

Некротизирующая инфекция мягких тканей

Специфическая хирургическая инфекция

1. К факторам, способствующим развитию анаэробной инфекции относятся:
 - 1) обширные размозжения тканей;
 - 2) массивная кровопотеря;
 - 3) наличие в ране инородных тел;
 - 4) переохлаждение;
 - 5) физическое истощение
 - 6) ранняя хирургическая обработка раны.

2. Для некротизирующих инфекций мягких тканей характерны следующие особенности:
 - 1) большая площадь поражения;
 - 2) поражение нескольких уровней мягких тканей;
 - 3) быстрая генерализация микробно-воспалительного процесса;
 - 4) невыраженные системные признаки воспаления;
 - 5) высокая летальность;
 - 6) в большинстве случаев прогноз исхода заболевания благоприятный.

3. Развитию некротизирующей инфекции способствуют:
 - 1) широкое зияние раны;
 - 2) глубокий раневой канал;
 - 3) плохое сообщение раневой полости с внешней средой;
 - 4) нарушения кровоснабжения в ране;
 - 5) наличие в ране нежизнеспособных тканей.

4. Выделяют следующие клинические формы анаэробной инфекции:
 - 1) клостридиальный миозит;
 - 2) клостридиальный целлюлит;
 - 3) клостридиальный фасциит;
 - 4) гнилостная флегмона;
 - 5) флегмонозная форма;
 - 6) клостридиальный остеомиелит.

5. Выделяют следующие клинические формы анаэробной клостридиальной инфекции:
 - 1) клостридиальный миозит;
 - 2) геморрагическая форма;
 - 3) клостридиальный целлюлит;
 - 4) буллезная форма;
 - 5) клостридиальный фасциит;
 - 6) смешанная форма (поражение всех видов мягких тканей);
 - 7) некротическая форма;
 - 8) инфильтративная форма.

6. Возбудителям анаэробной клостридиальной инфекции являются:
 - 1) *Cl. perfringens*;
 - 2) *Peptostreptococcus* spp.;
 - 3) *Cl. edematis*;
 - 4) *Cl. histolyticum*;
 - 5) *Cl. septicum*;
 - 6) *Peptococcus* spp.;

- 7) *Cl. tetani*;
 - 8) *Fusobacterium spp.*
7. К возбудителям анаэробной неспорообразующей инфекции относятся:
- 1) *Cl. edematis*;
 - 2) *Peptostreptococcus spp.*;
 - 3) *Cl. histolyticum*;
 - 4) *Cl. tetani*;
 - 5) *Proteus spp.*;
 - 6) *Peptococcus spp.*;
 - 7) *Staphylococcus spp.*;
 - 8) *Fusobacterium spp.*
8. Возбудителями гнилостной инфекции являются:
- 1) анаэробная клостридиальная микрофлора;
 - 2) анаэробная неклостридиальная микрофлора;
 - 3) аэробная микрофлора;
 - 4) сочетание анаэробной клостридиальной микрофлоры с аэробной микрофлорой;
 - 5) сочетание анаэробной неклостридиальной микрофлоры с аэробной микрофлорой.
9. Ранними симптомами анаэробной инфекции являются:
- 1) высокая температура тела;
 - 2) аномально низкая температуры тела;
 - 3) неадекватное поведение больного;
 - 4) распирающие боли в ране;
 - 5) отсутствие болевых ощущений в ране;
 - 6) отечность тканей раны;
 - 7) брадикардия.
10. Местными признаками развития клостридиальной анаэробной раневой инфекции являются:
- 1) обильное гнойное отделяемое;
 - 2) отек, распространяющийся далеко от первичной раны;
 - 3) крепитация при пальпации краев раны;
 - 4) травматизация краев раны приводит к обильному кровотечению;
 - 5) локальное снижение температуры кожи;
 - 6) рана сухая с выбухающими мышцами в виде вареного мяса;
 - 7) симптом флюктуации;
 - 8) студнеобразный вид подкожной клетчатки.
11. Специфическими симптомами развития клостридиальной анаэробной раневой инфекции являются:
- 1) травматизация краев раны приводит к обильному кровотечению;
 - 2) наличие воздуха в мягких тканях, выявляемое при рентгенографии;
 - 3) лигатура, наложенная на пораженную конечность, в течение нескольких часов врезается в кожу;
 - 4) раневое отделяемое имеет ихорозный запах;
 - 5) пораженная мышечная ткань не тонет в гипертоническом растворе.
12. Местными признаками развития неклостридиальной анаэробной раневой инфекции являются:
- 1) выбухание мышц в виде вареного мяса;
 - 2) крепитация при пальпации краев раны;

