

Гнойная инфекция костей и суставов. Гнойная инфекция железистых органов.

1. Понятие «остеомиелит» означает поражение:
 - 1) кортикального слоя кости;
 - 2) костного мозга;
 - 3) гнойный очаг в губчатом веществе метаэпифизов;
 - 4) надкостницы;
 - 5) всех перечисленных образований.

2. Укажите кости, наиболее поражаемые остеомиелитом:
 - 1) нижних конечностей;
 - 2) верхних конечностей;
 - 3) грудина;
 - 4) ребра;
 - 5) позвонки.

3. Выделяют следующие типы остеомиелита
 - 1) острый;
 - 2) подострый;
 - 3) хронический;
 - 4) первично-хронический;
 - 5) гематогенный;
 - 6) лимфогенный;
 - 7) посттравматический;
 - 8) раневой.

4. Выберите вариант, соответствующий I типу (медуллярному) остеомиелиту (по Черни-Мадеру)
 - 1) поражение всего диаметра кости с потерей стабильности;
 - 2) поражение кортикальной части кости без вовлечения костномозгового канала;
 - 3) поражение на большом протяжении структур костномозговой полости;
 - 4) поражение корковой части кости и структур костномозгового канала;
 - 5) поражение кости и мягких тканей.

5. Выберите вариант, соответствующий II типу (поверхностному) остеомиелиту (по Черни-Мадеру)
 - 1) поражение всего диаметра кости с потерей стабильности;
 - 2) поражение кортикальной части кости без вовлечения костномозгового канала;
 - 3) поражение на большом протяжении структур костномозговой полости;
 - 4) поражение корковой части кости и структур костномозгового канала;
 - 5) поражение кости и мягких тканей.

6. Выберите вариант, соответствующий III типу (очаговому) остеомиелиту (по Черни-Мадеру)
 - 1) поражение всего диаметра кости с потерей стабильности;
 - 2) поражение кортикальной части кости без вовлечения костномозгового канала;
 - 3) поражение на большом протяжении структур костномозговой полости;
 - 4) поражение корковой части кости и структур костномозгового канала;
 - 5) поражение кости и мягких тканей.

7. Выберите вариант, соответствующий IV типу (диффузному) остеомиелиту (по Черни-Мадеру)
 - 1) поражение всего диаметра кости с потерей стабильности;

- 2) поражение кортикальной части кости без вовлечения костномозгового канала;
 - 3) поражение на большом протяжении структур костномозговой полости;
 - 4) поражение корковой части кости и структур костномозгового канала;
 - 5) поражение кости и мягких тканей.
8. Назовите ведущего возбудителя острого гематогенного остеомиелита
- 1) золотистый стафилококк;
 - 2) пиогенный стрептококк;
 - 3) кишечная палочка;
 - 4) протей;
 - 5) гемофильная палочка.
9. Источником бактериальной инфекции при остром гематогенном остеомиелите как правило служат:
- 1) хронический тонзиллит;
 - 2) хронический гайморит;
 - 3) хронический отит;
 - 4) острые гнойные инфекции кожи;
 - 5) острый сальпингофарит.
10. Признаками острого гематогенного остеомиелита являются:
- 1) острая боль в области очага поражения;
 - 2) отсутствие гиперемии и отека кожи и мягких тканей в области очага поражения;
 - 3) гиперемия и отек кожи мягких тканей в области очага поражения;
 - 4) высокая температура тела;
 - 5) лимфоцитарный лейкоцитоз.
11. К признакам острого гематогенного остеомиелита относятся:
- 1) боль в области очага поражения;
 - 2) сгибательная контрактура прилежащего сустава;
 - 3) разгибательная контрактура прилежащего сустава;
 - 4) высокая температура тела;
 - 5) нейтрофильный лейкоцитоз,
 - 6) гнойный свищ.
12. Выберите характеристики, верные для острого гематогенного остеомиелита:
- 1) чаще болеют дети;
 - 2) чаще болеют взрослые;
 - 3) заболеванию предшествует травма конечности;
 - 4) заболеванию предшествует острые инфекции дыхательных путей;
 - 5) медуллярный вариант поражения (I тип);
 - 6) очаговый вариант поражения (III тип).
13. Выберите признаки, характерные для острого посттравматического остеомиелита
- 1) длительное рецидивирующее течение;
 - 2) наличие предшествующей травмы;
 - 3) признаки воспаления в месте травмы;
 - 4) наличие гнойного свища;
 - 5) интоксикация;
 - 6) поверхностное поражение (II тип);
 - 7) очаговое поражение (III тип);
 - 8) диффузный вариант поражения (IV тип).
14. К признакам острого посттравматического остеомиелита относятся:
- 1) обнаружение секвестров при рентгенографии;

