

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Общей хирургии

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЕМ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины	Общая хирургия
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025
Тема 26	Хроническая специфическая хирургическая инфекция

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Общая хирургия»

Разработаны
профессором кафедры
профессором кафедры
доцентом кафедры
доцентом кафедры
ассистентом кафедры

Лаврешиным П.М.
Муравьевым А.В.
Гобеджишвили В.К.
Владимировой О.В.
Шамировым С.В.

Обсуждена на заседании кафедры «общей хирургии»
Зав. кафедрой

Лаврешин П.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело 2023 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Никулина Г.П.

Методические указания по дисциплине «Общая хирургия» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

1. Цель Ознакомить студентов с этиопатогенезом, клиникой, диагностикой и принципами лечения хронической хирургической специфической инфекции. Научить студентов обследовать больных с данной патологией, проводить дифференциальную диагностику, выбирать адекватное лечение. Закрепить знания, полученные на анатомии, фармакологии и микробиологии

Учебные вопросы занятия:

- 2. Учебные**
1. Понятие о хронической хирургической специфической инфекции.
 2. Классификация.
 3. Туберкулез.
 4. Актиномикоз.
 5. Кандидомикоз.
 6. Особенности лечебной тактики в амбулаторных условиях.

3. Теоретическая часть

Аннотация

1. Хроническая специфическая хирургическая инфекция вызывается специфическими возбудителями, отличается от острой СХИ вялым, длительным течением. К ХСХИ относятся: хирургический туберкулез, актиномикоз, костно-суставной сифилис, лепра.
2. Хроническая неспецифическая инфекция, как исход острой неспецифической инфекции;
3. Хроническая специфическая инфекция (туберкулез, сифилис, актиномикоз и др.)

Туберкулёз (от лат. *tuberculum* — «бугорок») — широко распространённое в мире инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое различными видами микобактерий из группы *Mycobacterium tuberculosis complex* (*M. tuberculosis* и другими близкородственными видами) или иначе палочками Коха^{[1][2]}. Туберкулёз обычно поражает лёгкие, реже затрагивая другие органы и системы. *Mycobacterium tuberculosis* передаётся воздушно-капельным путём при разговоре, кашле и чихании больного^[3]. Чаще всего после инфицирования микобактериями заболевание протекает в бессимптомной, скрытой форме (тубинфицированность), но примерно один из десяти случаев скрытой инфекции, в конце концов, переходит в активную форму^[4].

Классические симптомы туберкулёза лёгких — длительный кашель с мокротой, иногда с кровохарканьем, появляющимся на более поздних стадиях, длительная субфебрильная температура, лихорадка, слабость, ночная потливость, пониженный аппетит и, как следствие, значительное похудение.

Различают открытую и закрытую формы туберкулёза. При открытой форме в мокроте или в других естественных выделениях больного — моче, свищевом отделяемом, кале (как правило, при туберкулёзе пищеварительного тракта, редко при туберкулёзе лёгочной ткани) обнаруживаются микобактерии туберкулёза. Открытой формой считаются также те виды туберкулёза органов дыхания, при которых, даже в отсутствие бактериовыделения, имеются явные признаки сообщения очага поражения с внешней средой: каверна (распад) в лёгком, туберкулёз бронха (особенно язвенная форма), бронхиальный или торакальный свищ, туберкулёз верхних дыхательных путей. Если больной не соблюдает гигиенических мер предосторожности, он может стать заразным для окружающих. При закрытой форме туберкулёза микобактерии в мокроте доступными методами не обнаруживаются, больные с такой формой эпидемиологически не опасны или малоопасны для окружающих.

Диагностика туберкулёза основана на [флюорографии](#), [рентгенографии](#) и [компьютерной томографии](#) поражённых органов и систем, микробиологическом исследовании различного биологического материала, кожной [туберкулиновой пробе](#) (реакции Манту), а также методе молекулярно-генетического анализа ([полимеразная цепная реакция](#)) и др. Лечение сложное и длительное, требующее приёма препаратов в течение минимум шести месяцев. Лиц, контактировавших с больным, обследуют рентгенологически или с помощью реакции Манту, с возможностью назначения профилактического лечения [противотуберкулёзными препаратами](#).

