

Хирургическая операция. Послеоперационный период, профилактика послеоперационных осложнений.

1. Выделяют следующие показания к операции:
 - 1) экстренные;
 - 2) абсолютные;
 - 3) плановые;
 - 4) срочные;
 - 5) диагностические;
 - 6) относительные;
 - 7) лечебные.

2. К абсолютным показаниям к операции относятся следующие заболевания:
 - 1) ложный сустав плечевой кости;
 - 2) большая вентральная грыжа;
 - 3) гангрена стопы;
 - 4) клапанный пневмоторакс;
 - 5) туберкулез легких;
 - 6) варикозная болезнь нижних конечностей;
 - 7) перфоративная язва 12-перстной кишки.

3. Оперативное вмешательство проводится по абсолютным показаниям в случае:
 - 1) варикозной болезни нижних конечностей;
 - 2) продолжающегося артериального кровотечения из язвы 12-перстной кишки;
 - 3) флегмоны кисти;
 - 4) атеромы волосистой части головы;
 - 5) неосложненной пупочной грыжи;
 - 6) ущемленной паховой грыжи.

4. Противопоказаниями к выполнению операции по жизненным показаниям являются:
 - 1) свежий инфаркт миокарда;
 - 2) тяжелый травматический шок при сочетанной травме;
 - 3) агональное состояние больного;
 - 4) ранний послеоперационный период;
 - 5) тяжелая послеоперационная пневмония.

5. К относительным показаниям к операции относятся следующие заболевания:
 - 1) продолжающееся кровотечение из артерии тыла стопы;
 - 2) липома лопаточной области;
 - 3) постинекционный абсцесс ягодицы;
 - 4) острая кишечная непроходимость;
 - 5) хроническая ишемическая болезнь сердца;
 - 6) хронический калькулезный холецистит.

6. Оперативное вмешательство проводится по относительным показаниям в случае:
 - 1) варикозной болезни нижних конечностей;
 - 2) острого гнойного панариция;
 - 3) нагноившейся атеромы волосистой части головы;
 - 4) неосложненной послеоперационной вентральной грыжи;
 - 5) косметического дефекта лица вследствие наличия келоидного рубца;
 - 6) забрюшинной флегмоны.

7. Операция по абсолютным показаниям без согласия больного может быть произведена в случае:

- 1) согласия на операцию его родителей;
- 2) по решению консилиума, состоящего из 3-х врачей вне зависимости от тяжести состояния пациента;
- 3) по решению консилиума с обязательным участием главного врача данной медицинской организации;
- 4) бессознательного состояния пациента решением консилиума, состоящего из 3-х врачей;
- 5) согласия на операцию совершеннолетних детей пациента.

8. Какую операцию можно выполнить, если вблизи от места предполагаемого хирургического доступа имеется фурункул?

- 1) удаление быстро растущей липомы;
- 2) аппендэктомия при остром аппендиците;
- 3) холецистэктомия при хроническом калькулезном холецистите;
- 4) ушивание перфоративной язвы желудка;
- 5) эмболэктомия из бедренной артерии;
- 6) флебэктомия при варикозной болезни.

9. По срочности выполнения выделяют следующие операции:

- 1) первичные;
- 2) экстренные;
- 3) жизненные;
- 4) срочные;
- 5) вторичные;
- 6) плановые;
- 7) этапные.

10. Экстренные операции выполняются:

- 1) в ближайшие часы после поступления больного в стационар;
- 2) только в ночное время суток;
- 3) только в дневное время суток;
- 4) в ближайшие несколько суток после поступления больного в стационар;
- 5) после подготовки и обследования больного в минимально необходимом объеме;
- 6) после полноценного обследования и подготовки больного;
- 7) в любое время суток.

11. Срочные операции выполняются:

- 1) в ближайшие часы после поступления больного в стационар;
- 2) только в ночное время суток;
- 3) только в дневное время суток;
- 4) в ближайшие несколько суток после поступления больного в стационар;
- 5) после подготовки и обследования больного в минимально необходимом объеме;
- 6) после полноценного обследования и подготовки больного;
- 7) в любое время суток.

12. Плановые операции выполняются:

- 1) в ближайшие часы после поступления больного в стационар;
- 2) только в дневное время суток;
- 3) после подготовки и обследования больного в минимально необходимом объеме;
- 4) без полноценной подготовки и обследования больного;
- 5) в любой срок от начала заболевания;
- 6) после адекватного обследования и подготовки больного;
- 7) в любое время суток.