- 2) боль в области травматического повреждения;
 - 3) гиперемия кожи в области травмы;
 - 4) отечность тканей в области травмы;
 - 5) отсутствие лихорадки;
 - 6) отсутствие гиперемии кожи и отека тканей в зоне травматического повреждения.
15. Признаками хронического остеомиелита являются:
- 1) длительное рецидивирующее течение;
 - 2) наличие костных секвестров;
 - 3) наличие гнойного свища;
 - 4) часто наблюдается потеря опорной функции конечности;
 - 5) ложный сустав никогда не формируется;
 - 6) заболевание протекает остро и редко занимает большой временной интервал.
16. К признакам хронического остеомиелита относятся:
- 1) максимально выраженные системные признаки воспаления;
 - 2) длительное течение с обострениями и ремиссиями;
 - 3) обнаружение секвестров при рентгенографии;
 - 4) отсутствие поражения мягких тканей;
 - 5) гнойные свищи.
17. К первично-хроническим (атипичным) формам остеомиелита относят:
- 1) внутрикостный абсцесс Броди;
 - 2) склерозирующий остеомиелит Гарре;
 - 3) альбуминозный остеомиелит Оллье;
 - 4) остеомиелит Черни-Мадера;
 - 5) посттравматический остеомиелит;
 - 6) антибиотический остеомиелит.
18. Выберите определение, верное для абсцесса Броди:
- 1) вид первично-хронического остеомиелита с отграниченным некрозом губчатого вещества кости, ее расплавлением и образованием полости;
 - 2) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся склерозом костномозгового канала и губчатого вещества длинной трубчатой кости;
 - 3) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся образованием полости в губчатом веществе со скоплением муцинозной богатой белком жидкости;
 - 4) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся наличием инфильтрата, плотно спаянного с костью и мягкими тканями;
 - 5) вид первично-хронического остеомиелита, вызываемого антибиотикорезистентными штаммами с низкой вирулентностью и сопровождающегося образованием мелких остеомиелитических очагов, чередованием участков остеопороза и остеосклероза.
19. Выберите определение, верное для остеомиелита Гарре:
- 1) вид первично-хронического остеомиелита с отграниченным некрозом губчатого вещества кости, ее расплавлением и образованием полости;
 - 2) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся склерозом костномозгового канала и губчатого вещества длинной трубчатой кости;
 - 3) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся образованием полости в губчатом веществе со скоплением муцинозной богатой белком жидкости;
 - 4) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся наличием инфильтрата, плотно спаянного с костью и мягкими тканями;
 - 5) вид первично-хронического остеомиелита, вызываемого антибиотикорезистентными штаммами с низкой вирулентностью и сопровождающегося образованием мелких остеомиелитических очагов, чередованием участков остеопороза и остеосклероза.