Профилактика

Основной профилактикой туберкулёза на сегодняшний день является вакцина [БЦЖ \(BCG\)](#). Она защищает от самой опасной формы туберкулёза — туберкулёзного [менингита](#)^[48], но при наличии противопоказаний в некоторых случаях сама может способствовать развитию костно-суставного туберкулёза^[49], а у ВИЧ-инфицированных и больных СПИД — и других видов туберкулёза^[50]. В соответствии с «[Национальным календарём профилактических прививок](#)» прививку делают в роддоме при отсутствии противопоказаний в первые 3—7 дней жизни ребёнка. В 7 и 14 лет при отрицательной [реакции Манту](#) и отсутствии противопоказаний проводят ревакцинацию.

С целью выявления туберкулёза на ранних стадиях всем взрослым необходимо проходить [флюорографическое](#) обследование в поликлинике не реже 1 раза в год (в зависимости от профессии, состояния здоровья и принадлежности к различным «группам риска»). Также при резком изменении реакции Манту по сравнению с предыдущей (т. н. «вираже»), [фтизиатром](#) может быть предложено провести профилактическую химиотерапию несколькими препаратами, как правило, в комплексе с [гепатопротекторами](#) и [витаминами группы В](#)^[51]. У некоторых взрослых и примерно у 10 % детей, не прошедших курс профилактического лечения в период виража, развивается состояние, именуемое туберкулёзной [интоксикацией](#).

Актиномикоз ([новолат. *actinomycosis*](#); от [др.-греч. ἀκτίς](#) — *луч* и [μύκης](#) — *гриб*; син. болезнь лучистогрибковая) — хроническое инфекционное заболевание животных и человека из группы [микозов](#), характеризующееся образованием гранулематозных очагов — [актиномиком](#), в различных тканях и органах. Актиномикоз животных распространён во всех странах мира^[1].

Заболевание встречается во всем мире, как правило, sporadически. Чаще заболевают мужчины, преимущественно жители городов.

Инкубационный период составляет 2-3 недели, но может быть продолжительностью и несколько месяцев. Актиномикоз может протекать остро или перейти в хроническую форму с периодическими обострениями. При каждой форме характерно развитие плотного малоблезненного отёка, который в дальнейшем размягчается и образует свищ. Подкожно-подмышечная форма может сопровождаться повышением температуры тела до 38 °С, головной болью, общим недомоганием. Поражение бронхов протекает по типу гнойного бронхита, поражение лёгких — как пневмония; возможно возникновение абсцесса легкого. Абдоминальная форма чаще проявляется образованием очага поражения в кишечнике и сопровождается болями, повышением температуры тела, нарушениями функций пищеварительного тракта, признаками раздражения брюшины. Возможно поражение других органов и тканей: полости носа и носоглотки, щитовидной железы, почек и др. Иногда наблюдается распространение возбудителя с кровью, в результате чего развивается генерализованный актиномикоз, клиническая картина которого напоминает сепсис. В этом случае заболевание нередко (80%^[источник не указан 2342 дня]) заканчивается смертью больного.

Профилактические мероприятия: своевременное лечение очагов инфекции, общее повышение резистентности организма. Меры иммунопрофилактики не разработаны

Лечение.

Необходим длительный курс антимикробной терапии и высокие дозы препаратов. Лечение подбирают индивидуально, однако в тяжёлых случаях рекомендуется бензилпенициллин, 18-24 млн ед/сут в/в на протяжении 2-6 нед, с последующим приёмом внутрь феноксиметилпенициллина или амоксициллина в течение 6-12 мес. В более лёгких случаях, в частности при шейно-челюстно-лицевом актиномикозе, достаточно менее интенсивного лечения. Если антимикробную терапию продолжают некоторое время после исчезновения симптоматики, риск рецидива (одной из характерных черт этой инфекции) удаётся свести к минимуму. При аллергии к пенициллинам обычно используют тетрациклин, эритромицин, миноциклин или клиндамицин; иногда годятся цефалоспорины первого поколения. Из новых антимикробных средств, по-видимому, эффективны имипенем/циластатин и цефтриаксон. Метронидазол и аминогликозиды не используют.