13. Показанием к экстренной операции являются следующие состояния:
- 1) гнойный перитонит;
 - 2) быстро растущая липома передней брюшной стенки;
 - 3) напряженный пневмоторакс;
 - 4) неущемленная пахово-мошоночная грыжа;
 - 5) сдавление мозга субдуральной гематомой;
 - 6) декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка;
 - 7) варикозная болезнь нижних конечностей.
14. Показанием к экстренной операции являются следующие состояния:
- 1) перфорация язвы 12-перстной кишки;
 - 2) механическая желтуха;
 - 3) острый деструктивный холецистит без перитонита;
 - 4) проникающее колото-резанное ранение передней брюшной стенки;
 - 5) ущемленная бедренная грыжа
 - 6) декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка.
15. Показанием к плановой операции являются следующие состояния:
- 1) липома лопаточной области;
 - 2) перфорация язвы 12-перстной кишки;
 - 3) невринома пупочная грыжа;
 - 4) продолжающееся артериальное кровотечение;
 - 5) варикозная болезнь нижних конечностей;
 - 6) опухолевая стриктура пищевода с дисфагией 4-ой степени.
16. К экстренным операциям относятся:
- 1) трахеостомия при асфиксии вследствие отека гортани;
 - 2) лапаротомия при обоснованном подозрении на разрыв селезенки;
 - 3) герниопластика при невриномной паховой грыже;
 - 4) флебэктомия при варикозной болезни;
 - 5) трепанация черепа по поводу острой субдуральной гематомы;
 - 6) наложение гастростомы при опухолевой стриктуре пищевода с дисфагией.
17. Показаниями к экстренной хирургической операции служат:
- 1) продолжающееся артериальное кровотечение;
 - 2) перфорация полого органа в свободную брюшную полость;
 - 3) хронический порок сердца;
 - 4) гнойный перитонит;
 - 5) парез кишечника.
18. К срочным операциям относятся:
- 1) грыжесечение при неущемленной паховой грыже;
 - 2) лапаротомия при проникающем колото-резанном ранении живота;
 - 3) холецистэктомия при остром флегмонозном холецистите;
 - 4) флебэктомия при варикозной болезни;
 - 5) наложение обходного гастроэнтероанастомоза при опухолевом стенозе выходного отдела желудка;
 - 6) холецистостомия при механической желтухе.
19. К плановым операциям относятся:
- 1) грыжесечение при ущемленной грыже белой линии живота;
 - 2) лапаротомия при проникающем колото-резанном ранении живота;
 - 3) холецистэктомия при хроническом калькулезном холецистите;
 - 4) флебэктомия при варикозной болезни;

- 5) грыжесечение при неущемленной пахово-мошоночной грыже;
 - 6) резекция тонкой кишки при ее травматическом разрыве.
20. Радикальная операция это:
- 1) хирургическое вмешательство, приводящее к полному излечению больного;
 - 2) хирургическое вмешательство, направленное на устранение первопричины заболевания;
 - 3) хирургическое вмешательство, направленное на устранение непосредственной опасности для жизни больного;
 - 4) хирургическое вмешательство, обеспечивающее быструю выписку пациента из стационара;
 - 5) хирургическое вмешательство, направленное на полную ликвидацию проявлений заболевания.
21. К радикальным операциям относятся:
- 1) аппендэктомия при остром аппендиците;
 - 2) холецистостомия при остром холецистите;
 - 3) абсцессэктомия при постинекционном абсцессе;
 - 4) трансверзостомия при стенозирующей опухоли сигмовидной кишки;
 - 5) флебэктомия при варикозной болезни.
22. Паллиативная операция это:
- 1) хирургическое вмешательство, приводящее к полному излечению больного;
 - 2) хирургическое вмешательство, направленное на устранение первопричины заболевания;
 - 3) хирургическое вмешательство, направленное на устранение непосредственной опасности для жизни больного;
 - 4) хирургическое вмешательство, обеспечивающее быструю выписку пациента из стационара;
 - 5) хирургическое вмешательство, направленное на полную ликвидацию проявлений заболевания.
23. К паллиативным операциям относятся:
- 1) холецистэктомия при остром холецистите;
 - 2) гастростомия при опухолевом стенозе пищевода;
 - 3) вскрытие, санация и дренирование флегмоны;
 - 4) холецистостомия при раке поджелудочной железы, осложненной механической желтухой;
 - 5) грыжесечение с последующей пластикой дефекта брюшной стенки;
 - 6) наложение гастроэнтероанастомоза при язвенном стенозе 12-перстной кишки.
24. К диагностическим операциям относятся:
- 1) инцизионная биопсия;
 - 2) лапароскопия;
 - 3) эксцизионная биопсия;
 - 4) лапароскопическая холецистэктомия;
 - 5) эзофагогастродуоденоскопия.
25. Эксплоративная лапаротомия – операция, которая ограничивается:
- 1) удалением опухоли брюшной полости;
 - 2) дренированием полости абсцесса;
 - 3) ревизией органов брюшной полости;
 - 4) вскрытием и дренированием сальниковой сумки;
 - 5) наложением колостомы.

