

Раны и раневой процесс Лечение ран

1. Выберите наиболее полное понятие «рана»:
 - 1) закрытое повреждение мягких тканей;
 - 2) нарушение целостности кожи;
 - 3) нарушение целостности только слизистой оболочки;
 - 4) нарушение целостности кожных покровов или слизистых оболочек с возможным повреждением глубже лежащих тканей;
 - 5) дефект кожи.

2. По виду повреждающего фактора раны делят на:
 - 1) механические;
 - 2) операционные;
 - 3) термические;
 - 4) химические;
 - 5) лучевые;
 - 6) боевые;
 - 7) трофические язвы.

3. По обстоятельствам нанесения раны делятся на:
 - 1) запланированные;
 - 2) операционные (хирургические);
 - 3) боевые;
 - 4) огнестрельные;
 - 5) случайные (травматические).

4. По характеру повреждения механические раны подразделяют на:
 - 1) резаные;
 - 2) ушибленные;
 - 3) сквозные;
 - 4) колотые;
 - 5) касательные;
 - 6) рваные;
 - 7) рубленые;
 - 8) огнестрельные;
 - 9) укушенные;
 - 10) слепые.

5. С точки зрения бактериальной контаминации принято выделять следующие виды ран:
 - 1) асептические;
 - 2) условно-асептические;
 - 3) низко контаминированные;
 - 4) контаминированные;
 - 5) высоко контаминированные;
 - 6) инфицированные.

6. Современная классификация ран с точки зрения их бактериальной контаминации выделяет:
 - 1) гнойные, асептические, отравленные раны;
 - 2) асептические, скальпированные, гнойные раны;
 - 3) укушенные, свежеинфицированные, асептические раны;
 - 4) чистые, свежеинфицированные, зараженные раны;
 - 5) гнойные, контаминированные, асептические раны.

7. Сколько фаз течения раневого процесса (по М.И. Кузину) принято выделять?
- 1) одну;
 - 2) две;
 - 3) три;
 - 4) четыре;
 - 5) пять.
8. Фазы течения раневого процесса по М.И.Кузину:
- 1) фаза воспаления;
 - 2) фаза отторжения;
 - 3) фаза регенерации, образования и созревания грануляций;
 - 4) фаза нагноения;
 - 5) фаза реорганизации рубца и эпителизации.
9. В первую фазу течения раневого процесса (по М.И.Кузину) в поврежденных тканях развиваются следующие процессы:
- 1) инфильтрация тканей;
 - 2) экссудация;
 - 3) сосудистые реакции;
 - 4) миграция фибробластов;
 - 5) эпителизация;
 - 6) образование грануляционной ткани в месте дефекта;
 - 7) новообразование сосудов;
 - 8) перестройка рубца.
10. В первую фазу течения раневого процесса (по М.И.Кузину) в поврежденных тканях развиваются все перечисленные процессы, кроме:
- 1) развития ацидоза;
 - 2) увеличения количества ионов водорода;
 - 3) увеличения количества ионов калия;
 - 4) повышения проницаемости сосудов;
 - 5) развития алкалоза.
11. Во вторую фазу течения раневого процесса (по М.И.Кузину) в поврежденных тканях развиваются следующие процессы:
- 1) инфильтрация тканей;
 - 2) экссудация;
 - 3) сосудистые реакции;
 - 4) миграция фибробластов;
 - 5) эпителизация;
 - 6) образование грануляционной ткани в месте дефекта;
 - 7) новообразование сосудов;
 - 8) перестройка рубца.
12. В третью фазу течения раневого процесса (по М.И.Кузину) в поврежденных тканях развиваются следующие процессы:
- 1) инфильтрация тканей;
 - 2) экссудация;
 - 3) сосудистые реакции;
 - 4) миграция фибробластов;
 - 5) эпителизация;
 - 6) образование грануляционной ткани в месте дефекта;

