеза. | Кафедра микробиологии: патогенез инфекции, лабораторная диагностика. Специфическая терапия и профилактика. Кафедра патанатомии: патоморфология костно-суставного туберкулеза. Кафедра фармакологии: противотуберкулезные средства. Препараты I и II ряда. Кафедра рентгенологии - диагностика туберкулеза. |

6. Контрольные вопросы

1. Отличительная особенность возбудителя туберкулеза.
2. Патогенез и патанатомия костно-суставного туберкулеза. Механизмы деструкции кости. Холодные абсцессы.
3. Клиническое течение костно-суставного туберкулеза. Фазная динамика общих и местных симптомов.
4. Клиника и диагностика спондилита, гонита, коксита.
5. Рентгенодиагностика костно-суставного туберкулеза (по стадии)
6. Лабораторные данные при костно-суставном туберкулезе.
7. Общие принципы лечения костно-суставного туберкулеза. Санитарно-ортопедический метод. Лечение местное и общее: этиологическое, патогенетическое, симптоматическое. Границы консервативного лечения.
8. Оперативное лечение. Типы вмешательства в зависимости от фазы и стадии заболевания.
9. Прогноз, исход заболевания и трудоустройство больных.
10. Роль отечественных хирургов в развитии учения о костно-суставном туберкулезе: В.И. Бобров, Т.П. Краснобаев, П.Г. Корнев.

7. Задания для домашней письменной работы:

1. Заполните следующую таблицу

| Отличия | К-С tbc | Остеомиелит |
|---------|---------|-------------|
| | | |

2. Напишите реферат на тему: «Роль отечественных учёных в развитии костно-суставного туберкулёза».

8. Тестовый контроль знаний по теме: «Костно – суставной туберкулёз».

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

- 1) преспондилитическая
- 2) постспондилитическая
- 3) спондилитическая
- 4) требуются дополнительные исследования

2. НАЛИЧИЕ МЕСТНЫХ ПРИЗНАКОВ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ НАТЕЧНИКА:

- 1) выражены
- 2) слабо выражены
- 3) отсутствуют
- 4) можно доказать специальными методами исследования

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

- 1) дыхательные пути
- 2) костная система
- 3) кожа
- 4) желудочно-кишечный тракт

4. ПРИЧИНА БОЛЕЕ ЧАСТОЙ, В СРАВНЕНИИ СО ВЗРОСЛЫМИ, ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ КОСТНО-СУСТАВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ:

- 1) вирулентность инфекции
- 2) анатомофизиологические особенности костей у детей
- 3) наличие инфекции
- 4) авитаминоз

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА ПРИ СПОНДИЛИТЕ:

- 1) шейные позвонки
- 2) верхние грудные позвонки
- 3) копчиковые позвонки
- 4) поясничные и нижние грудные позвонки

6. МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

- 1) компьютерная томография
- 2) рентгенография в двух проекциях
- 3) томография
- 4) рентгенография в одной проекции

7. НАЗОВИТЕ ТКАНЬ, НАИБОЛЕЕ ВОСПРИИМЧИВУЮ К ТУБЕРКУЛЕЗУ:

- 1) хрящевая ткань

- 2) желтый костный мозг
- 3) красный костный мозг
- 4) мышечная ткань

8. РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ:

- 1) некрэктомия
- 2) артродез
- 3) спондилодез
- 4) пункция

9. ЛОКАЛИЗАЦИЯ НАТЕЧНИКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ВЕРХНИХ ГРУДНЫХ ПОЗВОНКОВ:

- 1) поясничная область
- 2) верхняя треть бедра
- 3) боковые поверхности области пораженного позвонка
- 4) паховая область

10. ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА ПО КОСТИ:

- 1) контактный
- 2) лимфогенный
- 3) гематогенный
- 4) в поднадкостничном пространстве

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

- 1) лейкоцитарная инфильтрация
- 2) клетки Пирогова-Ланганса
- 3) пролиферация сосудов
- 4) гнойно-некротическая ткань

12. КЛЕТКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО БУТОРКА:

- 1) лейкоциты
- 2) эпителиоидные
- 3) жировые
- 4) эритроциты

13. МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ СОСТАВ ХОЛОДНОГО АБСЦЕССА:

- 1) лейкоциты в большом количестве
- 2) эритроциты
- 3) казеозные массы
- 4) тромбоциты

14. ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АКТИВНОГО КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

- 1) периостит
- 2) склероз
- 3) остеопороз
- 4) параоссальное костеобразование

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

- 1) тело позвонка
- 2) остистый отросток позвонка
- 3) поперечные отростка позвонка
- 4) межпозвонковый диск

16. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ:

- 1) один позвонок
- 2) два позвонка
- 3) три и большее количество позвонков
- 4) остистые отростки позвонков

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

- 1) остеосклероз
- 2) остеопороз
- 3) формирование секвестральной коробки
- 4) крупноочаговый секвестр

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

- 1) диафиз
- 2) метадиафиз
- 3) метаэпифиз
- 4) суставная поверхность

19. ТКАНЬ, ПОРАЖАЕМАЯ НАТЕЧНИКОМ:

- 1) кожа
- 2) соединительная ткань
- 3) мышечная ткань
- 4) нервная ткань

20. ТАКТИКА ВРАЧА ПОСЛЕ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ХОЛОДНОГО АБСЦЕССА ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА:

- 1) консервативное лечение местное
- 2) операция - разрез
- 3) пункция
- 4) дополнительные методы обследования

21. СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

- 1) антибактериальная терапия
- 2) введение обезболивающих
- 3) применение десенсибилизирующих средств
- 4) разгрузка конечности

22. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКЕ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:

- 1) атрофия
- 2) склероз
- 3) воспаление
- 4) некроз

23. НАЛИЧИЕ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ В ТУБЕРКУЛЕЗНОМ БУГОРКЕ:

- 1) много кровеносных сосудов
- 2) мало кровеносных сосудов
- 3) кровеносные сосуды отсутствуют
- 4) кровеносные сосуды можно обнаружить специальными методами исследования

24. НАЗОВИТЕ ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) первичный остит
- 2) вторичный артрит

- 3) первичный артрит
- 4) периартрит

25. НАИБОЛЬШИЙ ПРОЦЕНТ ПЕРВИЧНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КОСТНО-СУСТАВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ:

- 1) от 10 до 20 лет
- 2) до 10 лет
- 3) от 20 до 30 лет
- 4) от 40 до 50 лет

26. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ:

- 1) поясничные позвонки
- 2) тазобедренный сустав
- 3) коленный сустав
- 4) голеностопный сустав

27. ПАЛОЧКА КОХА:

- 1) имеет кислотоустойчивую оболочку
- 2) выделяет эндотоксин
- 3) развивается в тканях с хорошим кровоснабжением
- 4) всё перечисленное – верно

28. ПАЛОЧКА КОХА:

- 1) Грам – аэроб
- 2) Грам + аэроб
- 3) Грам – анаэроб
- 4) Грам + анаэроб

29. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО БУГОРКА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

- 1) Клеток Ашкенази
- 2) Клеток Пирогова-Ланганса
- 3) Веретенообразных клеток
- 4) Osteобластов

30. В МЕХАНИЗМЕ ДЕСТРУКЦИИ КОСТИ ИГРАЕТ РОЛЬ:

- 1) Повышение давления в костной ткани
- 2) Действие эндотоксина
- 3) Действие остеокластов
- 4) Всё перечисленное – верно

31. ПРИЗНАКИ НАТЁЧНИКА:

- 1) Гиперемированное образование
- 2) Болезненное образование
- 3) Плотная, безболезненная опухоль
- 4) Всё перечисленное – верно

32. СИМПТОМ, ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ:

- 1) Александрова
- 2) Дерижанова
- 3) Гарре
- 4) Броди

33. ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗА КРУПНЫХ СУСТАВОВ:

- 1) Боль
- 2) Ранняя атрофия мышц
- 3) Нарушение функции сустава

- 4) Всё перечисленное – верно
34. ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗА КРУПНЫХ СУСТАВОВ:
- 1) «Белой опухоли»
 - 2) «Мышечной бдительности»
 - 3) Утолщение кожной складки
 - 4) Всё перечисленное – верно
35. БОЛЬ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ:
- 1) Утренняя
 - 2) Дневная
 - 3) Вечерняя
 - 4) Ночная
36. КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО СПОНДИЛИТА:
- 1) Горб
 - 2) Натёчник
 - 3) Паралич
 - 4) Всё перечисленное – верно
37. КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО СПОНДИЛИТА:
- 1) «Спотыкающегося пальца»
 - 2) «Вожжей»
 - 3) «Гордая походка»
 - 4) Всё перечисленное – верно
38. ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗНЫЙ ОСТИТ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ СИНОВИИТОМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:
- 1) Преартритической фазы
 - 2) Начала артритической фазы
 - 3) Разгара заболевания
 - 4) Постартритической фазы
39. СИМПТОМ «БЕЛОЙ ОПУХОЛИ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:
- 1) Преартритической фазы
 - 2) Артритической фазы
 - 3) Постартритической фазы
 - 4) В любую из вышеуказанных фаз
40. НАТЁЧНИКИ И СВИЩИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:
- 1) Преартритической фазы
 - 2) Начала артритической фазы
 - 3) Разгара заболевания
 - 4) Постартритической фазы
41. ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ЯВЛЯЮТСЯ:
- 1) Свищи
 - 2) Остеопороз
 - 3) Амилоидоз
 - 4) Верно 1 и 3
42. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ОСТЕОПОРОЗ:
- 1) Диффузный
 - 2) Местный
 - 3) Очаговый
 - 4) Всё вышеперечисленное – верно

43. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК В РАЗГАР АРТРИТИЧЕСКОЙ ФАЗЫ:

- 1) Местный остеопороз
- 2) Деструкция суставных концов
- 3) Склероз вокруг первичного остита
- 4) Всё вышеперечисленное – верно

44. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК В ПОСТАРТРИТИЧЕСКУЮ ФАЗУ:

- 1) Местный остеопороз
- 2) Деструкция суставных концов
- 3) Склероз, анкилоз, деформирующий артроз
- 4) Всё вышеперечисленное – верно

45. СИМПТОМ «ЛЯСТОЧКИНЫХ ГНЁЗД» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- 1) Туберкулёза позвоночника
- 2) Остеомиелита позвоночника
- 3) Метастатического поражения позвонков
- 4) Остеохондроза

46. АНТИБИОТИК, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА:

- 1) Тетрациклин
- 2) Канамицин
- 3) Пенициллин
- 4) Эритромицин

47. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- 1) Тубазид
- 2) Фтивазид
- 3) ПАСК
- 4) Всё вышеперечисленное

48. НЕКРЭКТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

- 1) В преартритическую фазу
- 2) В артритическую фазу
- 3) В постартритическую фазу
- 4) Фаза значения не имеет

49. ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ:

- 1) Некрэктомия
- 2) Резекция сустава
- 3) Фиксация позвоночника
- 4) Остеотомия

50. ОПЕРАЦИЯ, УСТРАНЯЮЩАЯ ДЕФОРМАЦИЮ КОСТИ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ:

- 1) остеотомия
- 2) Некрэктомия
- 3) Фиксация позвоночника
- 4) Резекция сустава

51. ОПЕРАЦИИ, УСТРАНЯЮЩИЕ ДЕФОРМАЦИЮ КОСТИ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ, ВЫПОЛНЯЮТСЯ:

- 1) В преартритическую фазу
- 2) В артритическую фазу
- 3) В постартритическую фазу

4) Фаза значения не имеет

52. ОСНОВЫ БОРЬБЫ С КОСТНО-СУСТАВНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ У ДЕТЕЙ РАЗРАБОТАЛ:

- 1) Бобров
- 2) Корнев
- 3) Краснобаев
- 4) Александров

53. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ТАКТИКУ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ РАЗРАБОТАЛ:

- 1) Бобров
- 2) Корнев
- 3) Краснобаев
- 4) Александров

54. К ПЕРВЫМ СИМПТОМАМ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) Боль в суставе
- 2) Нарушение функции сустава
- 3) Слабость
- 4) Всё вышеперечисленное

55. ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ НАЧАЛО РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) Постепенное
- 2) Острое
- 3) Подострое
- 4) В зависимости от возраста

56. ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ СЕКВЕСТРЫ БЫВАЮТ:

- 1) Плотные
- 2) По типу «тающего сахара»
- 3) Тотальные
- 4) Значения не имеет

57. ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ИМЕЕТСЯ:

- 1) Лейкоцитоз
- 2) Нейтрофилёз
- 3) Лимфоцитоз
- 4) Моноцитоз

58. НАРУШЕНИЕ СПИННОМОЗГОВОЙ ИННЕРВАЦИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- 1) Преспондилитическая фазы
- 2) Спондилитическая фазы
- 3) Постспондилитическая фазы
- 4) Фаза значения не имеет

59. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ:

- 1) Тазобедренный сустав
- 2) Коленный сустав
- 3) Голеностопный сустав
- 4) Плечевой сустав

60. СИМПТОМ БАЛЛОТИРОВАНИЯ НАДКОЛЕННИКА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- 1) Преартритической фазы
- 2) Артритической фазы
- 3) Постартритической фазы

4) Верно – 1 и 2

61. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ СИМПТОМОВ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ:

- 1) Атрофия мышц, боль, нарушение функции сустава
- 2) Нарушение функции сустава, атрофия мышц, боль
- 3) Нарушение функции сустава, боль, атрофия мышц
- 4) Боль, нарушение функции сустава, атрофия мышц

62. В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ИГРАЕТ РОЛЬ:

- 1) Сенсibilизация
- 2) Возбудитель
- 3) Замедленный ток крови
- 4) Всё вышеперечисленное

63. СИМПТОМЫ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ:

- 1) Слабость
- 2) Утомляемость
- 3) Субфебрильная температура
- 4) Всё вышеперечисленное

64. ПРИ СДАВЛЕНИИ СПИННОГО МОЗГА ВЫПОЛНЯЮТ:

- 1) Ламинэктомию
- 2) Физиотерапевтическое лечение
- 3) Введение спазмолитиков
- 4) Фиксацию позвоночника

65. НАЗОВИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ – АНКИЛОЗ:

- 1) Костно-суставной туберкулёз
- 2) Остеомиелит
- 3) Гнойный артрит
- 4) Артрозо-артрит

66. У БОЛЬНОГО В., 10 ЛЕТ, ТУБЕРКУЛЁЗ 1, 2, 3 ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ, СПОНДИЛИТИЧЕСКАЯ ФАЗА. НА ПЕРЕДНЕ-ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА ДИАГНОСТИРОВАН БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ. ВАШЕ МНЕНИЕ:

- 1) Холодный абсцесс
- 2) Воспалительный инфильтрат
- 3) Лимфаденит
- 4) Поднадкостничный абсцесс

67. НАИБОЛЕЕ РЕДКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА:

- 1) Метафиз
- 2) Диафиз
- 3) Метаэпифиз
- 4) Эпифиз

9. Эталоны ответов:

| | | | |
|-----|------|------|------|
| 1-2 | 21-2 | 41-4 | 61-4 |
| 2-3 | 22-2 | 42-4 | 62-4 |
| 3-1 | 23-2 | 43-2 | 63-4 |
| 4-2 | 24-1 | 44-3 | 64-1 |
| 5-4 | 25-2 | 45-1 | 65-1 |

| | | | |
|------|------|------|------|
| 6-1 | 26-1 | 46-2 | 66-1 |
| 7-3 | 27-4 | 47-4 | 67-2 |
| 8-1 | 28-1 | 48-1 | |
| 9-3 | 29-2 | 49-3 | |
| 10-1 | 30-4 | 50-1 | |
| 11-2 | 31-3 | 51-3 | |
| 12-2 | 32-1 | 52-3 | |
| 13-3 | 33-4 | 53-2 | |
| 14-3 | 34-4 | 54-3 | |
| 15-1 | 35-4 | 55-1 | |
| 16-3 | 36-4 | 56-2 | |
| 17-2 | 37-4 | 57-3 | |
| 18-3 | 38-1 | 58-2 | |
| 19-2 | 39-2 | 59-1 | |
| 20-4 | 40-3 | 60-4 | |

10. Литература по теме: «Костно – суставной туберкулёз»:

1. Гостищев В.К., Общая хирургия, 2004.
2. Петров С.В., Общая хирургия 2003.
3. Корнев П. Г., Костно – суставной туберкулёз, 1996.

Занятие №11

1. Тема занятия: «Опухоли»

2. Цель занятия:

1. Усвоить понятие опухоли, этиологию, патогенез ее развития, общие и местные клинические симптомы, современные принципы диагностики и лечения опухолей, методы профилактики и принципы диспансерного учета.
2. Освоить методы клинического обследования больных