26. По классификации Altmeier все операции делятся на:
- 1) чистые;
 - 2) потенциально контаминированные;
 - 3) условно-чистые;
 - 4) контаминированные;
 - 5) загрязненные;
 - 6) грязные;
 - 7) инфицированные.
27. По классификации Altmeier к чистым операциям относятся:
- 1) грыжесечение при неущемленной грыже;
 - 2) ампутация конечности на уровне верхней трети бедра по поводу гангрены стопы;
 - 3) холецистэктомия;
 - 4) резекция желудка;
 - 5) липомэктомия.
28. По классификации Altmeier к условно-чистым операциям относятся:
- 1) флебэктомия;
 - 2) холецистэктомия при желчнокаменной болезни;
 - 3) плановая резекция желудка по поводу язвенной болезни;
 - 4) обструктивная резекция сигмовидной кишки в связи с перфорацией опухоли;
 - 5) гастростомия при стенозе пищевода опухолевого генеза.
29. По классификации Altmeier к загрязненным операциям относятся:
- 1) холецистэктомия при остром флегмонозном холецистите;
 - 2) аппендэктомия при остром гангренозно-перфоративном аппендиците с перитонитом;
 - 3) ушивание перфоративной язвы 12-перстной кишки в условиях местного перитонита;
 - 4) резекция стенозирующей опухоли сигмовидной кишки в условиях кишечной непроходимости;
 - 5) плановая гастрэктомия по поводу рака желудка.
30. По классификации Altmeier к грязным операциям относятся:
- 1) гастростомия при стенозе пищевода опухолевого генеза.
 - 2) холецистэктомия при желчнокаменной болезни;
 - 3) аппендэктомия при остром гангренозно-перфоративном аппендиците с перитонитом;
 - 4) резекция опухоли сигмовидной кишки, осложненной перфорацией;
 - 5) вскрытие, дренирование флегмоны.
31. К одномоментным операциям относятся:
- 1) первичная хирургическая обработка раны;
 - 2) правосторонняя гемиколэктомия с последующим илеотрансверзоанастомозом;
 - 3) пластика дефекта кожи лица по способу Филатова;
 - 4) ампутация бедра на уровне его верхней трети;
 - 5) гастростомия с последующим удалением пищевода и его пластикой тонкой кишкой.
32. К многомоментным операциям относятся:
- 1) гастростомия с последующим удалением пищевода и его пластикой тонкой кишкой;
 - 2) вправление вывиха головки плечевой кости;
 - 3) кожная пластика шагающим стеблем;
 - 4) холецистэктомия;
 - 5) резекция 2/3 желудка с последующим наложением гастроэнтероанастомоза.
33. К симультанным операциям относятся:

- 1) резекция желудка и большого сальника по поводу рака антрального отдела;
 - 2) резекция рака сигмовидной кишки и резекция доли печени с единичным метастазом;
 - 3) релапаротомия и вскрытие поддиафрагмального абсцесса;
 - 4) резекция желудка по поводу язвенной болезни и холецистэктомия по поводу ЖКБ;
 - 5) флебэктомия и грыжесечение по поводу пупочной грыжи.
34. К комбинированным операциям относятся:
- 1) правосторонняя гемиколэктомия, наложение илеотрансверзоанастомоза;
 - 2) холецистэктомия, грыжесечение, пластика передней брюшной стенки;
 - 3) резекция рака толстой кишки и левой доли печени по поводу ее метастатического поражения;
 - 4) гастрэктомия, спленэктомия, лимфодиссекция.
 - 5) резекция желудка с последующим наложением гастроэнтероанастомоза.
35. К специальным операциям относятся:
- 1) микрохирургические;
 - 2) эндоскопические;
 - 3) симультанные;
 - 4) диагностические;
 - 5) эндоваскулярные.
36. При составлении графика работы операционной, какое из перечисленных хирургических вмешательств следует планировать в первую очередь?
- 1) пульмонэктомию;
 - 2) резекцию ободочной кишки;
 - 3) резекцию тонкой кишки;
 - 4) наложение вторичных швов;
 - 5) флебэктомию.
37. К эндоскопическим операциям относятся:
- 1) стентирование коронарных артерий;
 - 2) артроскопическая резекция мениска;
 - 3) торакоскопическое рассечение швартов;
 - 4) удаление конкремента из холедоха при ЭРХПГ;
 - 5) ЭГДС.
38. Степень риска хирургического вмешательства влияет на:
- 1) согласие пациента на операцию;
 - 2) объем хирургического вмешательства;
 - 3) объем предоперационной подготовки;
 - 4) метод обезболивания;
 - 5) показания к операции;
 - 6) перечень документов, обязательных к заполнению перед хирургическим вмешательством.
39. Степень риска хирургического вмешательства зависит от:
- 1) тяжести основного заболевания;
 - 2) наличия сопутствующей патологии;
 - 3) объема хирургической операции;
 - 4) вида анестезии;
 - 5) качества предоперационной подготовки.
40. Риск хирургической операции снижают:

- 1) длительное нахождение пациента в хирургическом стационаре с целью проведения реабилитационных мероприятий;
 - 2) коррекция электролитных нарушений;
 - 3) нормализация уровня гемоглобина в случае наличия у пациента анемии;
 - 4) оформление дополнительной медицинской страховки;
 - 5) лечение сопутствующих заболеваний;
 - 6) увеличение предоперационного периода.
41. К наиболее часто встречающимся осложнениям хирургических операций относятся:
- 1) массивная интраоперационная кровопотеря;
 - 2) значительное снижение памяти;
 - 3) нагноение послеоперационной раны;
 - 4) послеоперационная пневмония;
 - 5) развитием в раннем послеоперационном периоде туберкулеза легких;
 - 6) тромбозом глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА;
 - 7) повышение индивидуального болевого порога пациента.
42. В послеоперационном периоде риск развития угрожающих жизни осложнений наиболее высок у пациентов:
- 1) пожилого и старческого возраста;
 - 2) с тяжелой сердечной недостаточностью;
 - 3) с артериальной гипертензией I стадии;
 - 4) с тяжело протекающим сахарным диабетом;
 - 5) имеющих татуировку в области операционной раны.
43. К рискам развития послеоперационной пневмонии относится:
- 1) наличие у пациента ХОБЛ;
 - 2) выраженное ожирение;
 - 3) анамнестические указания на частые ОРВИ в осенне-весенний период;
 - 4) большая продолжительность (более 3-х часов) оперативного вмешательства в условиях ИВЛ;
 - 5) отказ от проведения наркоза в пользу выполнения вмешательства под местной анестезией.
44. К методам профилактики развития послеоперационных пневмоний относится:
- 1) соблюдение норм гигиены рук медицинского персонала;
 - 2) длительное использование назогастральных зондов;
 - 3) адекватное обезболивание пациентов в раннем послеоперационном периоде;
 - 4) отказ от наложения трахеостомы у пациентов, длительно находящихся на ИВЛ;
 - 5) дыхательная гимнастика.
45. Риск развития регургитации наиболее высок у пациентов:
- 1) находящихся в бессознательном состоянии;
 - 2) находящихся в полном сознании;
 - 3) в момент проведения интубации трахеи;
 - 4) в период выхода из наркоза;
 - 5) при наличии назогастрального зонда.
46. Риск развития синдрома послеоперационной тошноты и рвоты повышен:
- 1) у пациентов, находящихся в кровати с приподнятым головным концом;
 - 2) у женщин;
 - 3) у лиц, склонных к укачиванию в транспорте;
 - 4) при использовании в качестве анальгетиков наркотических препаратов;
 - 5) при ограничении в первые часы после операции перорального приема воды.