- 7) новообразование сосудов;
 - 8) перестройка рубца.
13. Характерные местные клинические проявления раневого процесса в фазе воспаления:
- 1) инфильтрация окружающих тканей;
 - 2) боль распирающего характера;
 - 3) отек и гиперемия тканей отсутствуют;
 - 4) гнойное отделяемое отсутствует;
 - 5) обильное гнойное отделяемое.
14. Характерные местные клинические проявления раневого процесса в фазе регенерации:
- 1) уменьшение гиперемии и инфильтрации ткани;
 - 2) резкая болезненность при пальпации;
 - 3) обильное гнойное отделяемое;
 - 4) отделяемое из раны носит негнойный, серозно-сукровичный характер;
 - 5) стенки и дно раны покрыты фибринозно-гнойным налетом.
15. По характеру раневого канала выделяют раны:
- 1) сквозные;
 - 2) проникающие;
 - 3) касательные;
 - 4) не проникающие;
 - 5) слепые.
16. Особенностью рубленых ран является:
- 1) отсутствие значительного повреждения окружающих рану тканей;
 - 2) сильное повреждение окружающих рану тканей;
 - 3) частое повреждение глубоко лежащих структур;
 - 4) зияние краев;
 - 5) сильная боль;
 - 6) высокий риск развития анаэробной раневой инфекции.
17. Для ушибленной раны в отличие от рубленной характерно:
- 1) наличие кровоподтека по краю раны;
 - 2) большая глубина повреждения;
 - 3) наличия размозженных тканей;
 - 4) нарушение целости нервных стволов;
 - 5) менее выраженное кровотечение.
18. Для осколочных ран характерно все, кроме:
- 1) сложности анатомических повреждений;
 - 2) наличия инородных тел;
 - 3) высокой степени инфицированности;
 - 4) обязательного наличия входного и выходного отверстий;
 - 5) неровных повреждений кожи.
19. Особенностью колотых ран является:
- 1) малая площадь и большая глубина;
 - 2) сильное повреждение окружающих рану тканей;
 - 3) частое повреждение глубоко лежащих структур;
 - 4) массивное наружное кровотечение;
 - 5) сильная боль;
 - 6) риск развития анаэробной раневой инфекции.

20. Особенностью высокоскоростных огнестрельных ран является:
- 1) отсутствие повреждения окружающих рану тканей;
 - 2) наличие трех зон повреждения;
 - 3) обязательное наличие входного и выходного отверстия;
 - 4) зияние краев;
 - 5) не прямой ход раневого канала;
 - 6) прямой ход раневого канала;
 - 7) высокий риск развития раневой инфекции.
21. Какое из изменений в тканях является характерным только для огнестрельных повреждений?
- 1) наличие входного отверстия;
 - 2) наличие выходного отверстия;
 - 3) наличие зоны первичного некроза;
 - 4) наличие зоны молекулярного сотрясения тканей;
 - 5) развитие раневой инфекции.
22. В каком месте по ходу раневого канала при огнестрельных повреждениях бывают наибольшие разрушения тканей?
- 1) у входного отверстия;
 - 2) у выходного отверстия;
 - 3) в середине раневого канала;
 - 4) в полостных органах;
 - 5) в подкожной клетчатке.
23. В огнестрельной ране различают все зоны повреждения, кроме зоны:
- 1) входного отверстия;
 - 2) раневого канала;
 - 3) молекулярного сотрясения;
 - 4) кровоизлияния;
 - 5) первичного некроза.
24. Чем объясняется наличие зоны молекулярного сотрясения при огнестрельном ранении?
- 1) передачей снарядом окружающим тканям избытка кинетической энергии;
 - 2) пульсацией клеток в зоне раны;
 - 3) волнообразными движениями стенок канала;
 - 4) изменением осмотического давления;
 - 5) большой массой снаряда.
25. Сквозная рана с наличием небольшого входного и большого выходного отверстий наблюдается при ранении:
- 1) финкой;
 - 2) штыком;
 - 3) осколком;
 - 4) пулей с высокой начальной скоростью с близкого расстояния;
 - 5) шпагой.
26. Какие клеточные элементы являются базовыми в развитии грануляционной ткани?
- 1) нейтрофилы;
 - 2) макрофаги;
 - 3) эндотелиальные клетки;
 - 4) фибробласты;