20. Выберите определение, верное для остеомиелита Оллье:
- 1) вид первично-хронического остеомиелита с отграниченным некрозом губчатого вещества кости, ее расплавлением и образованием полости;
 - 2) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся склерозом костномозгового канала и губчатого вещества длинной трубчатой кости;
 - 3) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся образованием полости в губчатом веществе со скоплением муцинозной богатой белком жидкости;
 - 4) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся наличием инфильтрата, плотно спаянного с костью и мягкими тканями;
 - 5) вид первично-хронического остеомиелита, вызываемого антибиотикорезистентными штаммами с низкой вирулентностью и сопровождающегося образованием мелких остеомиелитических очагов, чередованием участков остеопороза и остеосклероза.
21. Выберите определение, верное для антибиотического остеомиелита:
- 1) вид первично-хронического остеомиелита с отграниченным некрозом губчатого вещества кости, ее расплавлением и образованием полости;
 - 2) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся склерозом костномозгового канала и губчатого вещества длинной трубчатой кости;
 - 3) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся образованием полости в губчатом веществе со скоплением муцинозной богатой белком жидкости;
 - 4) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся наличием инфильтрата, плотно спаянного с костью и мягкими тканями;
 - 5) вид первично-хронического остеомиелита, вызываемого антибиотикорезистентными штаммами с низкой вирулентностью и сопровождающегося образованием мелких остеомиелитических очагов, чередованием участков остеопороза и остеосклероза.
22. В диагностике остеомиелита используют:
- 1) ирригоскопию;
 - 2) рентгенографию;
 - 3) мультиспиральную компьютерную томографию;
 - 4) магнитно-резонансную томографию;
 - 5) костную сцинтиграфию;
 - 6) артроскопию.
23. Инструментальным методом, позволяющим провести наиболее раннюю диагностику остеомиелита, является:
- 1) физикальное обследование;
 - 2) рентгенография;
 - 3) мультиспиральная компьютерная томография;
 - 4) магнитно-резонансная томография;
 - 5) сцинтиграфия костей скелета.
24. Для рентгенографической картины острого остеомиелита характерно
- 1) появление изменений в течение первой недели заболевания;
 - 2) появление изменений на 10-14 сутки от начала болезни;
 - 3) реакция надкостницы в виде ее утолщения и отслоения;
 - 4) реакция надкостницы в виде ее истончения;
 - 5) снижение плотности губчатого вещества костной ткани;
 - 6) наличие секвестральной коробки.
25. При хирургическом лечении остеомиелита выполняют:
- 1) секвестрнекрэктомию;
 - 2) медуллярную декомпрессию;
 - 3) проточную-аспирационное дренирование раны;
 - 4) протезирование сосудов;

- 5) пластику костного дефекта;
 - 6) артроскопию.
26. Хирургическое лечение острого гематогенного остеомиелита включает
- 1) кончатую трепанацию кости;
 - 2) проточно-промывное дренирование костномозгового канала;
 - 3) замещение дефекта костной ткани;
 - 4) секвестрэктомию;
 - 5) ампутацию конечности;
 - 6) секвестрнекрэктомию.
27. При остеомиелите с целью замещения костного дефекта используют:
- 1) кровоснабжаемый мышечный лоскут;
 - 2) сухожилие;
 - 3) биокомпозитные биodeградирующие материалы;
 - 4) свободный кожный лоскут;
 - 5) васкуляризированный костный трансплантат.
28. При остеомиелите с целью замещения костного дефекта используют:
- 1) измельченную аллогенную губчатую кость;
 - 2) металлоконструкции;
 - 3) кровоснабжаемый кожный лоскут;
 - 4) васкуляризированный костный трансплантат;
 - 5) дозированный компрессионно-дистракционный остеосинтез.
29. Комплексное лечение острого остеомиелита должно включать:
- 1) санацию гнойного очага;
 - 2) профилактику столбняка;
 - 3) дезинтоксикационную терапию;
 - 4) антибактериальную терапию;
 - 5) введение антигангренозной сыворотки;
 - 6) иммобилизацию конечности;
 - 7) иммуносупрессивную терапию.
30. При остром бурсите в проекции синовиальной сумки определяют:
- 1) боль;
 - 2) опухолевидное образование хрящевидной плотности;
 - 3) гиперемию кожных покровов;
 - 4) локальную гипертермию;
 - 5) положительный симптом флюктуации.
31. В лечении острого бурсита используют:
- 1) эвакуацию экссудата из околосуставной сумки с помощью пункции;
 - 2) промывание полости сустава антисептиками;
 - 3) иммобилизацию конечности;
 - 4) лечебную артроскопию;
 - 5) широкое вскрытие полости околосуставной сумки;
32. Для гнойного артрита характерно:
- 1) интенсивная боль в суставе;
 - 2) увеличение сустава в объеме;
 - 3) уменьшение сустава в объеме;
 - 4) гиперемия кожных покровов над суставом;
 - 5) отсутствие активных движений в суставе;
 - 6) отсутствие пассивных движений в суставе.