Кандидомикоз - заболевание, вызванное дрожже-подобными грибами рода *Candida*. Другими словами, Кандидомикоз это **микоз**, вызванный грибами рода *Candida*. Инфекция поражает кожу и слизистые оболочки и обычно начинается в желудочно-кишечном тракте. Распространяется болезнь через кровь и таким образом поражает другие органы, проявляется разнообразными клиническими формами.

Для **лечения кандидомикоза** врачи назначают нистатин, который нужно принимать длительно, наружно назначают раствор Кастеллани, 10-20%-ный А раствор буры в глицерине, могут посоветовать левориновую мазь. Одновременно предлагают принимать общеукрепляющие средства, поливитамины, особенно витамины группы В.

В последние годы при лечении различных кожных болезней, в том числе и кандидозов, используют "Сангвиритрин". Препарат выделен из травы маклеи, активен в отношении золотистого стафилококка, дрожжеподобных грибов рода *Candida albicans*, "Сангвиритрин" применяют наружно в виде растворов. Из средств стимулирующей терапии назначают "Биосед" по 1 мл под кожу или внутримышечно ежедневно в течение 20-30 дней, экстракт алоэ, настойки женьшеня, элеутерококка, заманихи. Применяют "Сапарал" по 0,05 г утром и 0,05 г днем в течение 1-2 месяцев.

В качестве вспомогательной терапии назначают сбор из ягод можжевельника обыкновенного, травы тысячелистника обыкновенного, листьев шалфея лекарственного, эвкалипта прутовидного, цветков ромашки аптечной, календулы лекарственной, почек березы повислой и тополя черного. Для приготовления настоя одну-две столовые ложки сбора заливают стаканом кипятка, нагревают на водяной бане в течение 5-10 минут, настаивают 45 минут и принимают по одной трети стакана три раза в день после еды. Настой можно использовать для полоскания рта. Пораженные участки кожи и слизистой оболочки смазывают хлорофиллиптом, розанолом, настойкой календулы, настойкой березовых почек и тополя, приготовленных в домашних условиях или в аптеке (в соотношении 1:10).

В качестве специфических противогрибковых и противопаразитарных средств травники назначают валериану, полынь горькую, полынь обыкновенную (чернобыльник) и подмаренник настоящий.

Валериану лучше всего принимать перед сном: это растение является адаптогеном, но вечернего действия. Особенно нежелательно в дневное время принимать валериану водителям из-за затормаживающего действия этого растения. На ночь хорошо принять чайную ложку настойки валерианы, а днем можно взять 10-20 капель. Особенно полезно это лекарство легковозбудимым людям. Можно приготовить отвар валерианы. Чайную ложку корней валерианы залейте стаканом воды, доведите до кипения и кипятите 20-30

минут, после чего сразу процедите. Днем выпейте 1/3 стакана полученного отвара, а на ночь - 2/3.

Амбулаторная хирургическая служба — система форм собственности и управления здравоохранением, предназначенная: • для оказания лечебно-диагностической помощи пациентам хирургического профиля; • для осуществления первичной и вторичной профилактики хирургических заболеваний населения по месту жительства без использования или с кратковременным использованием госпитальной койки

Задание 1

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больному К., 30 лет, 5 дней назад в поликлинике был вскрыт подкожный панариций III фаланги II пальца правой кисти одним линейным разрезом по боковой поверхности этой фаланги. Боли в пальце продолжали беспокоить больного. Появилось булавовидное утолщение III фаланги этого пальца и гиперемизированная болезненная плотная полоса кожи на волярной поверхности правого предплечья по всей его длине. Температура в последние сутки повысилась до 38,6° С. Последнюю ночь больной не спал.

Какие осложнения возникли у больного? Какова причина осложнений? Составьте план лечения.

Задача 2.

