

Антисептика

1. Антисептика, это:
 - 1) система мероприятий, направленных на предупреждение микробной контаминации организма больного;
 - 2) система мероприятий, направленная на снижение микробной контаминации в ране или воспалительном очаге;
 - 3) система мероприятий, направленных на защиту хирургической бригады от инфицирования микрофлорой пациента;
 - 4) система мероприятий, направленных на снижения риска нагноения послеоперационных ран;
 - 5) система мероприятий, направленных на предупреждение внутригоспитальной передачи микрофлоры от одного пациента другому.

2. Выделяют следующие виды антисептики:
 - 1) хирургическая;
 - 2) экзогенная;
 - 3) химиотерапевтическая;
 - 4) механическая;
 - 5) эндогенная;
 - 6) смешанная.

3. К хирургической антисептике относится:
 - 1) дренирование раны посредством гигроскопической марли;
 - 2) санация полости гноя раствором перекиси водорода;
 - 3) проточно-промывное дренирование раны;
 - 4) стерилизация операционного белья;
 - 5) введение в рану протеолитических ферментов;
 - 6) интраоперационная санация раны антисептиком;
 - 7) введение в рану сорбентов;
 - 8) вакуумирование раны.

4. Хирургические методы антисептики включают:
 - 1) хирургическую обработку ран и воспалительных очагов;
 - 2) дополнительные способы обработки раны;
 - 3) использование антисептиков;
 - 4) использование ферментов, ускоряющих очищение раны;
 - 5) дренирование раны;
 - 6) специальные способы ведения ран.

5. К хирургической антисептике не относится:
 - 1) первичная хирургическая обработка раны;
 - 2) выполнение операции стерильным инструментарием;
 - 3) вакцинация пациентов;
 - 4) пассивное дренирование раны;
 - 5) пероральный прием антибактериальных препаратов;
 - 6) ультразвуковая кавитация раны;
 - 7) обработка рук хирурга перед операцией.

6. К химиотерапевтической антисептике относится:
 - 1) новокаиновая блокада гнойно-воспалительного очага;
 - 2) активное дренирование раны;

- 3) санация раны раствором эффективного антисептика;
 - 4) антибактериальная терапия;
 - 5) УФО раны;
 - 6) введение в рану сорбентов;
 - 7) лазерное облучение раны;
 - 8) внутривенное введение иммуноглобулинов.
7. Химиотерапевтическая антисептика включает:
- 1) использование лекарственных средств, обладающих антимикробным действием;
 - 2) использование лекарственных средств, повышающих защитные силы организма;
 - 3) использование лекарственных средств, способствующих очищению ран;
 - 4) использование лекарственных средств, улучшающих процессы регенерации в ране;
 - 5) использование лекарственных средств, ускоряющих формирование рубца в ране;
 - 6) использование дополнительных способов обработки ран.
8. К химиотерапевтической антисептике не относится:
- 1) вторичная хирургическая обработка раны;
 - 2) выполнение операции стерильным инструментарием;
 - 3) вакцинация пациентов;
 - 4) пассивное дренирование раны;
 - 5) нанесение на поверхность раны антисептических мазей;
 - 6) обработка операционного поля;
 - 7) внутривенное введение антибактериальных препаратов.
9. Протеолитические ферменты, введенные в полость гнойной раны, вызывают:
- 1) лизис некротизированных тканей;
 - 2) повышение свертываемости крови;
 - 3) фибринолиз;
 - 4) потенцирование действия антибиотиков;
 - 5) прямое антибактериальное действие;
 - 6) уменьшение отека тканей.
10. Выделяют следующие группы антисептиков:
- 1) красители;
 - 2) окислители;
 - 3) восстановители;
 - 4) препараты, содержащие йод;
 - 5) антибиотики;
 - 6) детергенты.
11. Укажите препараты, относящиеся к антисептикам:
- 1) гипохлорит натрия;
 - 2) перманганат калия;
 - 3) азотнокислое серебро;
 - 4) муравьиная кислота;
 - 5) аминкапроновая кислота;
 - 6) хлоргексидина биглюконат;
 - 7) фолиевая кислота.
12. Антисептиками группы окислителей являются:
- 1) перекись водорода;
 - 2) диоксидин;

- 3) формалин;
- 4) йодопирон
- 5) гибитан;
- 6) калия перманганат.

13. Антисептиками группы детергентов являются:

- 1) хлоргексидина биглюконат;
- 2) щелочные мыла;
- 3) перекись водорода;
- 4) церигель;
- 5) полиэтиленгликоль
- 6) диоксидин.

14. Механизм антимикробного действия детергентов заключается в:

- 1) образовании нерастворимых комплексов в цитоплазме микроорганизмов;
- 2) повреждении бислойной фосфолипидной клеточной мембраны;
- 3) прямом окислении белков и липидов микробной клетки;
- 4) необратимой коагуляции белка;
- 5) блокировке синтеза РНК и ДНК.