3. Учебные элементы темы: «Опухоли»

| № УЭ | Наименование | Критерий качества обучения |
|------|--|----------------------------|
| 1 | Опухоль, определение понятия | |
| 2 | Доброкачественная опухоль, определение понятия | |
| 3 | Злокачественная опухоль, определение понятия | |
| 4 | Теория возникновения злокачественных опухолей | |
| 5 | Современная распространенность опухолей разной локализации | |
| 6 | Инвазия | |
| 7 | Рецидив | |
| 8 | Метастазы регионарные, отдаленные | |
| 9 | Пути метастазирования | |
| 10 | Коллекторы метастазирования | |
| 11 | Классификация опухолей | |
| 12 | Международная классификация по системе TNM,P,G | |
| 13 | Стадии заболевания | |
| 14 | Предрак, диагностика, лечение | |
| 15 | Факультативный предрак | |
| 16 | Облигатный предрак | |
| 17 | Диспансерное наблюдение | |
| 18 | Клинические группы | |

| | | |
|----|---|--|
| 19 | Профилактические осмотры | |
| 20 | Клиника злокачественных опухолей | |
| 21 | Синдромы малых признаков по Савицкому | |
| 22 | Синдром «плюс-ткань» | |
| 23 | Синдром «патологических выделений» | |
| 24 | Синдром «нарушения функций» | |
| 25 | Общие симптомы злокачественных опухолей | |
| 26 | Местные симптомы злокачественных опухолей | |
| 27 | Диагностика злокачественных опухолей | |
| 28 | Алгоритм онкообследования больных | |
| 29 | Лабораторная диагностика | |
| 30 | Онкомаркёры | |
| 31 | Рентгенологическая диагностика | |
| 32 | Ультразвуковая диагностика | |
| 33 | Эндоскопическая диагностика | |
| 34 | Специальные методы исследования | |
| 35 | Цитологическое исследование | |
| 36 | Гистологическое исследование | |
| 37 | Цито-диагностика | |
| 38 | Осложнения злокачественных опухолей | |
| 39 | Лечение злокачественных опухолей | |
| 40 | Комбинированное лечение | |
| 41 | Радикальное лечение | |
| 42 | Паллиативное лечение | |
| 43 | Симптоматическое лечение | |
| 44 | Хирургический метод лечения | |
| 45 | Лучевая терапия | |
| 46 | Химиотерапия | |
| 47 | Гормонотерапия | |
| 48 | Абластик | |
| 49 | Лимфодиссекция | |
| 50 | Осложнения хирургического лечения | |
| 51 | Осложнения лучевой терапии | |
| 52 | Осложнения химиотерапии | |
| 53 | Документы на онкобольного | |

4. Граф логической структуры практического занятия по теме «Опухоли».
(приложение №8)

5. Интеграция темы «Опухоли»

| | |
|---|---|
| 1. Опухоли. Понятие, этиология. Патогенез, патанатомия. Классификация | Кафедра патфизиологии: теории развития опухолей. Кафедра патанатомии: гистогенез опухолей, степень их дифференцировки |
| 2. Клиническая картина. Диагностика. | Кафедра рентгенологии: диагностика рака лёгкого, желудочно-кишечного тракта. Кафедра пропедевтики внутренних болезней, кафедра факультетской хирургии: клиника, диагностика, лечение опухолей различной локализации. |
| 3. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение. | Кафедра онкологии: диагностика и комплексное лечение опухолей |

| | |
|--|--|
| | различной локализации. Кафедра общей врачебной практики: диспансерное наблюдение больных. |
|--|--|

6. Контрольные вопросы к занятию.

1. Понятие «Опухоль». Этиология, патогенез, теории развития.
2. Отличия доброкачественной опухоли от злокачественной. Предрак.
3. Доброкачественные и злокачественные опухоли из эпителия, соединительной, мышечной, нервной и сосудистой тканей.
4. Классификация опухолей. Международная система TNM, G, P.
5. Стадии развития злокачественных опухолей. Пути метастазирования.
6. Клиника опухолей. Симптомы «малых признаков» злокачественных опухолей по Савицкому.
7. Современные методы диагностики злокачественных опухолей. Цитологическая и патогистологическая верификация диагноза.
8. Осложнения злокачественных опухолей.
9. Лечение опухолей. Хирургический метод, лучевая, химио-, гормонотерапия. Понятие о радикальном, паллиативном и симптоматическом лечении. Лимфодиссекция.
10. Профилактика развития опухолей.
11. Диспансерное наблюдение за онкобольными. Клинические группы. Документация.
12. Особенности течения опухолей у детей.

7. Задания для домашней письменной работы

1. Напишите реферат на тему: «Теории возникновения опухолей».
2. Составьте таблицу, в которой укажите отличительные черты доброкачественных и злокачественных опухолей

| Симптомы | Доброкачественная опухоль | Злокачественная опухоль |
|----------|---------------------------|-------------------------|
| | | |

3. Перечислите «малые признаки» злокачественных опухолей по Савицкому.
4. Укажите наиболее оптимальный вариант лечения больного раком легкого

| Результат обследования | Радикальное лечение | Паллиативное лечение | Симптоматическое лечение |
|---|---------------------|----------------------|--------------------------|
| Опухоль небольших размеров, нет отдаленных метастазов | | | |
| Опухоль небольших размеров, нет отдаленных метастазов, выраженная сердечная недостаточность | | | |
| Опухоль небольших размеров, множественные метастазы в печень | | | |
| Опухоль небольших размеров, множественные метастазы в печень, профузное легочное кровотечение | | | |

8. Тестовый контроль знаний по теме: «Опухоли»

1. ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ (ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ):

- 1) Аденокарцинома
- 2) Невринома
- 3) Ангиосаркома
- 4) Меланобластома

2. ОПУХОЛЮ, РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ИЗ ПИГМЕНТНЫХ КЛЕТОК, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Тератома
- 2) Плоскоклеточный рак
- 3) Меланома
- 4) Аденома

3. НАИБОЛЕЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Плоскоклеточный ороговевающий рак
- 2) Липома
- 3) Низкодифференцированная аденокарцинома
- 4) Недифференцированный рак

4. РАБДОМИОСАРКОМА – ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ИЗ:

- 1) Поперечнополосатой мускулатуры
- 2) Гладкой мускулатуры
- 3) Эпидермиса
- 4) Дермы

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

- 1) Рак предстательной железы
- 2) Рак щитовидной железы
- 3) Рак толстой кишки
- 4) Рак лёгкого

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

- 1) Рак щитовидной железы
- 2) Рак матки
- 3) Рак яичника
- 4) Рак молочной железы

7. НИЗКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК ОБОЗНАЧАЕТСЯ:

- 1) G₁
- 2) G₂
- 3) G₃
- 4) C₄

8. ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК ОБОЗНАЧАЕТСЯ:

- 1) G₁
- 2) G₂
- 3) G₃
- 4) C₄

9. НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК ОБОЗНАЧАЕТСЯ:

- 1) G₁
- 2) G₂
- 3) G₃
- 4) C₄

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

- 1) T₁N₁M₀
- 2) T₄N₁M₀

- 3) T₁N₀M₀
- 4) T₁N₁M₁

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

- 1) Нет
- 2) Да
- 3) В зависимости от формы заболевания
- 4) В зависимости от возраста

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

- 1) Гинеколог
- 2) Хирург
- 3) Онколог
- 4) Терапевт

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

- 1) 1 раз в месяц
- 2) 1 раз в квартал
- 3) 1 раз в полгода
- 4) 1 раз в год

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

- 1) 1 раз в месяц
- 2) 1 раз в квартал
- 3) 1 раз в полгода
- 4) 1 раз в год

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

- 1) T₁N₁M₀
- 2) T₄ N₁M₀
- 3) T₁N₀M₀
- 4) T₁N₁M₁

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

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

17. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) Инфильтрирующим ростом
- 2) Отсутствием капсулы
- 3) Всем перечисленным
- 4) Метастазами

18. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ (ВЫБРАТЬ НЕПРАВИЛЬНОЕ):

- 1) Инвазивностью
- 2) Медленным ростом или его отсутствием
- 3) Наличием капсулы
- 4) Пальпаторной чёткостью границ

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

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

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

- 1) P₁
- 2) P₂
- 3) P₃
- 4) P₄

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

- 1) P₁
- 2) P₂
- 3) P₃
- 4) P₄

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

- 1) P₁
- 2) P₂
- 3) P₃
- 4) P₄

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

- 1) P₁
- 2) P₂
- 3) P₃
- 4) P₄

24. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА:

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

25. ОПУХОЛЬ МЕТАСТАЗИРУЕТ:

- 1) По лимфатической системе
- 2) По кровеносной системе
- 3) Всё перечисленное – правильно
- 4) Контактным

26. КОЛЛЕКТОРЫ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ – ЭТО:

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

27. ТЕОРИЯ РАЗВИТИЯ ОПУХОЛЕЙ:

- 1) Зильбера
- 2) Вирхова
- 3) Все перечисленное
- 4) Конгейма

28. РЕЦИДИВ ОПУХОЛИ – ЭТО:

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

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

- 1) Кровотечение
- 2) Утомляемость
- 3) Боль
- 4) Рвота

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

- 1) Операция
- 2) Лучевая терапия
- 3) Наблюдение
- 4) Химиотерапия

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

- 1) Бугристость
- 2) Нечёткость контуров
- 3) Малая подвижность
- 4) Все перечисленное

32. ОРГАН, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖЕННЫЙ МЕТАСТАЗАМИ:

- 1) Почка
- 2) Селезенка
- 3) Печень
- 4) Желудок

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

- 1) Гистологическая верификация диагноза, дооперационное обследование на предмет наличия или отсутствия метастазов и переносимости операции, операция
- 2) Дооперационное обследование на предмет наличия или отсутствия метастазов и переносимости операции, операция
- 3) Операция, ревизия органов брюшной полости на предмет метастазов
- 4) Гистологическая верификация диагноза, операция, ревизия органов брюшной полости на предмет метастазов.