- 5) лимфоциты.
27. По отношению к серозным полостям организма различают раны:
- 1) проникающие;
 - 2) сквозные;
 - 3) не проникающие;
 - 4) слепые;
 - 5) касательные.
28. Критерием проникающего характера ранения передней брюшной стенки служит повреждение:
- 1) подкожной клетчатки;
 - 2) мышц;
 - 3) париетальной брюшины;
 - 4) висцеральной брюшины;
 - 5) органа лежащего в брюшной полости.
29. К ранним осложнениям ран относится:
- 1) кровотечения;
 - 2) развитие травматического шока;
 - 3) развитие серомы;
 - 4) некроз окружающих тканей;
 - 5) раневая инфекция;
 - 6) расхождение краев раннее ушитой раны.
30. К поздним осложнениям ран относится:
- 1) травматический шок;
 - 2) нагноение раны;
 - 3) вторичные кровотечения;
 - 4) раневой сепсис;
 - 5) первичное кровотечение.
31. Осложненными ранами называют:
- 1) раны с выраженным ушибом тканей и обширными кровоизлияниями;
 - 2) сочетание раны с повреждением костей или внутренних органов;
 - 3) сочетание механического повреждения с другими факторами (яды, термический фактор и др.);
 - 4) нагноение ран;
 - 5) наличие нескольких ран.
32. Степень бактериальной контаминации наиболее высока в ране:
- 1) резаной;
 - 2) укушенной;
 - 3) рубленой;
 - 4) колотой;
 - 5) скальпированной.
33. При каком характере повреждения возникает зияние раны?
- 1) при проникающем характере ранения;
 - 2) при повреждении нервных стволов;
 - 3) при повреждении фасций;
 - 4) при повреждении мышц и сухожилий;
 - 5) при пересечении эластических волокон кожи.

34. Первичное инфицирование возникает вследствие попадания в рану микроорганизмов, которые располагаются на:
- 1) хирургических инструментах при выполнении хирургической обработки;
 - 2) ранищем предмете;
 - 3) руках хирурга;
 - 4) коже пострадавшего;
 - 5) шовном материале, используемом для аппроксимации тканей.
35. Развитию инфекции в ране способствуют все перечисленные факторы, кроме:
- 1) наличие в раневом канале сгустков крови;
 - 2) массивная кровопотеря;
 - 3) травматический шок;
 - 4) алиментарное истощение пациента;
 - 5) отсутствия в раневом канале инородных тел.
36. К факторам, определяющим риск развития раневой инфекции, относятся:
- 1) степень микробной контаминации раны;
 - 2) вид микрофлоры;
 - 3) степень вирулентности микрофлоры;
 - 4) состояние защитных сил организма;
 - 5) пол пациента.
37. Снижает устойчивость организма к развитию раневой инфекции:
- 1) наличие у пострадавшего сахарного диабета;
 - 2) развитие травматического шока;
 - 3) массивная кровопотеря;
 - 4) алиментарное истощение;
 - 5) мужской пол пациента.
38. К факторам, способствующим переходу инфицированной раны в гнойную, относятся:
- 1) наличие некротических тканей в ране;
 - 2) отсутствие в ране инородных тел и сгустков крови;
 - 3) травматический шок;
 - 4) микробная обсеменённость кожных краев раны;
 - 5) ишемия тканей.
39. Признаками здоровых грануляций является:
- 1) ярко-красный цвет;
 - 2) зернистость;
 - 3) сочность;
 - 4) рыхлость;
 - 5) плотность;
 - 6) бледно-розовый цвет.
40. Первая помощь при ранениях включает:
- 1) применение доступных методов временной остановки кровотечений;
 - 2) промывание раны водой;
 - 3) промывание раны раствором антисептика;
 - 4) удаление из раны инородных тел;
 - 5) наложение повязки;
 - 6) транспортную иммобилизацию.

41. Перечислите виды хирургической обработки раны:

- 1) ранняя первичная;
- 2) отсроченная первичная;
- 3) поздняя первичная;
- 4) сверх поздняя первичная;
- 5) поздняя вторичная.