- 3) раневое отделяемое имеет ихорозный запах;
- 4) лигатура, наложенная на пораженную конечность, в течение нескольких часов врезается в кожу;
- 5) отсутствие в ране грануляций;
- 6) ярко-розовые грануляции;
- 7) обилие в ране некротических тканей;
- 8) обильное гнойное раневое отделяемое;
- 9) серый цвет раневого экссудата.

13. При развитии анаэробного клостридиального целлюлита наиболее характерно поражение:

- 1) кожи;
- 2) подкожной клетчатки;
- 3) мышц;
- 4) соединительной ткани;
- 5) костей;
- 6) суставов.

14. Укажите признаки клостридиального панникулита (целлюлита):

- 1) молниеносное прогрессирование заболевания;
- 2) быстрое прогрессирование воспалительного процесса не характерно;
- 3) быстрое нарастание интоксикации;
- 4) мышцы нежизнеспособны;
- 5) сохранение жизнеспособности мышц;
- 6) отделяемое из раны серозно-гнилостное, с неприятным запахом;
- 7) скопление газа в клетчатке вокруг раны.

15. При развитии клостридиальной анаэробной инфекции используют следующие виды оперативных пособий:

- 1) вскрытие, дренирование гнойника;
- 2) широкое рассечение и иссечение пораженных тканей;
- 3) рассечение фасциальных футляров;
- 4) ампутации и дезартикуляции без закрытия культи;
- 5) при развитии кровотечения, - лигирование сосуда на протяжении;
- 6) при развитии кровотечения, - лигирование сосуда только в ране;
- 7) ампутация под жгутом с ушиванием культи.

16. При развитии неклостридиальной анаэробной инфекции используют следующие виды оперативных пособий:

- 1) максимально щадящее рассечение раны;
- 2) удаление некротизированной подкожной клетчатки;
- 3) рассечение фасциальных футляров;
- 4) удаление девитализированных мышц;
- 5) выворачивание краев раны с их последующей фиксацией.

17. Основными компонентами комплексного лечения газовой гангрены являются:

- 1) иссечение некротизированных тканей;
- 2) максимально широкое рассечение тканей;
- 3) антибактериальная монотерапия;
- 4) инфузионная терапия;
- 5) гипербарическая оксигенация;
- 6) миорелаксанты + ИВЛ;
- 7) введение специфической противогангренозной сыворотки;