47. Риск интраоперационных кровотечений повышен у пациентов, принимающих:
- 1) гипотензивные препараты;
 - 2) нестероидные противовоспалительные средства;
 - 3) антикоагулянты;
 - 4) мочегонные препараты;
 - 5) снотворные препараты.
48. В послеоперационном периоде факторами риска развития венозных тромбоэмболических осложнений является:
- 1) сахарный диабет;
 - 2) наследственная тромбофилия;
 - 3) наличие онкологического заболевания;
 - 4) ревматоидный артрит;
 - 5) гемофилия;
 - 6) длительный постельный режим.
49. Риск развития венозных тромбоэмболических осложнений снижает:
- 1) длительный послеоперационный постельный режим;
 - 2) прием антикоагулянтов;
 - 3) проведение антибактериальной терапии;
 - 4) эластическая компрессия нижних конечностей;
 - 5) ранняя активизация пациента.
50. Сроки послеоперационной реабилитации сокращает:
- 1) применение малоинвазивных хирургических вмешательств;
 - 2) тщательный интраоперационный гемостаз;
 - 3) широкое использование тампонов;
 - 4) использование атравматического шовного материала,
 - 5) обязательное дренирование зоны хирургического вмешательства.
51. Основные требования, предъявляемые к хирургическому разрезу:
- 1) должен быть максимально маленьким;
 - 2) должен быть максимально широким;
 - 3) его размер должен обеспечивать хороший обзор операционного поля;
 - 4) должен минимизировать повреждения анатомических структур;
 - 5) должен иметь максимально возможную косметичность.
52. Тампонирование зоны хирургического вмешательства проводят с целью:
- 1) остановки капиллярного кровотечения;
 - 2) остановки кровотечения из магистрального сосуда;
 - 3) дренирования полости гнойника;
 - 4) отграничения зоны инфекционного процесса;
 - 5) профилактики несостоятельности анастомозов полых органов;
 - 6) профилактики нагноения операционной раны.
53. Дренирование зоны хирургического вмешательства проводят с целью:
- 1) остановки капиллярного кровотечения;
 - 2) отведения из брюшной полости перитонеального экссудата;
 - 3) аспирации воздуха из плевральной полости;
 - 4) отведения гнойного экссудата из полости абсцесса;
 - 5) отграничения зоны инфекционного процесса.
54. К внутрисветным эндоскопическим вмешательствам относится:

- 1) удаление конкрементов из желчных протоков при ЭРПХГ;
 - 2) видеолапароскопическая резекция участка кишечной трубки;
 - 3) остановка кровотечения в плевральной полости при торакоскопии;
 - 4) остановка желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС;
 - 5) удаление полипа толстой кишки при колоноскопии.
55. К преимуществам видеолапароскопических вмешательств относится:
- 1) невысокая хирургическая агрессия;
 - 2) невысокие риски выполнения данных вмешательств у пациентов с тяжелой сердечной и дыхательной недостаточностью;
 - 3) высокая интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде;
 - 4) сокращение периода нахождения в стационаре после операции;
 - 5) хороший косметический результат.
56. Эндоваскулярные хирургические вмешательства позволяют:
- 1) устранить пневмоторакс;
 - 2) расширять просвет суженных артерий;
 - 3) имплантировать внутрисосудистые стенты;
 - 4) проводить профилактику ТЭЛА;
 - 5) устранять сужения желчных протоков;
 - 6) останавливать кровотечения путем эмболизации сосудов.
57. Послеоперационный период, это время:
- 1) от окончания операции до выписки пациента из стационара или смерти;
 - 2) от выхода пациента из наркоза до полного его выздоровления или смерти;
 - 3) от перевода больного из реанимационного отделения до его выписки из стационара;
 - 4) от окончания операции до выздоровления пациента либо его перевода на инвалидность или смерти;
 - 5) от окончания операции до снятия швов с послеоперационной раны или смерти пациента.
58. Под ранним послеоперационным периодом понимают:
- 1) первые сутки после операции;
 - 2) первые 3 – 5 суток после операции;
 - 3) первые 7 суток после операции;
 - 4) время от окончания операции до выписки пациента из стационара;
 - 5) время от окончания операции до снятия швов с операционной раны.
59. Под поздним послеоперационным периодом понимают:
- 1) первые 3 – 5 суток после операции;
 - 2) время от первых 3 – 5-х суток после операции до снятия швов с операционной раны;
 - 3) время от первых 3 – 5-х суток после операции до выписки пациента из стационара;
 - 4) время от первых 7-ми суток после операции до выписки пациента из стационара;
 - 5) время от выписки больного из стационара до его полной реабилитации.
60. Под отдаленным послеоперационным периодом понимают:
- 1) время от первых 3 – 5-х суток после операции до полной реабилитации пациента;
 - 2) время от первых 7-ми суток после операции до выписки пациента из стационара;
 - 3) время от первых 7-ми суток после операции до 3-х недель после выписки из стационара;
 - 4) первые 3 недели после выписки пациента из стационара;
 - 5) время от выписки пациента из стационара до его полной реабилитации либо перевода на инвалидность.