42. Под первичной хирургической обработкой раны следует понимать:

- 1) иссечение только краев и дна раны;
- 2) вскрытие гнойных карманов и затеков;
- 3) удаление гнойного отделяемого;
- 4) иссечение краев, стенок и дна раны;
- 5) промывание раны антисептиком, гемостаз.

43. Первичная хирургическая обработка:

- 1) необходима при наличии асептических ран;
- 2) необходима при наличии контаминированных ран;
- 3) необходима при наличии инфицированных ран;
- 4) включает ревизию раневого канала, удаление инородных тел, иссечение краев, стенок и дна раны, гемостаз;
- 5) включает ревизию раневого канала, удаление инородных тел, гемостаз;
- 6) может завершаться наложением первичных швов, первично-отсроченных швов или без ушивания раны;
- 7) всегда завершается наложением первичных швов;
- 8) всегда завершается без ушивания раны.

44. Первичную хирургическую обработку раны не производят:

- 1) при продолжающемся кровотечении из раны;
- 2) при развитии шока;
- 3) в первые 6 часов после ранения;
- 4) при явных признаках загрязнения раны;
- 5) у пациента с ВИЧ инфекцией либо клиническими проявлениями СПИДа.

45. Максимально допустимые сроки выполнения первичной хирургической обработки раны от момента получения повреждения составляют:

- 1) до 12 часов;
- 2) до 24 часов;
- 3) до 48 часов;
- 4) до 7 суток;
- 5) до появления признаков развития в ране микробно-воспалительного процесса.

46. Вторичная хирургическая обработка:

- 1) выполняется при наличии асептических ран;
- 2) выполняется при наличии контаминированных ран;
- 3) выполняется при наличии инфицированных ран;
- 4) включает ревизию раневого канала, удаление инородных тел, иссечение краев, стенок и дна раны, гемостаз;
- 5) включает ревизию раневого канала, эвакуацию гноя, гемостаз;
- 6) включает вскрытие гнойного очага и затеков, эвакуацию гноя, иссечение нежизнеспособных тканей и обеспечение адекватного дренирования раны;
- 7) завершается наложением первичных швов;
- 8) обычно завершается без ушивания раны.

47. Чем заканчивается хирургическая обработка ран, осложнившихся развитием микробно-воспалительного процесса?
- 1) туалетом раны и наложением швов;
 - 2) дренированием раны и наложением швов;
 - 3) туалетом раны и дренированием;
 - 4) иссечение краев, стенок и дна раны;
 - 5) тугий тампонадой раны.
48. Какой способ завершения первичной хирургической обработки огнестрельной раны наиболее обоснован и эффективен?
- 1) первичные глухие швы;
 - 2) отказ от первичных швов, дренирование раны;
 - 3) вторичные швы;
 - 4) отсроченные первичные швы с дренированием раны;
 - 5) туалет раны.
49. Какое из перечисленных мероприятий является наиболее эффективным в лечении огнестрельной раны?
- 1) остановка кровотечения в ране;
 - 2) наложение асептической повязки;
 - 3) обкалывание области раны антибиотиками;
 - 4) первичная хирургическая обработка раны без ее ушивания;
 - 5) удаление из раны инородных тел.
50. Быстрее других заживает рана:
- 1) резаная;
 - 2) рубленая;
 - 3) укушенная;
 - 4) ушибленная;
 - 5) размозженная.
51. Для ускорения заживления при лечении раны в фазе дегидратации необходимы:
- 1) смена повязки каждые 12 часов;
 - 2) применение протеолитических ферментов;
 - 3) наложение мазевых повязок;
 - 4) наложение повязок с гипертоническими растворами солей;
 - 5) наложение повязок с водорастворимыми мазями.
52. Дном раны является кость. При производстве первичной хирургической обработки раны следует:
- 1) иссечь надкостницу;
 - 2) выскаблить кость острой ложкой Фолькмана;
 - 3) снять верхний слой надкостницы;
 - 4) трепанировать кость;
 - 5) иссечь только края и стенки раны.
53. Имеется рана с ограниченным участком некроза края кожи. Что необходимо сделать?
- 1) назначить УВЧ на рану;
 - 2) наложить повязку с гипертоническим раствором хлорида натрия;
 - 3) наложить повязку с мазью Вишневского;
 - 4) дренировать рану;
 - 5) иссечь омертвевший участок кожи.