У больного за 5 дней до поступления в стационар появилась припухлость на задней поверхности шеи, которая увеличивалась и вызывала боль. В центре конусовидного образования имеются несколько перфоративных отверстий с выделением небольшого количества гноя.

Каковы диагноз и Ваша тактика?

Задача 3.

В клинику поступил больной 54 лет с наличием воспалительного инфильтрата в поясничной области, размерами 5х5 см. Отмечается напряжение тканей, резкая болезненность при пальпации, распирающая самостоятельная боль. Кожа имеет багровый оттенок. В истонченном эпидермисе над очагом некроза имеется несколько мелких отверстий, из которых выделяется небольшое количество густого зеленовато-серого гноя. Температура повышена до 39° С.

Какое это заболевание? Какие исследования нужно провести для уточнения диагноза и сопутствующих заболеваний? Изложите подробный план лечения. Какие возможные осложнения? Какие примените антибиотики? В каких дозах?

Задание 2

ТЕСТЫ:

71. Укажите основные принципы лечения столбняка:

1. Введение противосудорожных средств.*
2. Изоляция больного с исключением внешних раздражителей.*
3. Специфическая терапия (противостолбнячная сыворотка, противостолбнячный гамма-глобулин, столбнячный анатоксин).*
4. Антибактериальная терапия.* 6. Оксигенобаротерапия.*
7. Дезинтоксикационная терапия.* 8. Санация входных ворот.*
9. Гемотрансфузия. 10. Ампутация конечности.

72. Какие препараты используются для экстренной специфической профилактики столбняка:

1. Столбнячный анатоксин.*
2. Адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин.
3. Адсорбированный коклюшно-дифтерийно-столбнячный анатоксин.
4. Противостолбнячная сыворотка.*
5. Противостолбнячный человеческий иммуноглобулин.*

73. Укажите возбудителя дифтерии ран

А. Стафилококки. Б. Палочка Кока. В. Неклостридиальные анаэробы. Г. Палочка Леффлера.* Д. Кишечная палочка.

74. Споры сибиреязвенной палочки сохраняют жизнеспособность в 5% карболовом растворе в течение

А. 40 суток. * Б. 50 суток. В. 60 суток. Г. 68 суток.
Д. 75 суток.

75. Экстренная профилактика столбняка включает

- А. 1,0 противостолбнячного анатоксина в/м.
- Б. 5,0 противостолбнячного анатоксина в/в.
- В. 1,0 противостолбнячного анатоксина, 3000 МЕ противостолбнячной сыворотки в/м.*
- Г. 5,0 противостолбнячного анатоксина, 3000 МЕ противостолбнячной сыворотки в/в.

76. Укажите возбудителя сибирской язвы

А. *Bacteroides fragilis*. Б. *Bacteroides melaninogenicus*.
В. *Cl. Tetani*. Г. *Cl. Perfringens*. Д. *Bacillus Anthracis*.*

77. Укажите показания к экстренной специфической профилактике столбняка:

1. Роды на дому.* 2. Операции, связанные со вскрытием толстой кишки.* 3. Открытые переломы и вывихи.* 4. Пролежни, некрозы, гангрены, трофические язвы.* 5. Множественные закрытые переломы.

78. Укажите лечебную курсовую дозу противостолбнячной сыворотки

А. 100000-150000 АЕ. Б. 200000-350000 АЕ.* В. 400000-600000 АЕ.

79. Укажите лечебную курсовую дозу противостолбнячного гамма-глобулина

А. 20000-50000 АЕ.* Б. 100000-200000 АЕ. В. 300000-500000 АЕ.

80. При лечении столбняка столбнячный анатоксин вводят:

- А. По 0,5 мл 3-ды с интервалом 5 дней.*
- Б. По 1 мл 2-ды с интервалом в месяц.

81. Укажите осложнения столбняка:

1. Пневмония.* 2. Сепсис. 3. Разрывы мышц.* 4. Переломы костей.* 5. Инфаркт миокарда. 6. Инсульт.