61. Фаза выхода из стресса «послеоперационной болезни» характеризуется:
- 1) восстановлением мышечной массы;
 - 2) лизисом белков и накоплением продуктов их распада;
 - 3) активизацией гормональной системы;
 - 4) восстановлением азотистого баланса;
 - 5) снижением уровня глюкозы крови;
 - 6) поступлением экзогенной энергии, превосходящей потребности организма.
62. К наиболее часто развивающимся осложнениям первых часов послеоперационного периода относятся:
- 1) кровотечение из зоны хирургического вмешательства;
 - 2) эвентрация;
 - 3) послеоперационная пневмония;
 - 4) остановка дыхания;
 - 5) нагноение послеоперационной раны;
 - 6) рвота и регургитация;
 - 7) западение языка и асфиксия.
63. Целью местного применения холода на область послеоперационной раны в первые часы после операции является:
- 1) снижение риска развития эвентрации;
 - 2) снижение интенсивности болевого синдрома;
 - 3) снижение риска нагноения послеоперационной раны;
 - 4) профилактика кровотечений;
 - 5) профилактика асфиксии.
64. В послеоперационном периоде комплекс мер по профилактике венозных тромбоэмболических осложнений включает:
- 1) строгий постельный режим;
 - 2) раннюю активизацию пациентов;
 - 3) антибиотикопрофилактику;
 - 4) применение антикоагулянтов;
 - 5) ежедневные очистительные клизмы;
 - 6) применение спазмолитиков;
 - 7) эластическую компрессию нижних конечностей.
65. Развитию послеоперационных пневмоний способствует:
- 1) пожилой и старческий возраст пациентов;
 - 2) гиповентиляция легких во время операции;
 - 3) послеоперационная бесшлаковая диета;
 - 4) адекватное обезболивание после операции;
 - 5) длительный постельный режим;
 - 6) ингаляция кислорода;
 - 7) дыхательная гимнастика;
 - 8) хроническая сердечная недостаточность.
66. К мероприятиям по профилактике развития послеоперационных пневмоний относятся:
- 1) дыхательная гимнастика и лечебная физкультура;
 - 2) ингаляция закиси азота;
 - 3) ранняя активизация пациентов;
 - 4) капельная инфузия 10% раствора глюкозы;
 - 5) адекватное обезболивание после операции;
 - 6) инъекции гепарина;

7) трансфузия свежезамороженной плазмы.

67. У пациента, оперированного по поводу патологии брюшной полости, наиболее рационально положение в постели:

- 1) на спине с приподнятым головным концом;
- 2) на животе;
- 3) на спине с приподнятыми нижними конечностями;
- 4) на спине с опущенным головным концом;
- 5) сидячее.

68. У пациента, оперированного по поводу варикозной болезни нижних конечностей, наиболее рационально положение в постели:

- 1) на спине с приподнятым головным концом;
- 2) на животе;
- 3) на спине с приподнятыми нижними конечностями;
- 4) на спине с опущенным головным концом;
- 5) сидячее.

69. В послеоперационном периоде к мероприятиям профилактики регургитации относятся:

- 1) вибрационный массаж грудной клетки;
- 2) положение в кровати на спине с приподнятым головным концом;
- 3) установка назогастрального зонда;
- 4) эластическая компрессия нижних конечностей;
- 5) аспирация желудочного содержимого;
- 6) обезболивание наркотическими анальгетиками.