54. Какие виды заживления ран выделяют?
- 1) первичным натяжением;
 - 2) под струпом;
 - 3) повторным натяжением;
 - 4) вторичным натяжением;
 - 5) отсроченным натяжением.
55. Какой вид хирургического пособия является наиболее эффективным при лечении раны?
- 1) иссечение раны;
 - 2) рассечение раны;
 - 3) хирургическая обработка раны;
 - 4) туалет раны;
 - 5) мобилизация раны.
56. Какой технический прием из перечисленных не применяется во время проведения хирургической обработки ран?
- 1) рассечение раны;
 - 2) пересечение раны;
 - 3) рассечение с частичным иссечением;
 - 4) частичное иссечение раны;
 - 5) полное иссечение раны.
57. Основным показанием к наложению первично-отсроченного шва является:
- 1) посттравматический шок;
 - 2) большая кровопотеря;
 - 3) невозможность стянуть края раны после хирургической обработки;
 - 4) высокая вероятность развития в ране микробно-воспалительного процесса;
 - 5) ранение крупного нервного ствола.
58. В какие сроки после хирургической обработки накладываются отсроченные первичные швы?
- 1) сразу после ее завершения;
 - 2) через 1-2 дня;
 - 3) через 5-7 суток;
 - 4) через 10-15 суток;
 - 5) через 20-30 и более суток.
59. Вторичные швы:
- 1) накладывают на раны, заживающие первичным натяжением;
 - 2) накладывают на раны, заживающие вторичным натяжением в фазе воспаления;
 - 3) накладывают на раны, заживающие вторичным натяжением в фазе пролиферации;
 - 4) ранние вторичные швы накладывают в 1-3 суток после хирургической обработки;
 - 5) ранние вторичные швы накладывают на 7-21 сутки после хирургической обработки;
 - 6) поздние вторичные швы накладывают на 4-15 суток после хирургической обработки и до образования рубцовой ткани;
 - 7) поздние вторичные швы накладывают по истечении 21 суток с момента получения ранения и включают иссечение рубцовой ткани.
60. Для заживления раны первичным натяжением необходимо:
- 1) плотное соприкосновение тканей, формирующих рану;
 - 2) зияние краев раны, превышающее 10 мм;
 - 3) отсутствие в ране очагов некроза тканей и сгустков крови;
 - 4) бактериальная контаминация раны не выше 10^{10} микробных тел на грамм ткани;

- 5) бактериальная контаминация раны не выше 10^6 микробных тел на грамм ткани.
61. Наиболее склонны к развитию гнойных осложнений раны:
- 1) резаные;
 - 2) операционные;
 - 3) укушенные;
 - 4) огнестрельные;
 - 5) колотые.
62. Наиболее высока вероятность заживления первичным натяжением раны:
- 1) ушибленной;
 - 2) рваной;
 - 3) укушенной;
 - 4) гнойной;
 - 5) резаной.
63. Лечение ушитых операционных ран включает:
- 1) обязательное дренирование;
 - 2) дренирование при наличии показаний;
 - 3) обязательную антибиотикопрофилактику;
 - 4) антибиотикопрофилактику при наличии факторов риска инфицирования;
 - 5) смену асептических повязок;
 - 6) повязки с водорастворимыми антибактериальными мазями.
64. Чем заканчивается хирургическая обработка ран, осложнившихся развитием инфекционного процесса?
- 1) туалетом раны и наложением швов;
 - 2) дренированием раны и наложением швов;
 - 3) иссечение краев, стенок и дна раны;
 - 4) тампонадой раны;
 - 5) туалетом раны и дренированием.
65. Лечение гнойных ран включает:
- 1) первичную хирургическую обработку;
 - 2) вторичную хирургическую обработку;
 - 3) местное лечение в соответствии с фазами раневого процесса;
 - 4) системную антибактериальную терапию в 1-2 фазах раневого процесса;
 - 5) местное применение антибиотиков в 1-2 фазах раневого процесса;
 - 6) системную антибактериальную терапию во всех фазах раневого процесса.
66. При развитии в ране микробно-воспалительного процесса, вызванного синегнойной палочкой, наиболее эффективным является местное применения:
- 1) суспензии этазола;
 - 2) сухого пенициллина;
 - 3) салициловой мази;
 - 4) порошка борной кислоты;
 - 5) протеолитических ферментов.
67. Основные принципы местного лечения гнойных ран в фазе воспаления включают:
- 1) адекватное дренирование раны;
 - 2) проведение полноценной некрэктомии;
 - 3) применение мазевых повязок;
 - 4) санация раны растворами антисептиков;