82. Укажите причины летальных исходов при столбняке:

1. Асфиксия.* 2. Пневмония.* 3. Острая сердечная недостаточность.* 4. Истощение.* 5. Переломы ребер.
83. Летальность при столбняке достигает:
А. 10%. Б. 25-50%.* В. 80-90%. Г. 100%.
84. Укажите виды профилактики столбняка:
1. Специфическая.* 2. Неспецифическая.* 3. Сочетанная. 4. Комплексная. 5. Экстренная.*
6. Плановая.* 7. Активная.*
8. Пассивная.*
86. Неспецифическая профилактика столбняка заключается в
А. Массивной антибактериальной терапии. Б. Гипербарической оксигенации. В. Первичной хирургической обработке раны с широким рассечением и дренированием.* Г. Наложении швов на рану. Д. Гемосорбции.
87. Плановая специфическая профилактика столбняка заключается в
А. Введении 0,5 мл столбнячного анатоксина дважды с интервалом в 1 месяц с ревакцинацией через год, последующими ревакцинациями через 5 лет.*
Б. Введении 1 мл столбнячного анатоксина трижды с интервалом в 10 дней с ежегодными ревакцинациями.
В. Введении 0,5 мл противостолбнячного гамма-глобулина с ежегодной ревакцинацией.
88. Укажите показания для экстренной специфической профилактики столбняка:
1. Ожоги и отморожения I степени. 2 Ожоги и отморожения II-IV степени.* 3. Операции на мышцах. 4. Операции на толстой кишке.* 5. Закрытые переломы костей. 6. Открытые переломы костей.* 7. Роды на дому, криминальные аборты.* 8. Случайные раны.* 9. Пролежни, некрозы, гангрены, трофические язвы.*
89. Экстренная специфическая профилактика столбняка у ранее привитых заключается в
А. Однократном введении 0,5 мл столбнячного анатоксина.*
Б. Однократном введении 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки.
В. Однократном введении 500 АЕ противостолбнячного гамма-глобулина.
Г. Введении 1 мл столбнячного анатоксина и 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки или 450-600 АЕ противостолбнячного гамма-глобулина с последующей ревакцинацией 0,5 мл столбнячного анатоксина через 1 месяц и через 1 год.
90. К ранним симптомам столбняка относят все, кроме
А. Болей в области раны. Б. Подергивания мышц в области раны.
В. Обильного потоотделения. Г. Болей в спине.
Д. Положительного симптома "лигатуры".*
91. Кожную форму сибирской язвы необходимо дифференцировать с:
1. Фурункулом.* 2. Карбункулом.* 3. Гидраденитом.
4. Абсцессом. 5. Флегмоной.
92. Наиболее типичным морфологическим субстратом кожной формы сибирской язвы в разгаре заболевания является
А. Воспаление волосяного фолликула. Б. Гиперкератоз.
В. Узелок. Г. Вскрывшаяся пустула с черным струпом на дне. *
Д. Воспаление сальной железы.
93. В основу лечения кожной формы сибирской язвы положены:
1. Покой.* 2. Мазевая повязка.* 3. Антибиотикотерапия.*
4. Внутривенное введение специфической сыворотки.* 5. Хирургическое лечение.
94. Сибирезвездная палочка образует споры, которые выдерживают действие сухого жара до
А. 160 гр. С в течение 5 часов. Б. 160 гр. С в течение 8 часов.
В. 170 гр. С в течение 1,5 часов. Г. 190 гр. С в течение 2-х часов
Д. 140 гр. С в течение 3-х часов. *
95. Экстренная специфическая профилактика столбняка у непривитых заключается в
А. Однократном введении 0,5 мл столбнячного анатоксина.