34. У БОЛЬНОГО ПО КЛИНИЧЕСКИМ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ДАННЫМ ДИАГНОСТИРОВАН РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ.

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ИЛИ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ДООПЕРАЦИОННАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА:

- 1) Не обязательна
- 2) Обязательна
- 3) Желательна
- 4) Не имеет решающего значения

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

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

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

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

37. К РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) Хирургический
- 2) Лучевой
- 3) Всё перечисленное
- 4) Химиотерапия

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

- 1) Радикальном
- 2) Паллиативном
- 3) Симптоматическом
- 4) Не нуждается

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

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

40. ФАКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРЕДРАК – ЭТО:

- 1) Предопухоловое заболевание, обязательно со временем переходящее в злокачественное
- 2) Предопухоловое заболевание, необязательно со временем переходящее в злокачественное
- 3) Злокачественное новообразование I стадии
- 4) Доброкачественное новообразование

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

- 1) 1-я
- 2) 2-я

- 3) 3-я
- 4) 4-я

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

- 1) 1-я
- 2) 2-я
- 3) 3-я
- 4) 4-я

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

- 1) 1-я
- 2) 2-я
- 3) 3-я
- 4) 4-я

44. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОТНОСИТСЯ:

- 1) Кровотечение
- 2) Метастазирование
- 3) Рецидив
- 4) Быстрый рост

45. К ПРОФИЛАКТИКЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ОТНОСИТСЯ:

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

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

- 1) Рентгеноскопия желудка
- 2) Компьютерная томография
- 3) Ультразвуковое исследование
- 4) Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

47. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ:

- 1) Радикальным
- 2) Паллиативным
- 3) Симптоматическим
- 4) Все перечисленное

48. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ – ЭТО:

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

49. АБЛАСТИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ (ВЫБРАТЬ НЕПРАВИЛЬНОЕ):

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

50. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ПОНЯТИЮ «ПАЛЛИАТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ» СООТВЕТСТВУЕТ:

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

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

- 1) Данных опроса, осмотра, объективных исследований
- 2) Данных опроса, осмотра, объективных исследований, гистологических результатов
- 3) Макроскопической картины опухолевого поражения
- 4) Рентгенологических, эндоскопических данных и результатов ультразвукового исследования

52. ПОД ДИАГНОЗОМ «РАК» ПОНИМАЮТ:

- 1) Любые злокачественные опухоли
- 2) Эпителиальные злокачественные опухоли
- 3) Соединительнотканые злокачественные опухоли
- 4) Наличие опухолевых метастазов

53. ТЕРМИН «МАЛИГНИЗАЦИЯ» ОЗНАЧАЕТ:

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

54. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

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

55. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ, ИСХОДЯЩИЕ ИЗ:

- 1) Соединительной ткани
- 2) Эпителиальной ткани
- 3) Мышечной ткани
- 4) Костной ткани

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

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

57. К РАДИКАЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ОТНОСЯТ:

- 1) Удаление части органа без путей лимфооттока
- 2) Наложение обходных анастомозов при непроходимости просвета полого органа
- 3) Удаление органа или значительной его части и путей регионарного лимфооттока
- 4) Удаление метастазов без удаления опухоли

58. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К РАДИКАЛЬНОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Наличие отдалённых метастазов
- 2) Наличие оперативных вмешательств ранее
- 3) Вирусный гепатит в анамнезе
- 4) Опухоль больших размеров или рецидив опухоли

59. КОЛИЧЕСТВО КЛИНИЧЕСКИХ ГРУПП ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ:

- 1) Три
- 2) Пять
- 3) Четыре
- 4) Шесть

60. КАКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ДАЁТ НАИБОЛЕЕ ЯСНУЮ КАРТИНУ СТАДИИ ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ?

- 1) Отечественная клиническая 4 стадийная
- 2) Международная классификация по TNMGP
- 3) Классификация клинических групп онкобольных
- 4) Гистологическая классификация вида опухоли

61. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ БУДЕТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЙ, В СЛУЧАЕ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЕГО РАЗВИТИЯ?

- 1) Удаление части органа в пределах здоровых тканей
- 2) Удаление всего органа или значительной его части и путей регионарного лимфооттока
- 3) Операция, направленная на предупреждение или устранение осложнений опухоли
- 4) Электрокоагуляция опухоли

62. МОЖЕТ ЛИ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ БЫТЬ РАДИКАЛЬНОЙ?

- 1) Да, но только в сочетании с хирургическим лечением
- 2) Да
- 3) Нет
- 4) Да, но только в сочетании с гормонотерапией

63. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ:

- 1) Слабостью, тошнотой, потерей аппетита
- 2) Выпадением волос и пигментацией на облученных участках
- 3) Лейкопенией, тромбоцитопенией
- 4) Всем перечисленным

64. В МАЛИГНИЗАЦИИ БОЛЬШУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ:

- 1) Канцерогенные раздражители
- 2) Хроническая активация процессов пролиферации клеток
- 3) Наследственная предрасположенность
- 4) Все перечисленное

65. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАННИМ СИМПТОМОМ РАКА?

- 1) Слабость
- 2) Быстрая утомляемость
- 3) Боль
- 4) Снижение аппетита

66. ЗАВЕРШАЮЩИМ ЭТАПОМ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Врачебный осмотр
- 2) Эндоскопическая диагностика

- 3) Морфологическая диагностика
- 4) Ультразвуковая диагностика

67. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ:

- 1) Пигментация на облучённых участках
- 2) Гиперемия, отёк в облучённой области
- 3) Ощущение зуда в месте облучения
- 4) Всё перечисленное – верно

68. ПРИ ФИБРОГАСТРОСКОПИИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ (ВЫБРАТЬ НЕПРАВИЛЬНОЕ):

- 1) Локализацию опухоли
- 2) Степень стенозирования
- 3) Верно 1 и 2
- 4) Стадию опухолевого процесса

69. КОГДА БОЛЬНОГО, КОТОРОМУ БЫЛА УДАЛЕНА ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, МОЖНО СЧИТАТЬ ИЗЛЕЧЕННЫМ?

- 1) Если опухоль была небольших размеров и удалена полностью
- 2) Если во время операции не было выявлено метастазов
- 3) Если в течение 5 лет после операции не было рецидива опухоли или не возникли метастазы
- 4) Если операция была выполнена с учётом всех онкологических правил

70. КРИТЕРИЙ N ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM ОЗНАЧАЕТ:

- 1) Регионарные лимфатические узлы
- 2) Отдалённые лимфатические узлы
- 3) Верно 1 и 2
- 4) Степень злокачественности опухоли

71. ХИМИОТЕРАПИЯ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ:

- 1) Тошнотой и рвотой
- 2) Слабостью
- 3) Верно - 1 и 2
- 4) Повышенным аппетитом

72. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПРИОСТАНОВКИ КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Возникновение лейкопении
- 2) Возникновение анемии
- 3) Ускорение СОЭ
- 4) Повышение уровня сахара в крови

73. СОВРЕМЕННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ, КАК ПРАВИЛО, НАЗНАЧАЕТСЯ:

- 1) Одним препаратом – один курс
- 2) Двумя – тремя препаратами – один курс
- 3) Двумя – тремя препаратами – несколько курсов
- 4) Верно 1 и 2

74. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ К ХИМИОТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ:

- 1) Высокодифференцированная
- 2) Умеренно дифференцированная
- 3) Низкодифференцированная
- 4) 1,2,3 не имеют значения

75. У БОЛЬНОЙ – РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОТДАЛЁННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- 1) Лучевая терапия
- 2) Хирургическое лечение
- 3) Химиотерапия
- 4) Верно – 1 и 2

76. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ, ЗАКОНЧИВШЕЙСЯ ДРЕНИРОВАНИЕМ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ТРУБКОЙ ЧЕРЕЗ ОТДЕЛЬНЫЙ РАЗРЕЗ, В ОБЛАСТИ РУБЦА ПОСЛЕ ДРЕНАЖА ЧЕРЕЗ ПОЛГОДА ДИАГНОСТИРОВАН МЕТАСТАЗ. ОПРЕДЕЛИТЕ ПУТЬ ЕГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ.