- 8) многокомпонентная антибактериальная терапия.
18. Комплексное лечение анаэробной неклостридиальной инфекции включает:
- 1) срочную радикальную хирургическую обработку;
 - 2) максимальное иссечение нежизнеспособных тканей;
 - 3) переливание тромбоцитарной массы;
 - 4) экстракорпоральную детоксикацию;
 - 5) антиконвульсанты;
 - 6) инфузионную терапию;
 - 7) гипотензивные препараты;
 - 8) миорелаксанты;
 - 9) иммунотерапию;
 - 10) многокомпонентную антибактериальную терапию.
19. Особенности лечения некротизирующей инфекции являются:
- 1) выполнение хирургического вмешательства в максимально ранние сроки;
 - 2) широкое использование малоинвазивных технологий;
 - 3) использование широких доступов;
 - 4) максимально радикальная некрэктомия;
 - 5) экономная некрэктомия;
 - 6) ушивание раны с обязательным дренированием.
20. Профилактика развития анаэробной инфекции включает в себя:
- 1) первичную хирургическую обработку с наложением первичного шва;
 - 2) широкое иссечение нежизнеспособных тканей;
 - 3) антибиотикотерапию в ранние сроки после повреждения;
 - 4) изоляцию пациента с анаэробной инфекцией;
 - 5) лечение пациента с анаэробной инфекцией в общей палате;
 - 6) раннюю радикальную хирургическую обработку ран;
 - 7) транспортную и лечебную иммобилизацию.
21. Возбудителем столбняка является:
- 1) *Klebsiella*;
 - 2) *Clostridium histolyticum*;
 - 3) *Clostridium tetani*;
 - 4) *Clostridium histolyticum*;
 - 5) *Pseudomonas aeruginosa*.
22. К специфическим симптомам столбняка относятся:
- 1) опистотонус;
 - 2) наличие воздуха в мягких тканях, выявляемое при рентгенографии;
 - 3) «сардоническая улыбка»;
 - 4) «лицо Гиппократата»;
 - 5) флюктуация;
 - 6) тонические судороги скелетной мускулатуры;
 - 7) клонические судороги мышечной мускулатуры;
 - 8) тризм жевательных мышц;
 - 9) перемежающаяся хромота;
 - 10) симптомы раздражения брюшины.
23. Препараты, применяемые для лечения столбняка:
- 1) противостолбнячная сыворотка;
 - 2) столбнячный анатоксин;

- 3) мышечные релаксанты;
- 4) транквилизаторы;
- 5) хлоралгидрат;
- 6) нейролептики;
- 7) антирабическая сыворотка;
- 8) противостолбнячный глобулин.

24. К средствам активной иммунизации, применяемым при экстренной профилактики столбняка, относятся:

- 1) противостолбнячный человеческий иммуноглобулин (ПСЧИ);
- 2) интерферон;
- 3) специфическая противогангренозная сыворотка;
- 4) противостолбнячная сыворотка (ПСС);
- 5) адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина (АКДС);
- 6) столбнячный анатоксин (АС).

25. К средствам пассивной иммунизации, применяемым при экстренной профилактики столбняка, относятся:

- 1) противостолбнячный человеческий иммуноглобулин (ПСЧИ);
- 2) интерферон;
- 3) специфическая противогангренозная сыворотка;
- 4) противостолбнячная сыворотка (ПСС);
- 5) адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина (АКДС);
- 6) столбнячный анатоксин (АС).

26. У непривитых от столбняка людей экстренная профилактика данного заболевания осуществляется путем введения:

- 1) анатоксина столбнячного (АС);
- 2) противостолбнячной сыворотки (ПСС);
- 3) специфической противогангренозной сыворотки;
- 4) адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины (АКДС);
- 5) тетанолизина;
- 6) тетаноспазмина.

27. У привитых от столбняка людей экстренная профилактика данного заболевания осуществляется путем введения:

- 1) анатоксина столбнячного (АС);
- 2) противостолбнячной сыворотки (ПСС);
- 3) специфической противогангренозной сыворотки;
- 4) адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины (АКДС);
- 5) тетанолизина;
- 6) тетаноспазмина.

28. Профилактика столбняка посредством введения противостолбнячной сыворотки осуществляется по методу:

- 1) Рапопорта;
- 2) Оберста-Лукашевича;
- 3) Пирогова;
- 4) Безредко;
- 5) Вишневого.

29. Какова длительность наблюдения за больным после введения противостолбнячной сыворотки?