5) наложение вторичных швов.

68. В фазе воспаления основными задачами лечения инфицированной раны являются:

- 1) подавление инфекции в ране;
- 2) стимуляция роста грануляций;
- 3) ускорение очищения раны;
- 4) защита грануляций от повреждения;
- 5) профилактика избыточного образования рубцовой ткани;
- 6) дренирование раны.

69. В фазе воспаления для местного лечения инфицированных ран используют:

- 1) дренирование раны;
- 2) протеолитические ферменты;
- 3) альгинатные повязки;
- 4) жирорастворимые антисептические мази;
- 5) орошение раны антибиотиками.

70. Местное лечение гнойных ран в фазе воспаления включает:

- 1) влажную обработку ран с осмотически-активными веществами и антисептиками;
- 2) сухую обработку ран;
- 3) использование водорастворимых антимикробных мазей;
- 4) использование жирорастворимых антимикробных мазей;
- 5) повторное иссечение некрозов;
- 6) внутривенное введение иммуноглобулинов.

71. Эффективность санации инфицированной раны повышают:

- 1) вакуумная обработка раны;
- 2) обработка лазерным излучением;
- 3) обработка пульсирующей струей жидкости;
- 4) местное применение антибиотиков;
- 5) согревающие компрессы.

72. Выберите наиболее эффективные способы дренирования ран:

- 1) установка в рану одного перфорированного силиконового дренажа;
- 2) активное дренирование;
- 3) установка в рану выпускника из латексной резины;
- 4) промывание полости раны раствором антисептика с последующей активной аспирацией содержимого;
- 5) посредством марлевого тампона.

73. Основные принципы местного лечения ран в фазе регенерации:

- 1) активное дренирование раны;
- 2) частая санация раны растворами антисептиков;
- 3) проведение полноценной некрэктомии;
- 4) повязки с мазями, стимулирующими процессы регенерации;
- 5) сближение краев раны.

74. В фазе регенерации для местного лечения инфицированных ран используют:

- 1) дренирование раны;
- 2) протеолитические ферменты;
- 3) гидроколлоидные повязки;
- 4) водорастворимые антибактериальные мази;
- 5) вторичные швы;

б) аутодермопластику.

75. Местное лечение гнойных ран в фазе эпителизации включает:

- 1) использование водорастворимых антимикробных мазей;
- 2) использование жирорастворимых антимикробных мазей;
- 3) повязки с индифферентными и стимулирующими мазями;
- 4) обязательную ежедневную смену повязок;
- 5) дренирование раны по показаниям;
- 6) физиотерапию (УФО, лазер, пульсирующее магнитное поле).

76. В фазе эпителизации для местного лечения инфицированных ран используют:

- 1) альгинатные повязки;
- 2) губчатые повязки;
- 3) гидрогелевые повязки;
- 4) водорастворимые антибактериальные мази;
- 5) пересадку культур аллофибробластов;
- 6) аутодермопластику.