- 1) Лимфогенный
- 2) Гематогенный
- 3) Контактный
- 4) Рецидив опухоли

9. Эталоны ответов по теме: «Опухоли»

| | | | |
|--------|--------|--------|--------|
| 1 – 2 | 21 – 3 | 41 – 2 | 61 – 2 |
| 2 – 3 | 22 – 4 | 42 – 4 | 62 – 2 |
| 3 – 4 | 23 – 1 | 43 – 3 | 63 – 4 |
| 4 – 1 | 24 – 2 | 44 – 1 | 64 – 4 |
| 5 – 4 | 25 – 3 | 45 – 4 | 65 – 3 |
| 6 – 4 | 26 – 2 | 46 – 2 | 66 – 3 |
| 7 – 2 | 27 – 3 | 47 – 4 | 67 – 4 |
| 8 – 1 | 28 – 1 | 48 – 4 | 68 – 4 |
| 9 – 3 | 29 – 2 | 49 – 4 | 69 – 3 |
| 10 – 1 | 30 – 1 | 50 – 3 | 70 – 1 |
| 11 – 2 | 31 – 4 | 51 – 2 | 71 – 3 |
| 12 – 3 | 32 – 3 | 52 – 2 | 72 – 1 |
| 13 – 2 | 33 – 1 | 53 – 3 | 73 – 3 |
| 14 – 3 | 34 – 2 | 54 – 3 | 74 – 3 |
| 15 – 3 | 35 – 4 | 55 – 2 | 75 – 3 |
| 16 – 3 | 36 – 3 | 56 – 3 | 76 – 3 |
| 17 – 3 | 37 – 3 | 57 – 3 | |
| 18 – 1 | 38 – 3 | 58 – 1 | |
| 19 – 3 | 39 – 4 | 59 – 3 | |
| 20 – 2 | 40 – 2 | 60 – 2 | |

10. Литература по теме: «Опухоли».

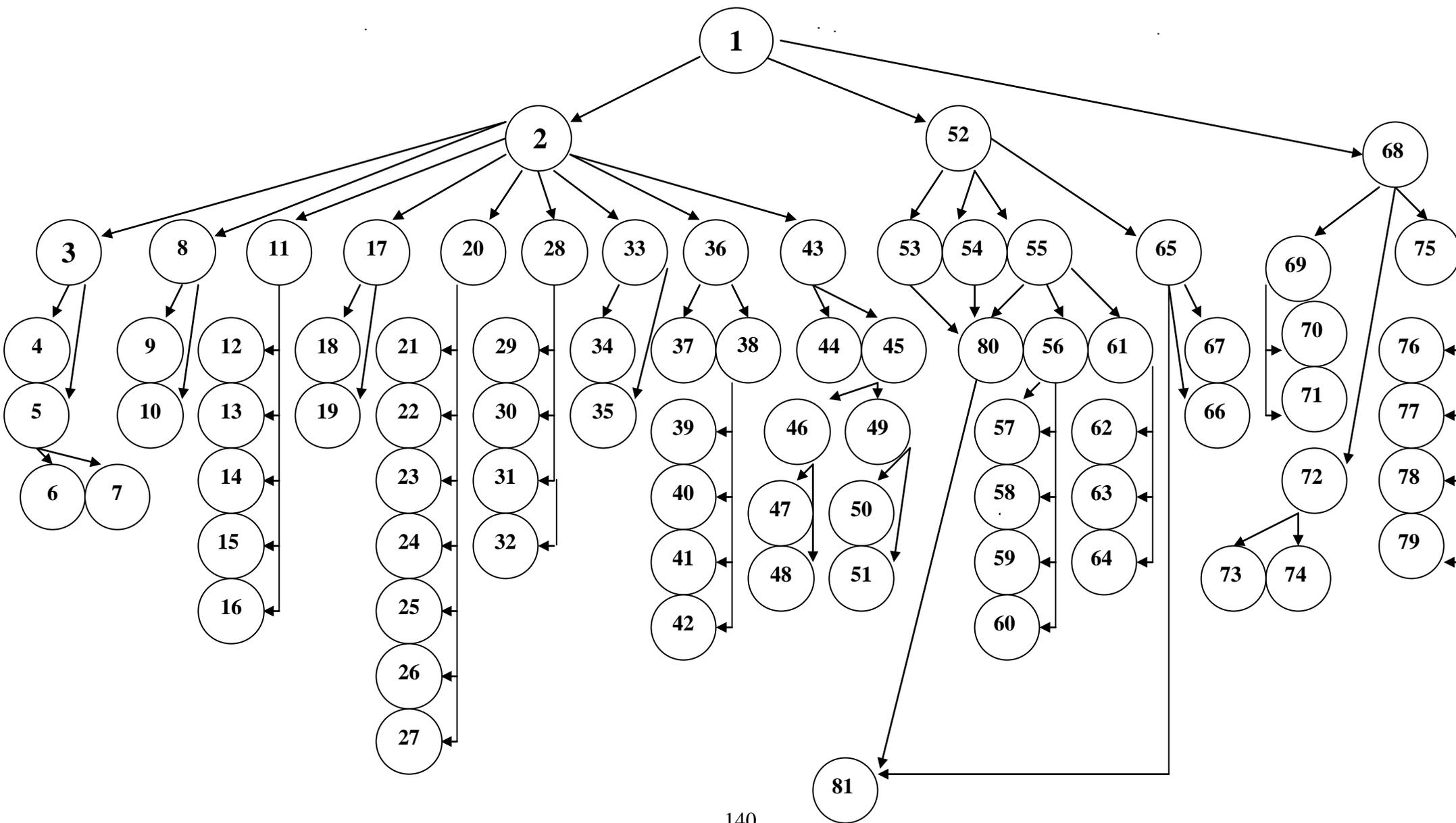
Основная:

1. Гостищев В.К. Общая хирургия, 2004
2. Петров С.В. Общая хирургия, 2004
3. Стручков В.И. Стручков Ю.В. Общая хирургия, 1988

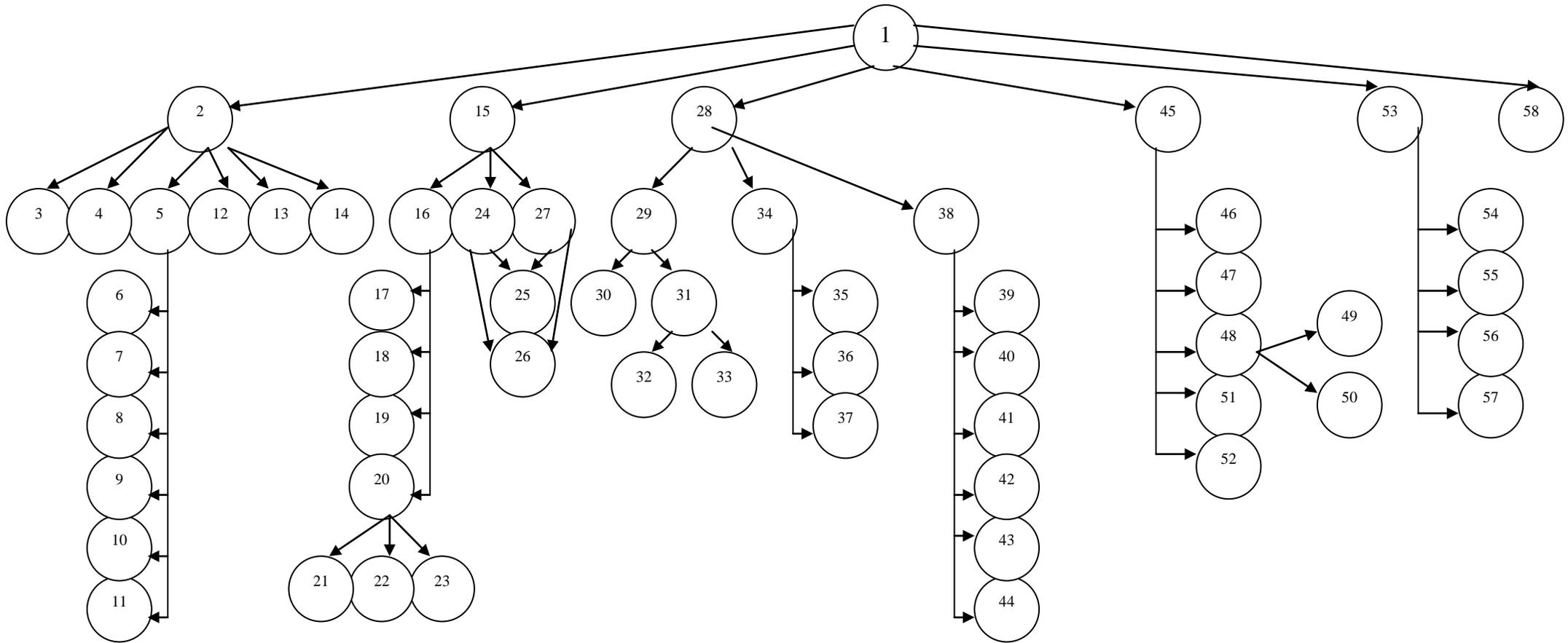
Дополнительная:

1. Черноусов А.Ф., Рак желудка, 2003.-М., «Медицина»
2. Черноусов А.Ф., Хирургия пищевода, 2004, М., «Медицина»