15. Механизм антимикробного действия перекиси водорода заключается в:

- 1) блокировке синтеза энергии митохондриями;
- 2) нарушении проницаемости цитоплазматической мембраны;
- 3) необратимой коагуляции белка;
- 4) прямом окислении белков и липидов микробной клетки;
- 5) образование нерастворимых соединений с нуклеиновыми кислотами.

16. Механизм антимикробного действия этилового спирта заключается в:

- 1) необратимой коагуляции белка;
- 2) нарушении процессов фосфорилирования;
- 3) повреждении бислойной фосфолипидной клеточной мембраны;
- 4) блокировке синтеза РНК и ДНК;
- 5) прямом окислении белков и липидов микробной клетки.

17. Механизм антимикробного действия сульфаниламидов заключается в:

- 1) нарушении процессов фосфорилирования;
- 2) блокировке синтеза РНК и ДНК;
- 3) повреждении бислойной фосфолипидной клеточной мембраны;
- 4) прямом окислении белков и липидов микробной клетки;
- 5) необратимой коагуляции белка.

18. Механизм антимикробного действия йодофоров заключается в:

- 1) образовании нерастворимых комплексов в цитоплазме микроорганизмов;
- 2) повреждении бислойной фосфолипидной клеточной мембраны;
- 3) прямом окислении белков и липидов микробной клетки;
- 4) необратимой коагуляции белка;
- 5) блокировке синтеза РНК и ДНК.

19. Основными компонентами препарата С-4 являются:

- 1) перекись водорода + этиловый спирт;
- 2) перекись водорода + нашатырный спирт;
- 3) перекись водорода + метиловый спирт;

- 4) перекись водорода + сулема;
- 5) перекись водорода + муравьиная кислота.

20. К йодоформам относятся:

- 1) йодонат;
- 2) 5% спиртовой раствор йода;
- 3) йодопирон;
- 4) повидон-йод;
- 5) йодоформ.

21. К комплексным антисептическим препаратам относятся:

- 1) хлоргексидина биглюконат;
- 2) йодопирон;
- 3) стерилиум;
- 4) нашатырный спирт;
- 5) перманганат калия.

22. К антисептическим лекарственным средствам, направленным на улучшение иммунной защиты, относятся:

- 1) иммуноглобулины;
- 2) серосодержащие препараты;
- 3) детергенты;
- 4) сыворотки
- 5) вакцины;
- 6) бактериофаги.

23. Выделяют следующие виды дренирования ран:

- 1) проточно-промывное;
- 2) градиентное;
- 3) активное;
- 4) пассивное;
- 5) ультразвуковое;
- 6) опосредованное.

24. Общие принципы дренирования ран включают:

- 1) установку дренажа в отлогих местах дренируемой полости;
- 2) выведение дренажной трубки предпочтительно осуществлять непосредственно через рану;
- 3) надежная фиксация дренажа;
- 4) дренирование не только зоны патологического процесса, но и области возможного его распространения;
- 5) при санациях раны через дренажную трубку всегда используют растворы антибиотиков с широким спектром действия;
- 6) удаление дренажа в максимально возможно ранние сроки.

25. Пассивное дренирование раны проводят посредством:

- 1) полосок латексной резины;
- 2) обработки раны лазером;
- 3) дренажных трубок;
- 4) ультразвуковой кавитации;
- 5) вакуумной аспирации через дренажную трубку;
- 6) марлевых салфеток и турунд.

26. Активное дренирование раны проводят посредством:
- 1) полосок латексной резины;
 - 2) обработки раны лазером;
 - 3) встречных перфорированных дренажей;
 - 4) ультразвуковой кавитации;
 - 5) вакуумной аспирации через дренажную трубку.
27. Понятие первичная хирургическая обработка раны включает:
- 1) иссечение краев раны;
 - 2) остановку кровотечения в ране;
 - 3) удаление из раны инородных тел;
 - 4) удаление девитализированных тканей;
 - 5) иссечение дна раны;
 - 6) иссечение стенок раны;
 - 7) иссечение магистральных артерий и вен.
28. Первичная хирургическая обработка:
- 1) это обработка инфицированных ран;
 - 2) это обработка контаминированных ран;
 - 3) должна быть выполнена в максимально ранние сроки;
 - 4) включает последовательное иссечение краев, стенок и дна раны;
 - 5) включает иссечение всех некротизированных и пропитанных кровью тканей;
 - 6) включает обязательную тщательную остановку кровотечения.
29. Дополнительные способы обработки раны:
- 1) могут применяться вместо хирургической обработки;
 - 2) осуществляются после хирургической обработки;
 - 3) позволяют ускорить очищение раны, улучшить кровообращение в очаге, снизить уровень микробной контаминации, стимулировать процессы регенерации;
 - 4) включают вакуумную обработку;
 - 5) включают обработку ран пульсирующей струей жидкости;
 - 6) включают ультразвуковую кавитацию;
 - 7) включают санацию полости раны раствором антибиотика широкого спектра действия.
30. Первичная хирургическая обработка раны производится:
- 1) не позднее 6-ти часов после получения травмы;
 - 2) до развития в ране инфекционных осложнений;
 - 3) при наличии в ране гнойно-воспалительного процесса;
 - 4) непосредственно после стихания в ране гнойно-воспалительного процесса;
 - 5) только при наличии в ране инородных тел.
31. Вторичная хирургическая обработка раны производится:
- 1) не позднее 6-ти часов после получения травмы;
 - 2) до развития в ране инфекционных осложнений;
 - 3) при наличии в ране гнойно-воспалительного процесса;
 - 4) непосредственно после стихания в ране гнойно-воспалительного процесса;
 - 5) только при наличии в ране инородных тел.
32. Ранняя первичная хирургическая обработка раны производится:
- 1) в течение 24 ч после получения травмы;
 - 2) в течение 24 - 48 ч после получения травмы;
 - 3) спустя 48 ч после получения травмы;