- 1) 10 - 15 мин;
 - 2) 15 - 30 мин;
 - 3) 1,5 - 2 часа;
 - 4) 24 - 48 часов;
 - 5) 2 - 6 суток.
30. Количество противостолбнячной сыворотки, вводимой в случае экстренной профилактики столбняка, составляет:
- 1) 1000 МЕ;
 - 2) 2000 МЕ;
 - 3) 3000 МЕ;
 - 4) 5000 МЕ;
 - 5) 10 000 МЕ.
31. Количество анатоксина столбнячного, вводимого в случае экстренной профилактики столбняка привитым пациентам составляет:
- 1) 0,5 мл
 - 2) 1,0 мл;
 - 3) 2,0 мл;
 - 4) 3,0 мл;
 - 5) 5,0 мл.
32. Количество анатоксина столбнячного, вводимого в случае экстренной профилактики столбняка непривитым пациентам составляет:
- 1) 0,5 мл
 - 2) 1,0 мл;
 - 3) 2,0 мл;
 - 4) 3,0 мл;
 - 5) 5,0 мл.
33. Экстренная профилактика столбняка проводится в случае:
- 1) перфорации язвы 12-перстной кишки;
 - 2) закрытого травматического повреждения органов брюшной полости;
 - 3) открытого перелома бедра;
 - 4) закрытого перелома голени;
 - 5) колото-резаного ранения грудной клетки;
 - 6) огнестрельного ранения предплечья.
34. Плановая профилактика столбняка проводится представителям следующих специальностей:
- 1) военнослужащим;
 - 2) врачам;
 - 3) дорожным рабочим;
 - 4) пожарным;
 - 5) шоферам;
 - 6) шахтерам;
 - 7) животноводам.
35. Рожа - это острое воспаление:
- 1) подкожно-жировой клетчатки;
 - 2) волосяного фолликула, сальной железы и окружающей подкожной жировой клетчатки;

- 3) волосяного фолликула, потовой железы и окружающей подкожной жировой клетчатки;
 - 4) подкожно-жировой клетчатки лица;
 - 5) собственно кожи или слизистых оболочек, а так же лимфатических сосудов, вызванное стрептококком.
36. Рожистое воспаление вызывается:
- 1) золотистым стафилококком;
 - 2) гемолитическим стрептококком;
 - 3) синегнойной палочкой;
 - 4) вульгарными протеями;
 - 5) пептококком.
37. Наиболее часто рожистому воспалению подвергается кожа:
- 1) лица;
 - 2) головы;
 - 3) верхних конечностей;
 - 4) пальцев кисти;
 - 5) нижних конечностей;
 - 6) грудной клетки.
38. По характеру местных проявлений выделяют следующие формы рожи:
- 1) эритематозную;
 - 2) эритематозно-буллезную;
 - 3) метастатическую;
 - 4) мигрирующую (распространенную);
 - 5) локализованную;
 - 6) некротическую;
 - 7) катаральную;
 - 8) буллезно-геморрагическую.
39. Какие формы рожи выделяют по распространенности местных проявлений:
- 1) эритематозная;
 - 2) эритематозно-буллезная;
 - 3) эритематозно-геморрагическая;
 - 4) буллезно-геморрагическая;
 - 5) метастатическая;
 - 6) мигрирующая (распространенная);
 - 7) локализованная;
 - 8) катаральная.
40. Укажите местные симптомы эритематозной формы рожи:
- 1) местное повышение температуры;
 - 2) жгучая боль;
 - 3) отсутствие боли;
 - 4) яркая гиперемия кожи с фестончатыми четкими границами;
 - 5) разлитая гиперемия без четких границ;
 - 6) пузыри, наполненные серозным экссудатом;
 - 7) пузыри, наполненные геморрагическим экссудатом.
41. Для эритематозно-буллезной формы рожистого воспаления характерно:
- 1) формирование абсцессов;
 - 2) интрадермальные пузыри на фоне гиперемии кожи;