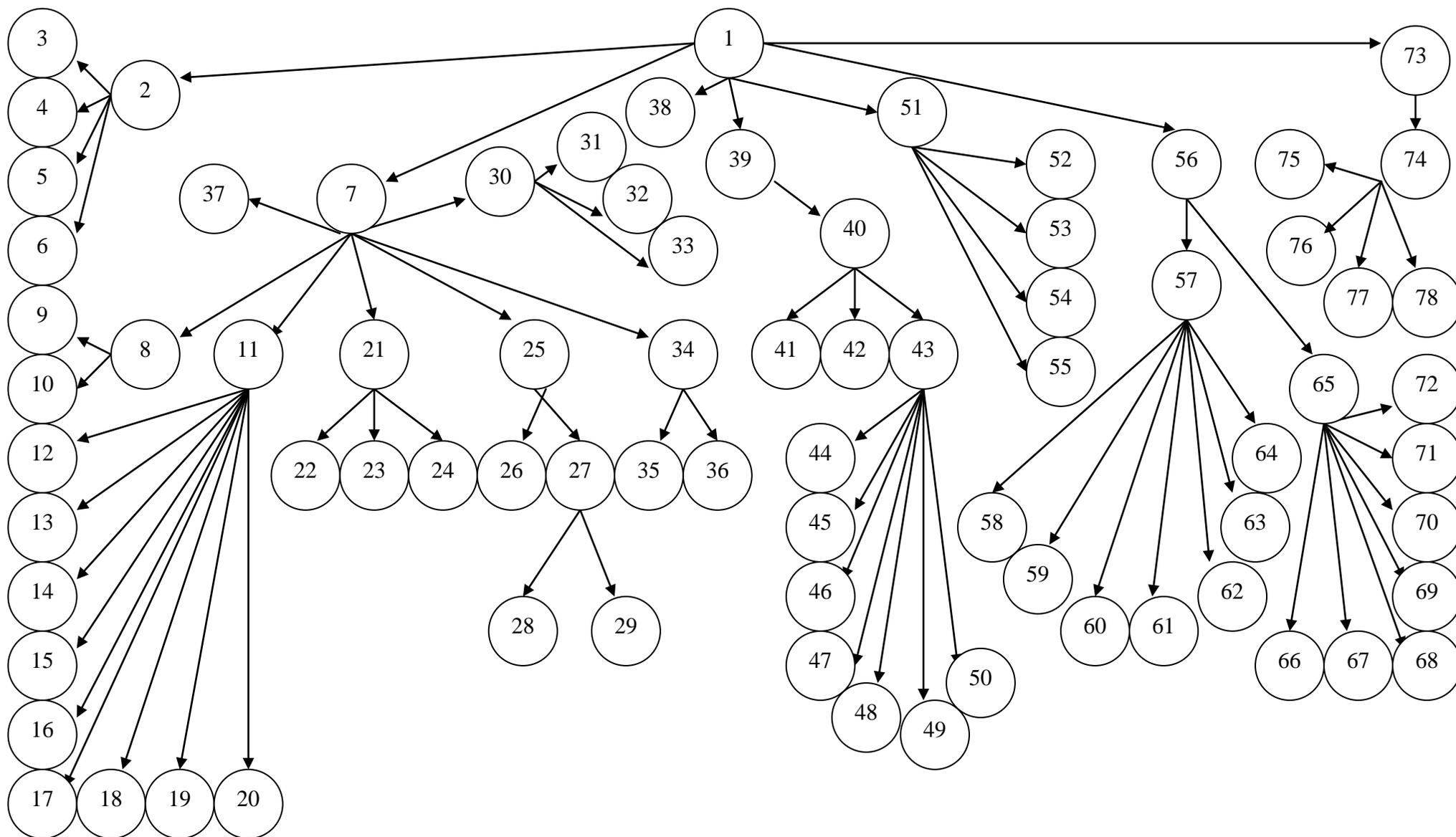
Граф логической структуры практического занятия по теме: «Клиника и диагностика переломов длинных трубчатых костей».
(приложение №1)



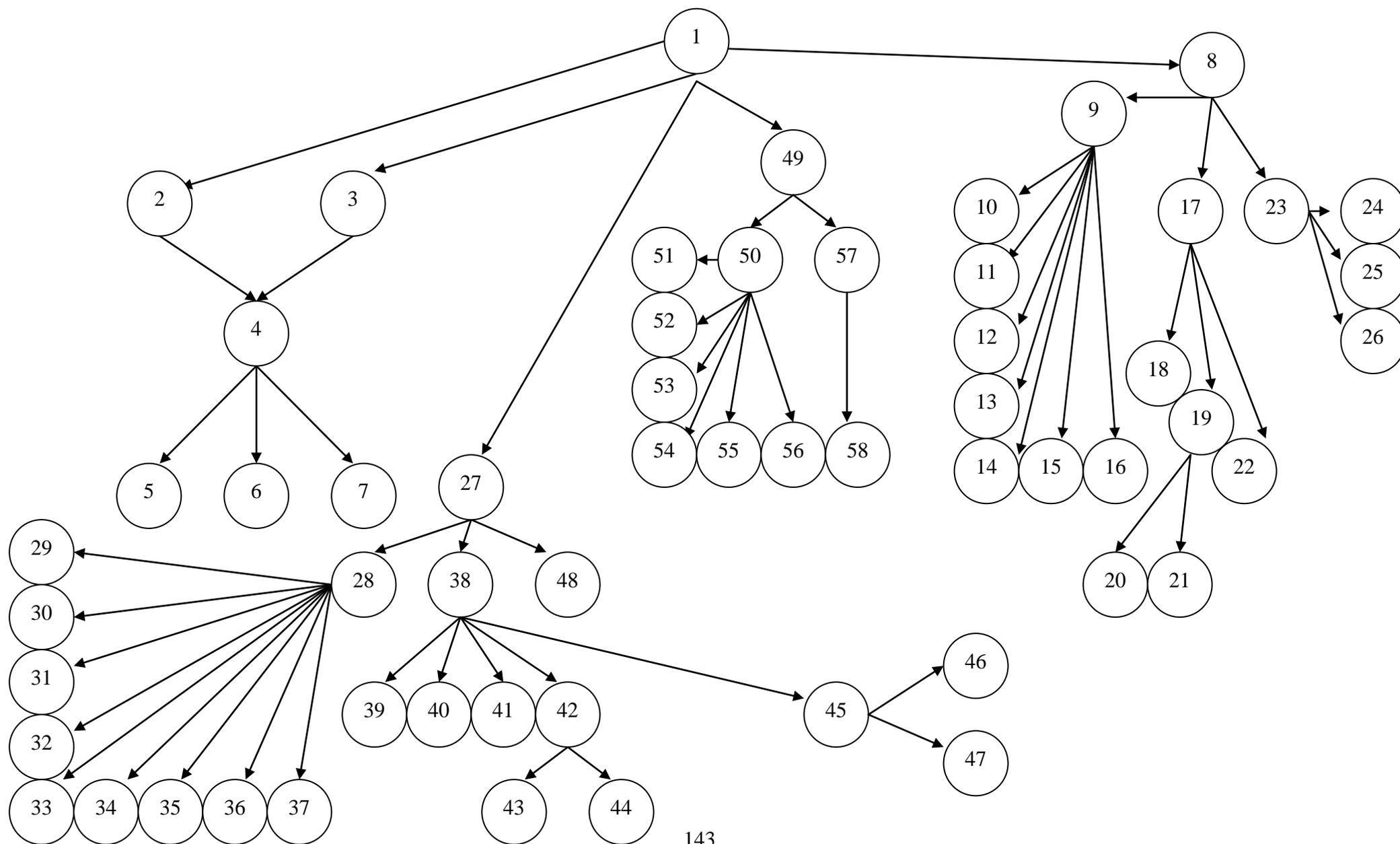
Граф логической структуры практического занятия по теме: «Лечение переломов длинных трубчатых костей» (приложение №2)