33. Для диагностики острого гнойного артрита используют:
- 1) УЗИ области сустава;
 - 2) рентгенографию;
 - 3) спирометрию;
 - 4) мультиспиральную компьютерную томографию;
 - 5) магнитно-резонансную томографию;
 - 6) сцинтиграфию.
34. В лечении гнойного артрита используют:
- 1) пункции сустава с эвакуацией патологического экссудата;
 - 2) проточно-аспирационное дренирование полости сустава;
 - 3) лечебную артроскопию;
 - 4) широкую артротомию с иссечением нежизнеспособных мягких тканей;
 - 5) резекцию разрушенного сустава;
 - 6) протезирование сустава.
35. Оптимальной хирургической тактикой при гнойном артрите без деструктивных изменений элементов сустава является:
- 1) пункция сустава и эвакуация содержимого;
 - 2) пункция сустава и промывание полости растворами антисептиков;
 - 3) проточно-промывное дренирование суставной полости;
 - 4) артроскопическая санация;
 - 5) артротомия, открытая санация полости сустава.
36. Оптимальной хирургической тактикой при гнойном артрите с наличием деструктивных изменений элементов сустава является:
- 1) пункция сустава и эвакуация содержимого;
 - 2) пункционное дренирование, наложение проточно-промывной системы;
 - 3) артроскопическое иссечение некротизированных тканей, дренирование полости сустава;
 - 4) артротомия, иссечение некротизированных тканей, дренирование полости сустава;
 - 5) резекция сустава с формированием артродеза.
37. Оптимальной хирургической тактикой при гнойном артрите с деструктивными изменениями суставных хрящей и остеомиелитом:
- 1) пункция сустава и эвакуация содержимого;
 - 2) пункционное дренирование, наложение проточно-промывной системы;
 - 3) артроскопическое иссечение некротизированных тканей, дренирование полости сустава;
 - 4) артротомия, иссечение некротизированных тканей, дренирование полости сустава;
 - 5) резекция сустава с формированием артродеза.
38. Комплексное лечение острого гнойного артрита должно включать:
- 1) санацию гнойного очага;
 - 2) дезинтоксикационную терапию;
 - 3) согревающие физиотерапевтические процедуры;
 - 4) антибактериальную терапию;
 - 5) иммобилизацию конечности;
 - 6) иммуносупрессивную терапию.
39. Выберите заболевания относящиеся к гнойным заболеваниям железистых органов:
- 1) гнойный гонит;
 - 2) гнойный мастит;
 - 3) остеомиелит;

- 4) гнойный медиастенит;
 - 5) гнойный оментит;
 - 6) гнойный паротит.
40. Паротит - это:
- 1) воспаление сальной железы;
 - 2) воспаление подчелюстной слюнной железы;
 - 3) воспаление лимфатических сосудов;
 - 4) воспаление околоушной слюнной железы;
 - 5) воспаление лимфатических узлов.
41. Укажите основные пути бактериальной контаминации ткани околоушной слюнной железы:
- 1) имплантационный;
 - 2) восходящий;
 - 3) метастатический;
 - 4) лимфогенный;
 - 5) контактный;
 - 6) гематогенный.
42. Выберите факторы, предрасполагающие к развитию гнойного паротита:
- 1) ослабление защитных сил организма;
 - 2) разжижение секрета железы;
 - 3) уменьшение слюноотделения;
 - 4) увеличение слюноотделения;
 - 5) обезвоживание;
 - 6) наличие эндогенных очагов бактериальной инфекции.
43. Выберите возможные осложнения гнойного паротита:
- 1) кровоизлияние в мозг;
 - 2) гнойный медиастенит;
 - 3) флегмона окологлоточного пространства;
 - 4) флегмона шеи;
 - 5) галактофорит;
 - 6) аррозивные кровотечения из сонной артерии;
 - 7) варикотромбофлебит;
 - 8) образование гнойных свищей.
44. Выберите мероприятия, которые проводятся при консервативном лечении паротита:
- 1) согревающие компрессы;
 - 2) интенсивный массаж жевательных мышц;
 - 3) парентеральное введение осмотических диуретиков;
 - 4) физиолечение (УВЧ);
 - 5) противовоспалительная терапия;
 - 6) антибактериальная терапия;
 - 7) ограничение движений нижней челюсти;
 - 8) лечебная физкультура.
45. Что в первую очередь необходимо учитывать при проведении дренирующей операции по поводу гнойного паротита?
- 1) степень выраженности эндогенной интоксикации;
 - 2) анамнез заболевания;
 - 3) характер сопутствующей патологии;
 - 4) направление хода основных ветвей лицевого нерва;
 - 5) направление хода основных ветвей тройничного нерва.