77. Местное лечение гнойных ран в фазе пролиферации включает:

- 1) обязательное дренирование;
- 2) неадгезивные повязки;
- 3) использование водорастворимых антимикробных мазей;
- 4) использование жирорастворимых антимикробных мазей;
- 5) повторное иссечение некрозов;
- 6) обязательное выполнение аутодермопластики;
- 7) после полного очищения раны наложение вторичных швов или лейкопластырное стяжение, при большой площади раны – аутодермопластика.

78. К основным принципам общего лечения гнойных ран относится:

- 1) системная антибактериальная терапия;
- 2) местное применение протеолитических ферментов;
- 3) иммунокоррекция;
- 4) симптоматическая терапия;
- 5) коррекция нарушений обмена веществ и функции органов и систем.

79. Системная терапия гнойных ран включает:

- 1) антибиотикотерапия во всех фазах раневого процесса;
- 2) антибиотикотерапия в 1-2 фазах раневого процесса;
- 3) обязательную дезинтоксикационную терапию;
- 4) дезинтоксикационную терапию при наличии признаков системной воспалительной реакции;
- 5) обязательное использование иммуномодуляторов;
- 6) обезболивание.

80. Показаниями к системному применению антибиотиков при лечении ран являются:

- 1) любые инфицированные раны;
- 2) раны от укусов животных и человека;
- 3) огнестрельные раны;
- 4) наличие системной воспалительной реакции;
- 5) старт лечебных мероприятий на сроках более 24 часов с момента ранения;
- 6) старт лечебных мероприятий на сроках более 12 часов с момента ранения.

81. Бесповязочное лечение в абактериальной среде как правило проводят при:

- 1) обширных плоских ранах мягких тканей;
 - 2) колотых ранах,
 - 3) огнестрельных ранах,
 - 4) локальных глубоких ожогах,
 - 5) укушенных ранах.
82. Лечение контаминированных случайных ран включает:
- 1) обязательную профилактику столбняка;
 - 2) профилактику столбняка при сильном загрязнении раны землей;
 - 3) выполнение ПХО абсолютно во всех случаях;
 - 4) проведение ПХО во всех случаях кроме небольших поверхностных повреждений и случаев, где есть косметические и функциональные противопоказания;
 - 5) обязательное дренирование;
 - 6) дренирование при наличии показаний.
83. Целью хирургической обработки контаминированной раны является:
- 1) стерилизация раны;
 - 2) остановка кровотечения в ране;
 - 3) удаление девитализированных тканей;
 - 4) удаление инородных тел;
 - 5) снижение степени микробной контаминации в ране;
 - 6) обязательное наложение первичных швов.
84. К методам физической антисептики, применяемым для лечения ран в фазе воспаления относится:
- 1) обработка раны пульсирующей струей;
 - 2) санация раны растворами антисептиков;
 - 3) обработка раны методом ультразвуковой кавитации;
 - 4) антибактериальная терапия;
 - 5) обработка гнойной раны посредством лазерного излучения.
85. Если ушитая операционная рана заживает первичным натяжением, то смену повязки и ревизию раны проводят:
- 1) ежедневно;
 - 2) обязательно один раз в 24 часа;
 - 3) не чаще, чем один раз в неделю;
 - 4) при промокании повязки раневым отделяемым;
 - 5) при усилении болей в области раны;
 - 6) при повышении температуры тела.
86. Введение противостолбнячной сыворотки по методу Безредко включает:
- 1) на 1 этапе вводят 0,1 мл сыворотки подкожно;
 - 2) на 1 этапе вводят 0,1 мл разведенной сыворотки внутрикожно;
 - 3) величину папулы, полученной при введении тестовой дозы препарата, оценивают через 20 минут;
 - 4) величину папулы, полученной при введении тестовой дозы препарата оценивают через 40 минут;
 - 5) на 2 этапе вводят 0,1 мл разведенной сыворотки подкожно;
 - 6) на 2 этапе вводят 0,1 мл сыворотки подкожно;
 - 7) при отсутствии патологической реакции на подкожное введение тестовой дозы препарата, необходимую лечебную дозу вводят подкожно;
 - 8) при отсутствии патологической реакции на подкожное введение тестовой дозы препарата, необходимую лечебную дозу вводят внутримышечно.