- 3) обширные язвенные дефекты кожи;
 - 4) обширные участки некроза кожи;
 - 5) яркая гиперемия кожи с фесточатыми четкими границами без пузырей.
42. Лечебные мероприятия при эритематозной роже на голени включают:
- 1) наложение влажных повязок с фурацилином;
 - 2) внутримышечное введение антибиотиков;
 - 3) десенсибилизирующую терапию (димедрол, кальция хлорид);
 - 4) ультрафиолетовое облучение очага воспаления;
 - 5) теплые ванны с марганцевокислым калием.
43. Укажите наиболее эффективную антимикробную терапию при роже:
- 1) комбинация полусинтетических пенициллинов и сульфаниламидных препаратов;
 - 2) комбинация тетрациклинов и циклических полипептидов;
 - 3) сульфаниламидные препараты;
 - 4) комбинация противогрибковых препаратов и сульфаниламидов;
 - 5) комбинация полусинтетических пенициллинов и противогрибковых препаратов.
44. Выберите виды лечения, применяющиеся при рожистом воспалении:
- 1) антибиотикотерапия;
 - 2) антибиотикопрофилактика;
 - 3) влажные повязки и ванны;
 - 4) десенсибилизирующая терапия;
 - 5) дезинтоксикационная терапия;
 - 6) ультрафиолетовое облучение;
 - 7) хирургическое лечение;
 - 8) рентгенотерапия.
45. Выберите виды лечения, применяющиеся при эритематозной роже:
- 1) антибиотикотерапия;
 - 2) антибиотикопрофилактика;
 - 3) влажные повязки и ванны;
 - 4) дезинтоксикационная терапия;
 - 5) ультрафиолетовое облучение;
 - 6) хирургическое лечение;
 - 7) рентгенотерапия.
46. Укажите основные осложнения, возникающие при часто рецидивирующей роже:
- 1) сахарный диабет;
 - 2) острый тромбоз;
 - 3) варикозная болезнь;
 - 4) лимфостаз, лимфедема;
 - 5) облитерирующий атеросклероз.
47. К местным осложнениям рожистого воспаления относится:
- 1) сепсис;
 - 2) абсцесс;
 - 3) флегмона;
 - 4) инфекционно-токсический шок;
 - 5) острая сердечно-сосудистая недостаточность;
 - 6) тромбоэмболия легочной артерии;
 - 7) флебит;
 - 8) тромбоз.

- 9) пустулизация булл.
48. К общим осложнениям рожистого воспаления относятся:
- 1) сепсис;
 - 2) абсцесс;
 - 3) флегмона;
 - 4) инфекционно-токсический шок;
 - 5) острая сердечно-сосудистая недостаточность;
 - 6) тромбоэмболия легочной артерии;
 - 7) флебит;
 - 8) тромбоз флебит;
 - 9) пустулизация булл.
49. К последствиям рожистого воспаления относится развитие:
- 1) фибредемы;
 - 2) лимфедемы;
 - 3) варикозной болезни вен нижних конечностей;
 - 4) облитерирующего эндартериита;
 - 5) липоматоза.
50. Эризипеллоид – это:
- 1) острое гнойное воспаление клетчатки пальцев кисти;
 - 2) специфическое грибковое поражение стоп;
 - 3) острое гнойное воспаление подкожной клетчатки стопы;
 - 4) инфекционное заболевание, вызываемое эшерихиями с поражением стоп.
 - 5) инфекционное заболевание, вызываемое палочкой свиной рожи с поражением кожи и суставов кистей рук.
51. Выделяют следующие клинические формы эризипеллоида:
- 1) кожная;
 - 2) волосяная;
 - 3) кожно-суставная;
 - 4) подногтевая;
 - 5) генерализованная;
 - 6) контактная;
 - 7) абсцедирующая.
52. Наиболее часто эризипеллоид поражает:
- 1) пальцы стопы;
 - 2) пальцы кисти;
 - 3) голень;
 - 4) подошвенная поверхность стопы;
 - 5) лицо.
53. При генерализованной форме эризипеллоида возможно развитие следующих осложнений:
- 1) лимфангита;
 - 2) менингоэнцефалита;
 - 3) пневмонии;
 - 4) лимфаденита;
 - 5) эндокардита;
 - 6) анасарки.