- Б. Однократном введении 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки.
В. Однократном введении 500 АЕ противостолбнячного гамма-глобулина.
Г. Введении 1 мл столбнячного анатоксина и 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки или 450-600 АЕ противостолбнячного гамма-глобулина с последующей ревакцинацией 0,5 мл столбнячного анатоксина через 1 месяц и через 1 год.*
96. Внутривенная проба на чувствительность организма к чужеродному белку производится перед введением
А. Столбнячного анатоксина. Б. Противостолбнячной сыворотки.*
97. Можно ли для профилактики столбняка смешивать и вводить из одного шприца столбнячный ана-токсин и противостолбнячную сыворотку
А. Да Б. Нет.*
98. Можно ли противостолбнячную сыворотку и столбнячный анатоксин вводить в одно и то же место А. Да. Б. Нет.*
99. Какие препараты используются для экстренной специфической профилактики столбняка:
1. Столбнячный анатоксин.* 2. Адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин. 3. Адсорбированный коклюшно-дифтерийно-столбнячный анатоксин. 4. Противостолбнячная сыворотка.* 5. Противостолбнячный гамма-глобулин.*
100. Заражение при столбняке происходит
А. Через желудочно-кишечный тракт. Б. Через дыхательные пути (ингаляционно). В. Контактным путем. Г. Через поврежденную кожу или слизистые оболочки. * Д. Только при тупой травме живота.
101. Споры столбнячной палочки при кипячении погибают через
А. 4 минуты. Б. 5-10 минут. В. 11-15 минут. Г. 16-20 минут.
Д. 30-60 минут. *
102. В 5% растворе карболовой кислоты жизнедеятельность спор столбнячной палочки может продолжаться
А. 8-10 часов. * Б. Сутки. В. 2-3-е суток. Г. 4 суток.
Д. 5 и более суток.
103. Укажите токсины, выделяемые палочкой столбняка:
1. Энтеротоксин. 2. Цитоагглютинин. 3. Тетаногемолизин.*
4. Фибринолизин. 5. Тетаноспазмин.*
104. В зависимости от распространенности патологического процесса различают столбняк:
1. Генерализованный. 2. Общий.* 3. Тотальный.
4. Местный (ограниченный).* 5. Диффузный.
105. В многопрофильном лечебном учреждении лечение больного столбняком следует проводить в отделении
А. Нейрохирургическом. Б. Терапевтическом. В. Неврологическом. Г. Реанимационном.*
Д. Хирургическом.
106. Острая специфическая хирургическая инфекция клинически отличается от острой неспецифической инфекции следующими признаками:
1. Наличием специфического возбудителя.*
2. Наличием специфических для каждой болезни симптомов.* 3. Включением в комплекс проводимой терапии специфического лечения.*
4. Эпидемическим характером болезни.*
5. Незаметным (скрытым) началом.
107. Укажите наиболее частую локализацию актиномикоза
А. Лицо, шея.* Б. Легкие. В. Кишечник.
Г. Мышечные массивы. Д. Паренхиматозные органы.
108. Клиническая картина актиномикоза при поражении кожи:

1. Образование инфильтрата деревянистой плотности с нечеткими границами.*
 2. Отсутствие инфильтрата.
 3. Синюшно-багровая окраска кожи над инфильтратом.*
 4. Валикообразные складки кожи в области поражения.*
 5. Бледная окраска кожи.
 6. Образование свищей с гнойно-геморрагическим отделяемым.
 7. Образование свищей с гнойным отделяемым, содержащим желто-серые крупинки друз.*
109. При актиномикозе желудочно-кишечного тракта процесс обычно локализуется в
- А. Пищевод, желудке. Б. Тонкой кишке. В. Слепой кишке.*
 - Г. Сигмовидной кишке. Д. Прямой кишке.
110. Укажите основные принципы лечения актиномикоза:
1. Антибактериальная терапия.* 2. Йодид калия.*
 3. Рентгенотерапия.* 4. Введение актинолизатов.*
 5. Гормонотерапия. 6. Цитостатики.
 7. УВЧ-терапия. 8. Хирургическое лечение.*
111. При вторичном сифилисе периоститы наиболее часто выявляются на:
1. Костях черепа.* 2. Позвонках. 3. Ребрах и грудины.*
 4. Костях предплечья. 5. Костях кисти и стоп.
 6. Тазовых костях.* 7. Костях голени.*
112. При сифилитическом поражении длинных трубчатых костей процесс преимущественно локализуется в
- А. Эпифизе. Б. Метафизе. В. Диафизе.*
113. Укажите характерные рентгенологические и клинические признаки сифилитического поражения костей:
1. Остеопериостит с усилением болей ночью.*
 2. Выраженный периостит без болей.
 3. Наличие болезненных припухлостей в области черепа, голени, ребер, грудины.*
 4. Участки остеосклероза вокруг участков деструкции кости.*
 5. Образование флегмон в зоне деструкции кости.
 6. Образование больших язв на коже, окруженных плотным валом в зоне деструкции кости.*
 7. Обширное гнойное расплавление костной ткани.
114. Укажите возможные пути заражения сифилисом:
1. Воздушно-капельный. 2. Алиментарный. 3. Контактный.* 4. При гемотрансфузии.*
115. Типичным проявлением позднего сифилиса является
- А. Липома. Б. Атерома. В. Туберкулома. Г. Сифилома.*
116. При укусах бродячей собаки, волка и т.д. необходима экстренная специфическая профилактика:
1. Дифтерии. 2. Столбняка.* 3. Туберкулеза. 4. Бешенства.*
117. Для сибиреязвенного карбункула характерно все, кроме
- А. Выраженного отека тканей.
 - Б. Наличия твердого струпа черного цвета на вершине.
 - В. Резкой болезненности.*
 - Г. Отсутствия болей в зоне поражения при пальпации.
 - Д. Наличия сибиреязвенных палочек в раневом отделяемом.
118. Для профилактики столбняка показано введение противостолбнячной сыворотки (ПСС) при
- А. Ожогах. Б. Отморожениях. В. Слепых огнестрельных ранениях. Г. Открытых переломах длинных трубчатых костей. Д. Верно все.*
119. В основу неспецифической профилактики столбняка положены

А. Своевременная первичная хирургическая обработка раны по всем правилам военно-полевой хирургии. Б. Борьба с шоком. В. Мероприятия по устранению анемии Г. Покой поврежденному органу (в частности конечности). Д. Верно все. *

120. Принципы лечебных мероприятий при столбняке сводятся к осуществлению:

1. Общих мероприятий (покой, уход, питание). *
2. Специфического лечения (введение сыворотки, вакцины). *
3. Неспецифического лечения (противосудорожная терапия, антибиотикотерапия, вспомогательная вентиляция легких и т.д.).*
4. Широких (лампасных) разрезов места ранения.
5. Фуллярных новокаиновых блокад конечности.

121. К ранним симптомам столбняка относится все, кроме

А. Повышения температуры. Б. Тахикардии. В. Подергивания мышц в области раны. Г. Описитонуса.*

122. Укажите показания к экстренной специфической профилактике столбняка:

1. Повреждения с нарушением целостности всех слоев кожных покровов.*
2. Ссадины, царапины. 3. Ожоги II-IV степеней.* 4. Отморожения II-IV степеней.* 5. Криминальные аборты.*

123. Верно ли, что непривитым при экстренной профилактике столбняка с целью пассивной иммунизации подкожно вводится противостолбнячная сыворотка однократно в дозе 3000 АЕ

А. Да. * Б. Нет.

124. Лечение при сибирязвенном карбункуле предполагает все, кроме

А. Создания покоя, наложения повязки, иммобилизации конечности.

Б. Вскрытия, дренирования.*

В. Назначения антибиотиков.

Г. Использования дезинтоксикационных кровезаменителей.

Д. Внутримышечного введения противосибирязвенного глобулина.

125. В зависимости от характера повреждения и места внедрения возбудителя выделяют следующие виды столбняка:

1. Послеожоговый.* 2. После отморожения.* 3. После электротравм.* 4. После кожной пластики. 5. После септического шока.

126. Причины смертельных исходов при столбняке:

1. Асфиксия.* 2. Пневмония.* 3. Острая сердечная недостаточность.* 4. Воздушная эмболия.