- 4) в течение 3 суток после получения травмы;
 - 5) позже 3 суток после получения травмы на фоне введения антибиотиков.
33. Отсроченная первичная хирургическая обработка раны производится:
- 1) в течение 24 ч после получения травмы;
 - 2) в течение 24 - 48 ч после получения травмы;
 - 3) спустя 48 ч после получения травмы;
 - 4) в течение 3 суток после получения травмы;
 - 5) позже 3 суток после получения травмы на фоне введения антибиотиков.
34. Поздняя первичная хирургическая обработка раны производится:
- 1) в течение 24 ч после получения травмы;
 - 2) в течение 24 - 48 ч после получения травмы;
 - 3) спустя 48 ч после получения травмы;
 - 4) в течение 3 суток после получения травмы;
 - 5) позже 3 суток после получения травмы на фоне введения антибиотиков.
35. Противопоказанием к проведению первичной хирургической обработки раны является:
- 1) микробная контаминация раны;
 - 2) разможнение краев раны;
 - 3) наличие открытого перелома лучевой кости;
 - 4) шок;
 - 5) повреждение сухожилий.
36. В какие сроки необходимо произвести первичную хирургическую обработку раны, если пациент находится в состоянии тяжелого шока:
- 1) сразу же при поступлении больного в стационар;
 - 2) сразу после выведения больного из состояния шока;
 - 3) через 2 ч после поступления в стационар;
 - 4) на следующий день;
 - 5) сразу после проведения антибиотикопрофилактики.
37. Наиболее часто возбудителями раневой инфекции являются:
- 1) золотистый стафилококк;
 - 2) стрептококк;
 - 3) туберкулезная палочка;
 - 4) энтеробактерии;
 - 5) синегнойная палочка.
38. Показанием к проведению антимикробной терапии служит:
- 1) доказанный диагноз инфекционного заболевания;
 - 2) повышение температуры тела в раннем послеоперационном периоде;
 - 3) тахикардия;
 - 4) увеличение СОЭ;
 - 5) высокий уровень прокальцитонина в сыворотке крови.
39. Наименее токсичными антибактериальными препаратами являются:
- 1) лактамные антибиотики;
 - 2) тетрациклины;
 - 3) аминогликозиды;
 - 4) полимиксины;
 - 5) левомицетин.

40. При комбинированной антибактериальной терапии необходимо соблюдение следующих правил:
- 1) комбинация препаратов должна расширять спектр действия;
 - 2) следует использовать препараты, имеющие одинаковый спектр действия;
 - 3) бактериостатические препараты комбинируют с бактерицидными;
 - 4) бактерицидные препараты комбинируют только с бактерицидными;
 - 5) не сочетать препараты с одинаковыми побочными эффектами.
41. Эффективная концентрации антибиотика в тканях достигается при введении препарата:
- 1) внутривенно;
 - 2) перорально;
 - 3) в брюшную полость;
 - 4) в рану;
 - 5) в плевральную полость.
42. На первом этапе антибактериальной терапии, до получения результатов микробиологического исследования, выбор препарата осуществляют на основе следующих принципов:
- 1) антибиотик должен быть эффективным в отношении наиболее вероятного спектра возбудителей;
 - 2) антибиотик должен хорошо проникать в пораженные ткани и органы;
 - 3) препарат не должен иметь каких-либо побочных действий;
 - 4) препарат должен обладать максимально узким спектром действия;
 - 5) препарат должен обладать наиболее широким спектром действия.
43. Для целенаправленной антимикробной терапии характерны:
- 1) высокая эффективность;
 - 2) меньший риск развития резистентности микрофлоры к препаратам;
 - 3) высокий риск развития резистентности микрофлоры к препаратам;
 - 4) меньшие экономические затраты на лечение;
 - 5) высокие экономические затраты на лечение;
44. Показателем эффективности антибактериального лечения служат:
- 1) снижение температуры тела;
 - 2) уменьшение лейкоцитоза;
 - 3) увеличение содержания в периферической крови юных форм нейтрофилов;
 - 4) снижение уровня прокальцитонина;
 - 5) повышение уровня С-реактивного белка.
45. Курс антимикробной терапии прекращают:
- 1) сразу после снижения температуры;
 - 2) сразу после уменьшения лейкоцитоза;
 - 3) сразу после улучшения самочувствия пациента;
 - 4) при стойком регрессе местных симптомов инфекции;
 - 5) при стойком регрессе признаков системной воспалительной реакции.