46. Направление хирургического разреза при гнойном паротите:
- 1) горизонтальное;
 - 2) параллельно ходу ветвей лицевого нерва;
 - 3) параллельно нижней челюсти;
 - 4) перпендикулярно ходу ветвей лицевого нерва;
 - 5) вертикальное.
47. Какова основная цель дренирующей операции при гнойном паротите?
- 1) профилактика анаэробной инфекции в железе;
 - 2) профилактика развития пареза лицевого нерва;
 - 3) дренирование гнойных очагов, удаление некрозов и тканевого детрита;
 - 4) полная ревизия ткани железы;
 - 5) забор гнойного содержимого для бактериологического исследования.
48. Проведение неверно ориентированных разрезов при оперативном лечении гнойного паротита может привести к развитию следующего осложнения:
- 1) парез лицевого нерва;
 - 2) флегмона шеи;
 - 3) некроз околоушной железы;
 - 4) ранение внутренней сонной артерии;
 - 5) отек жевательных мышц.
49. Мастит – это:
- 1) острое воспаление подкожной клетчатки в области молочной железы;
 - 2) острое воспаление грудной железы;
 - 3) нарушение оттока молока при лактации;
 - 4) острое воспаление клетчатки средостения;
 - 5) воспаление тканей молочной железы.
50. Выберите микроорганизмы, которые могут являться возбудителями мастита:
- 1) эпидермальный стрептококк;
 - 2) золотистый стафилококк;
 - 3) протеи;
 - 4) кишечная палочка;
 - 5) энтерококк;
 - 6) сальмонелла.
51. Каковы пути бактериальной контаминации тканей молочной железы?
- 1) имплантационный;
 - 2) интраканаликулярный;
 - 3) метастатический;
 - 4) гематогенный;
 - 5) лимфогенный;
 - 6) инъекционный.
52. Выберите предрасполагающие факторы развития лактационного мастита:
- 1) снижение иммунологической реактивности организма матери;
 - 2) осложненные роды;
 - 3) трещины сосков;
 - 4) патология беременности (токсикозы, нефропатия, анемия);
 - 5) осложненный кровотечением или инфекцией родовых путей послеродовой период;
 - 6) лактостаз;
 - 7) варикотромбофлебит.

53. Выберите причины нарушения молокоотдачи (предрасполагающий фактор для развития лактационного мастита):

- 1) мастопатия;
- 2) трещины сосков;
- 3) геникомастия;
- 4) соблюдение режима кормления;
- 5) рубцы молочной железы после операций и травм;
- 6) длинные, извитые молочные протоки малого диаметра;
- 7) короткие и широкие молочные протоки.

54. Какие формы мастита выделяют в зависимости от патогенеза заболевания:

- 1) лактационный;
- 2) серозный;
- 3) гнойный;
- 4) гангренозный;
- 5) нелактационный;
- 6) подкожный;
- 7) инфильтративный;
- 8) интрамаммарный.

55. Какие формы мастита выделяют в зависимости от локализации гнойного процесса:

- 1) серозный;
- 2) интрамаммарный;
- 3) гнойный;
- 4) лактационный;
- 5) ретромаммарный;
- 6) абсцедирующий;
- 7) субареолярный;
- 8) подкожный;
- 9) нелактационный.

56. Какие формы мастита можно выделить в зависимости от характера воспалительного процесса:

- 1) подкожный;
- 2) серозный;
- 3) интрамаммарный;
- 4) ретромаммарный;
- 5) инфильтративный;
- 6) галактофорит;
- 7) гангренозный;
- 8) абсцедирующий;
- 9) инфильтративно-абсцедирующий;
- 10) флегмонозный.

57. Какие формы мастита выделяют в зависимости от распространенности процесса:

- 1) ограниченный;
- 2) флегмонозный;
- 3) некротический;
- 4) диффузный;
- 5) тотальный;
- 6) ареолит;
- 7) галактофорит.

58. Перечислите лечебные мероприятия при остром интрамаммарном мастите в стадии инфильтрации:

- 1) дренирующие операции;
- 2) предупреждение лактостаза;
- 3) системная антимикотическая терапия;
- 4) регулярное сцеживание молока;
- 5) возвышенное положение молочной железы;
- 6) рентгенотерапия;
- 7) терапия цитостатиками;
- 8) системная антибактериальная терапия;
- 9) спазмолитическая терапия;
- 10) установка в ретромаммарное пространство проточно-промывной системы.