54. Для эризипелоида характерны следующие местные проявления:
- 1) преимущественная локализация на голени;
 - 2) преимущественная локализация на тыльной поверхности пальцев и кистей рук;
 - 3) яркая припухлость в месте внедрения возбудителя;
 - 4) отсутствие отека тканей в месте внедрения возбудителя;
 - 5) выраженный зуд и жжение в месте поражения;
 - 6) безболезненные буллы с геморрагическим содержимым в месте поражения.
55. Лечебные мероприятия при эризипелоиде включают:
- 1) иммобилизацию кисти;
 - 2) ультрафиолетовое облучение кожи;
 - 3) антибиотикотерапию;
 - 4) антибиотикопрофилактику;
 - 5) новокаиновые блокады;
 - 6) некрэктомию.
56. К острым специфическим хирургическим инфекциям относятся:
- 1) эритематозная рожа;
 - 2) столбняк;
 - 3) сибирская язва;
 - 4) стрептококковая скарлатина;
 - 5) брюшной тиф.
57. Укажите основные отличительные черты острых специфических хирургических инфекций:
- 1) часто являются карантинными инфекциями;
 - 2) полиморфизм возбудителя;
 - 3) хирургическая операция является обязательным и необходимым методом лечения;
 - 4) для них не существует специфической профилактики;
 - 5) применение вакцин и сывороток является необходимым методом лечения.
58. К хроническим специфическим хирургическим инфекциям относятся:
- 1) внелегочный туберкулез;
 - 2) псевдотуберкулез;
 - 3) столбняк;
 - 4) актиномикоз;
 - 5) токсоплазмоз.
59. Укажите основные отличительные черты хронических специфических хирургических инфекций:
- 1) наиболее часто возникают на фоне ВИЧ-инфекции;
 - 2) чаще всего являются гранулематозными инфекциями;
 - 3) редко требуется хирургическое лечение;
 - 4) точная диагностика основана на гистологической верификации;
 - 5) в терапии наиболее эффективны сыворотки и вакцины.
60. Хирургические методы лечения брюшного тифа показаны:
- 1) при перфорации брюшнотифозной язвы тонкой кишки;
 - 2) при поражении печени и селезенки;
 - 3) при развитии перитонита;
 - 4) при неэффективности антибактериальной терапии;
 - 5) при хронизации инфекции.

61. Наиболее часто у человека встречается следующая форма сибирской язвы:
- 1) менингеальная;
 - 2) кишечная;
 - 3) кожная;
 - 4) генерализованная;
 - 5) нефритическая.
62. Человек может заразиться сибирской язвой:
- 1) при купании в зараженном водоеме;
 - 2) при контакте с инфицированным мясом и шкурами животных;
 - 3) при вскрытии скотомогильников;
 - 4) трансплацентарно;
 - 5) при укусе инфицированными москитами, гнусом, комарами.
63. Сифилис костей и суставов развивается:
- 1) в период вторичного позднего сифилиса;
 - 2) при внутриутробном заражении;
 - 3) в период первичного сифилиса вместе с сыпью;
 - 4) в период третичного сифилиса после латентного периода;
 - 5) только на фоне поздних стадий ВИЧ-инфекции.
64. Для лепры характерны следующие признаки:
- 1) обезображивание лица – «лицо льва»;
 - 2) поражение периферических нервов;
 - 3) атрофия слизистой оболочки илеоцекального отдела кишечника;
 - 4) мышечные контрактуры кистей и стоп;
 - 5) самоампутация пальцев кистей и стоп на поздних стадиях болезни.
65. Возбудителями актиномикоза являются:
- 1) пикорновирусы;
 - 2) нетуберкулезные микобактерии;
 - 3) лучистые грибы – сахаромицеты;
 - 4) простейшие;
 - 5) сапрофитные актиномицеты в ассоциации с другими бактериями.
66. При костно-суставном туберкулезе наиболее часто поражаются:
- 1) позвонки и тазобедренные суставы;
 - 2) сухожилия голеней и предплечий;
 - 3) плечевые суставы и ребра;
 - 4) лучезапястные и таранно-ладьевидные суставы;
 - 5) ахиллово сухожилие и ребра.
67. К типичным осложнениям абдоминального туберкулеза относятся:
- 1) перфорации туберкулезных язв кишечника;
 - 2) развитие кишечной непроходимости;
 - 3) развитие перитонита;
 - 4) абсцедирование внутрибрюшных лимфатических узлов;
 - 5) развитие профузных язвенных кишечных кровотечений.
68. При мочеполовом туберкулезе в первую очередь поражаются:
- 1) мочеточники;
 - 2) мочевого пузыря;
 - 3) предстательная железа;

- 4) почки;
- 5) яичники.