127. Можно ли для профилактики столбняка смешивать и вводить из одного шприца столбнячный анатоксин и противостолбнячную сыворотку

А. Да. Б. Нет.*

128. Для дифтерийной инфекции характерно:

Наличие серых или серовато-желтых пленок на ране.*

2. Трудность снятия пленок с раны.* 3. Отек и гиперемия вокруг раны.* 4. Крепитация вокруг раны.

129. Укажите показания к экстренной специфической профилактике столбняка:

1. Ссадины, царапины. 2. Ожоги и отморожения I степени.
3. Обширные гематомы, подвергшиеся пункции или вскрытию.*
4. Различные гангрены (конечность, аппендикс, кишка и т.д.).*
5. Роды на дому (роженица и ребенок).*

130. Возникновению столбняка способствуют

А. Обширные огнестрельные раны, загрязненные землей.

Б. Наличие в ране омертвевших тканей, инородных тел.

В. Расстройство кровообращения в зоне ранения.

Г. Неадекватная первичная хирургическая обработка раны.

Д. Верно все. *

131. Нейротоксин при столбняке распространяется
А. Гематогенно. Б. Лимфогенно. В. Контактно.
Г. Пери-(эндо) неврално. * Д. Верно все.
132. Укажите явные признаки столбняка:
1. Опиостотонус.* 2. Асфиксия.* 3. Гангрена конечности.
4. Недержание кала и мочи.
133. Ранними и наиболее характерными симптомами столбняка, развившегося после ранения конечности, будут
А. Боли и судорожное подергивание мышц в области раны.
Б. Появление патологических рефлексов на поврежденной конечности.
В. Головная боль, недомогание, снижение аппетита, пугливость, бессоница.
Г. Повышенный тонус жевательных мышц (тризм) при их поколачивании.
Д. Верно все. *
134. Наиболее характерными симптомами столбняка в разгаре заболевания являются
А. Тризм жевательных мышц. Б. Ригидность затылочных мышц.
В. Сокращение мимической мускулатуры ("сардоническая улыбка").
Г. Тоническое сокращение мышц туловища (описотонус).
Д. Верно все. *
135. К лечебным мероприятиям при столбняке относится все, кроме
А. Первичной хирургической обработки раны.
Б. Антибиотикотерапии (пенициллин, оксациллин, ампициллин и др.).
В. Иммобилизации конечности. Г. Оксигаротерапии.
Д. Контроля концентрации столбнячного антитоксина в крови.*
136. Лечение больного с дифтерийной инфекцией раны предусматривает:
1. Изоляцию больного.*
2. Повязка с антибиотиками, противодифтерийной сывороткой.*
3. В/м введение антитоксической противодифтерийной сыворотки.*
4. Экстренное ушивание раны.
5. Наложение повязок с мазью Вишневского.
137. Укажите виды столбняка в зависимости от характера повреждения и места внедрения возбудителя:
1. Раневой.* 2. Послеоперационный.* 3. Послеожоговый. *
4. Биогенный. 5. Нозокомиальный.
138. Транспортировка больного столбняком осуществляется в специализированной машине в сопровождении врача
А. Терапевта. Б. Невропатолога. В. Достаточно и фельдшера.
Г. Анестезиолога-реаниматолога. * Д. Хирурга.
139. Верно ли, что не привитым при экстренной профилактике столбняка с целью активной иммунизации подкожно вводится столбнячный анатоксин в дозе 1 мл, а через 30-40 дней и через 9-12 мес. повторно по 0,5 мл
А. Да. * Б. Нет.
140. Нейтрализация токсина, поступившего в кровь (лимфу, межтканевую жидкость), при столбняке достигается путем введения внутримышечно:
1. 0,5 мл столбнячного анатоксина однократно.
2. По 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки ежедневно 3-4 дня.*
3. По 1 мл столбнячного анатоксина через день 3 раза.*
4. По 50 000-100 000 АЕ противостолбнячной сыворотки ежедневно 3-4 дня

4. Вопросы для собеседования

1. Понятие о хронической хирургической специфической инфекции.
2. Классификация.
3. Туберкулез.
4. Актиномикоз.
5. Кандидомикоз.
6. Особенности лечебной тактики в амбулаторных условиях