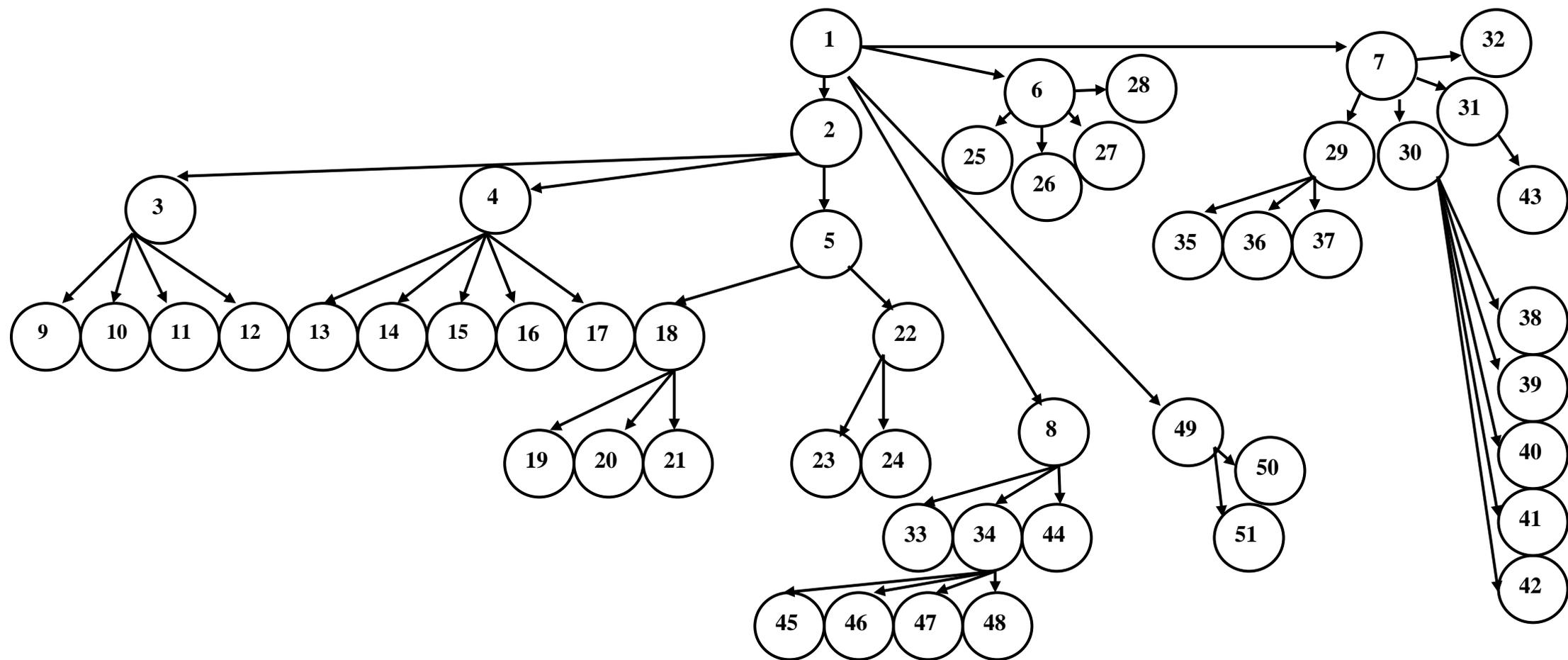
Граф логической структуры практического занятия по теме: «Асептические и свежеинфицированные раны» (приложение №3)



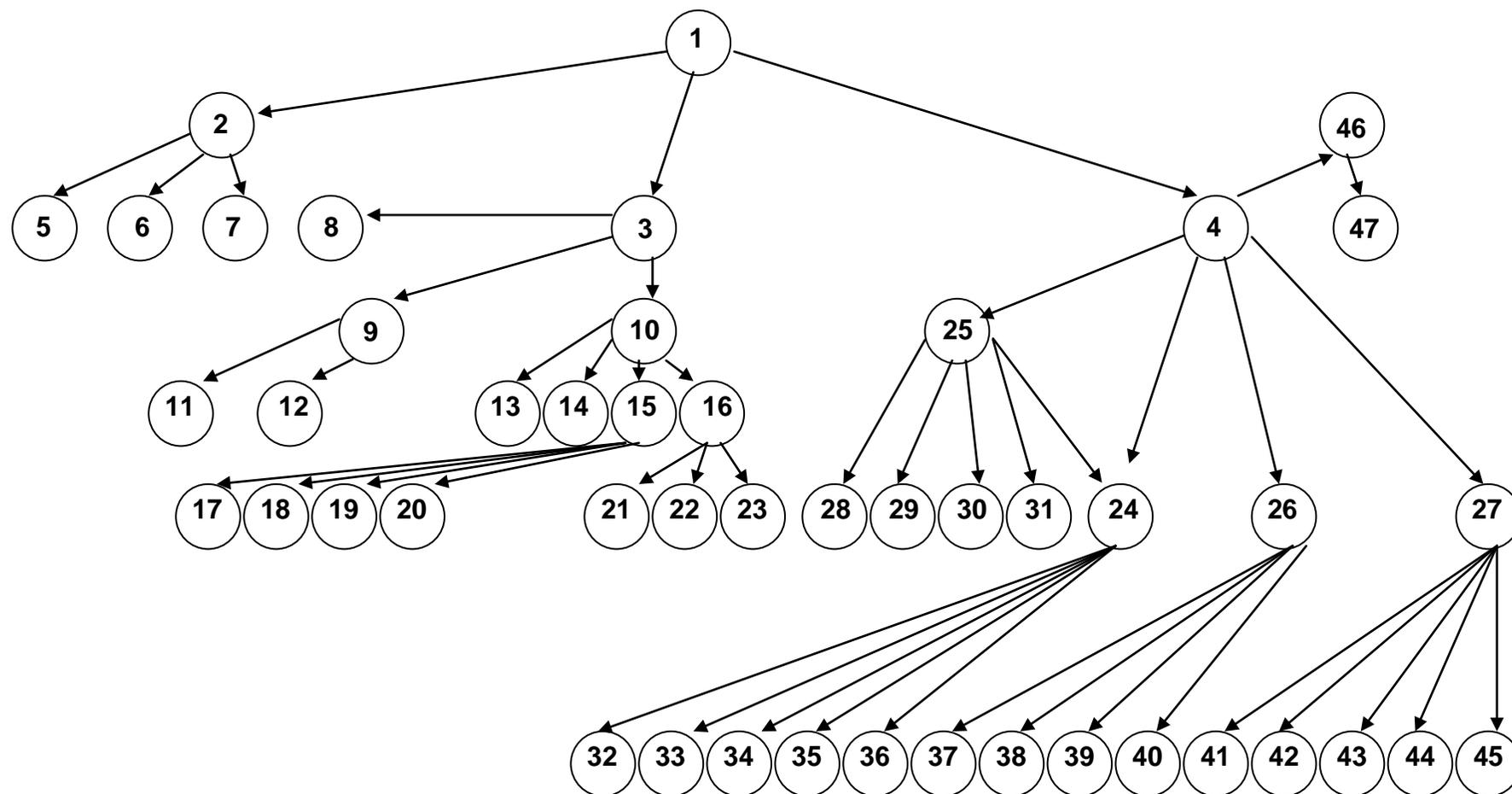
Граф логической структуры практического занятия по теме: «Гнойные раны» (приложение №4)



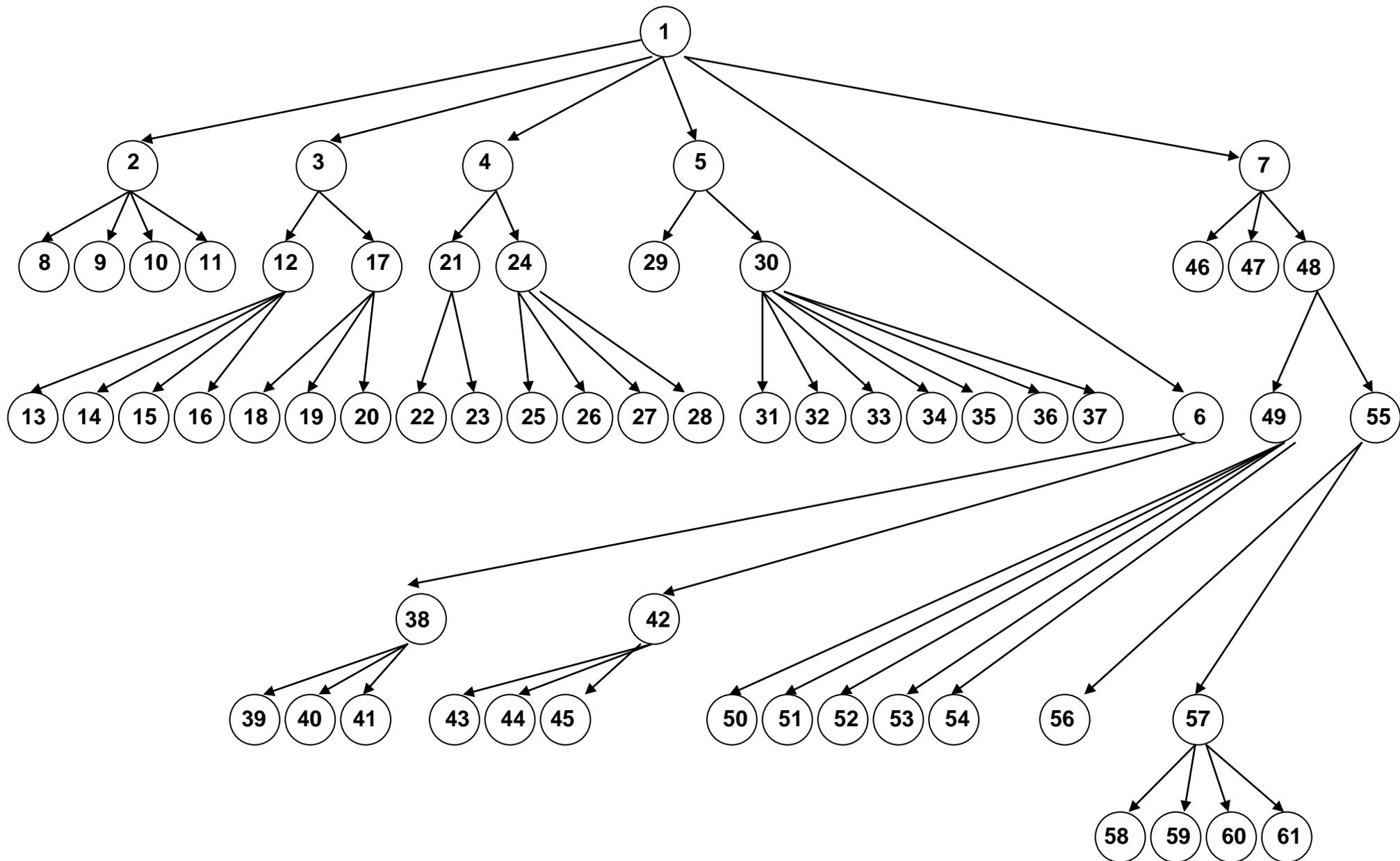
Граф логической структуры практического занятия по теме: «Этиология, патогенез и клиника термических ожогов» (приложение №5)