59. Определите показания к хирургическому лечению негнойного инфильтративного мастита:

- 1) отсутствие улучшения от проводимых консервативных мероприятий в течение 2-х суток;
- 2) отсутствие улучшения от проводимых консервативных мероприятий в течение 5-ти суток;
- 3) упорная лихорадка до фебрильных цифр;
- 4) уменьшение инфильтрата в размерах;
- 5) увеличение болезненности в области инфильтрата;
- 6) появление симптома флюктуации;
- 7) уменьшение болезненности в области инфильтрата.

60. Какой компонент консервативной патогенетической терапии лактационного мастита является ключевым в серозную и инфильтративную фазу воспаления?

- 1) антибактериальная терапия;
- 2) фиксация молочной железы косыночной повязкой;
- 3) физиотерапия;
- 4) противовоспалительная терапия;
- 5) сцеживание грудного молока.

61. Выберите оптимальный хирургический доступ при вскрытии острого гнойного ретромаммарного мастита:

- 1) радиальный в верхних квадрантах молочной железы;
- 2) полуовальный по нижней переходной складке;
- 3) радиальный в нижней половине молочной железы;
- 4) полуовальный над верхним краем железы;
- 5) параареолярный.

62. Выберите оптимальный хирургический доступ при вскрытии острого гнойного субареолярного мастита:

- 1) параареолярный;
- 2) радиальный в верхних квадрантах молочной железы;
- 3) полуовальный по нижней переходной складке;
- 4) радиальный в нижней половине молочной железы;
- 5) полуовальный над верхним краем железы.

63. Выберите оптимальный хирургический доступ при вскрытии острого гнойного интрамаммарного мастита?

- 1) параареолярный разрез;
- 2) полуовальный разрез;
- 3) радиальный разрез;
- 4) разрез по нижней переходной складке;
- 5) разрез не нужен, можно ограничиться пункцией гнойника.

64. Какие осложнения мастита вам известны:
- 1) рожистое воспаление молочной железы;
 - 2) лимфангит;
 - 3) эмпиема плевры;
 - 4) менингит;
 - 5) молочные свищи;
 - 6) лимфаденит;
 - 7) тромбоз глубоких вен нижних конечностей;
 - 8) сепсис.
65. Лимфаденит – это:
- 1) воспаление лимфатических узлов;
 - 2) воспаление лимфатических сосудов;
 - 3) воспаление подкожной клетчатки вокруг лимфатического узла;
 - 4) воспаление стенки венозного сосуда;
 - 5) ограниченное скопление гноя в лимфатическом узле.
66. Укажите виды воспаления лимфатических узлов:
- 1) серозное;
 - 2) гнойное;
 - 3) гнилостное;
 - 4) рецидивирующее;
 - 5) некротическое;
 - 6) асептическое.
67. При вовлечении в процесс окружающих лимфатический узел тканей развивается:
- 1) карбункул;
 - 2) тромбофлебит;
 - 3) лимфедема;
 - 4) фурункул;
 - 5) аденофлегмона.
68. Укажите лечебные мероприятия, проводимые при гнойном лимфадените:
- 1) вскрытие и дренирование гнойного очага;
 - 2) лечение основного очага инфекции;
 - 3) лечебная иммобилизация;
 - 4) спазмолитическая терапия;
 - 5) массаж;
 - 6) антибактериальная терапия;
 - 7) согревающие компрессы.
69. При лечении лимфаденита необходимы:
- 1) обязательное устранение первичного очага инфекции;
 - 2) экстренное оперативное вмешательство;
 - 3) оперативное вмешательство только в случаях распространения процесса на окружающую клетчатку;
 - 4) системная антибактериальная терапия;
 - 5) УФО в эритемных дозах на область воспаления.
70. Лимфангоит – это:
- 1) воспаление лимфатических узлов;
 - 2) воспаление лимфатических сосудов;
 - 3) воспаление подкожной клетчатки вокруг лимфатического узла;
 - 4) воспаление стенки венозного сосуда;
 - 5) ограниченное скопление гноя в лимфатическом узле.