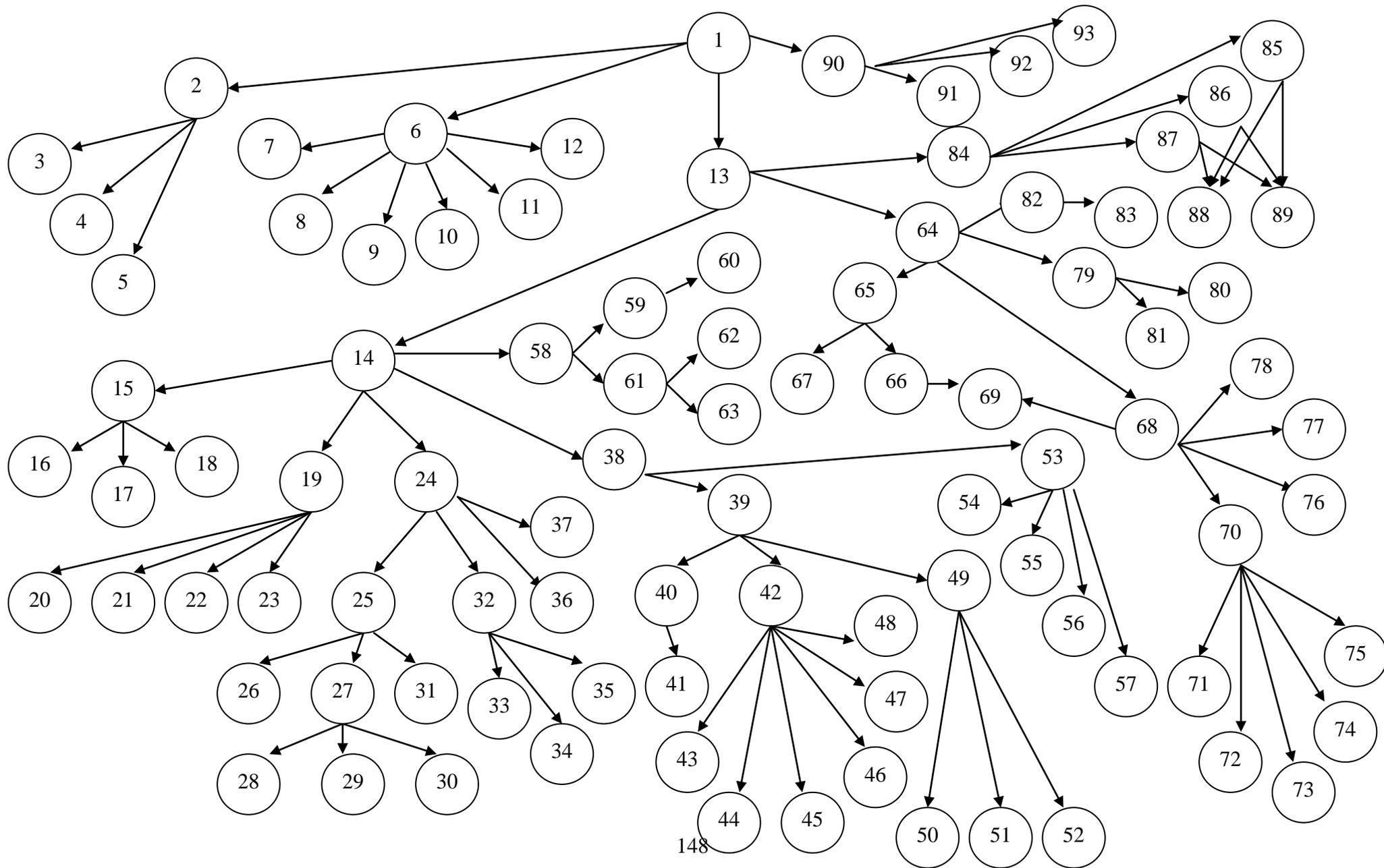
Граф логической структуры практического занятия по теме: «Лечение термических ожогов» (приложение №6)



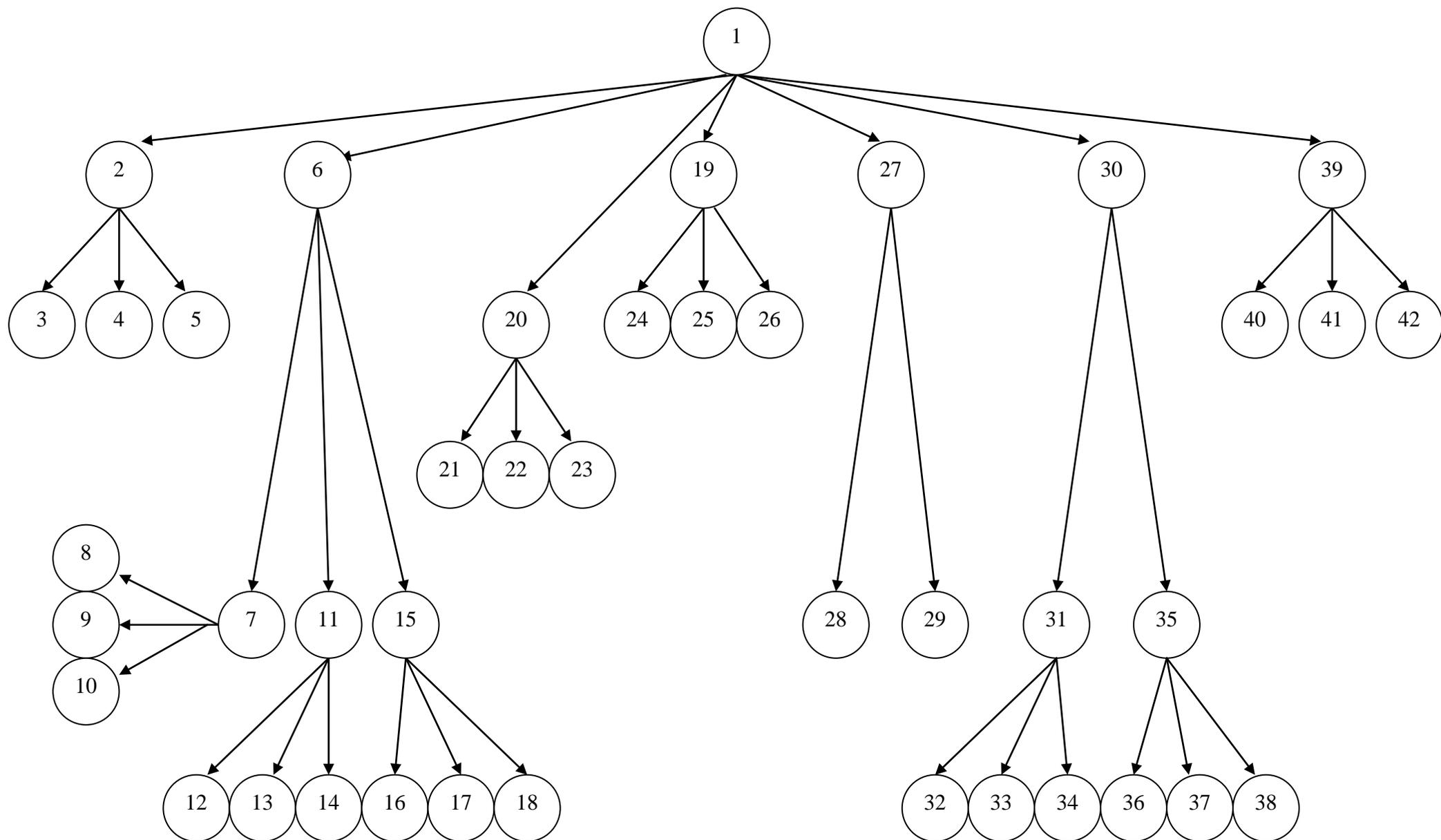
Граф логической структуры практического занятия по теме: «Отморожения» (приложение №7)



Граф логической структуры практического занятия по теме: «Гематогенный остеомиелит» (приложение №9)



Граф логической структуры практического занятия по теме: «Костно-суставной туберкулёз» (приложение №10)



Графологическая структура практического занятия по теме:
«Опухоли» (приложение №11)

