001.Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов регламентируются:

ОСТ 42-21-2-85

СанПиН2.1.3.2630-10

Приказ МЗ РФ № 170 от 16.08.1994 г. «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в РФ».

002. Изделия медицинского назначения, соприкасающиеся с раневой поверхностью, слизистыми, с кровью подлежат:

дезинфекции

дезинфекции+предстерилизационной очистке

дезинфекции+предстерилизационной очистке+стерилизации

003. Асептика — это комплекс мероприятий по:

борьбе с инфекцией в ране

профилактике попадания инфекции в рану

дезинфекции инструментов

стерилизации инструментов

004. Антисептика — это комплекс мероприятий по:

уменьшению числа микробов в ране

профилактике попадания инфекции в рану

дезинфекции инструментов

стерилизации инструментов

005. Дезинфекция — это:

комплекс мероприятий, предупреждающих попадание микробов в рану

уничтожение всех микроорганизмов, в том числе и спорообразующих

уничтожение патогенных микробов

механическое удаление микроорганизмов с поверхности изделий медицинского назначения

006. Операционное белье стерилизуют в режиме:

180°С — 60 мин

120°С — 1,1 атм. — 45 мин.

160°С — 180 мин

132°С — 2,0 атм. — 20 мин

007. При видовой укладке в бикс закладывают:

все необходимое для определенной операции

только один вид материалов

все необходимое в течение рабочего дня в перевязочной

все необходимое для подготовки операционной сестры к операции

008. Хирургическая обработка рук включает:

мытье рук проточной водой с мылом, обработку спиртом

мытье рук проточной водой с мылом, высушивание стерильной салфеткой, обработка кожным антисептиком кистей, запястий и предплечий

обработка кожным антисептиком только кистей рук

надевание стерильных перчаток

009. Срок хранения закрытого стерильного бикса без фильтра составляет не более:

3 суток

1 суток

20 суток

6 часов

010. Основной режим сухожаровой стерилизации инструментария:

120° С — 40 мин

180° С — 3 часа

200° С — 40 мин

180° С — 60 мин

011. Проба на качество предстерилизационной обработки инструментов

формалиновая

азопирамовая

бензойная

никотинамидовая

012. Режим стерилизации перевязочного материала паром под давлением:

1,1атм -45 мин.

 2,2атм -30мин.

2,2атм -20мин.

013. Цель хирургической обработки рук –

Снижение микробной контаминации кожи

Создание полной стерильности кожи

 Профилактика профессионального заражения

014. Контроль стерильности рук операционной медсестры и кожи операционного поля проводят:

1 раз в месяц

Ежедневно

1 раз в неделю (выборочно)

015.В операционном блоке посевы воздуха проводят:

4 раза в месяц

1 раз в месяц

1 раз в 3 месяца

016. Стерильность открытого бикса сохраняется:

6 часов

12 часов

10 часов

24 часа

017. Генеральная уборка в операционном блоке проводится обязательно:

1 раз в месяц

1 раз в неделю

1 раз в 10 дней

1 раз в 2 недели

018. Текущая уборка в операционной проводится:

2 раза в день

в течение рабочего дня

перед операцией

в конце рабочего дня

019. Стерильный стол накрывается на:

1 сутки

3 часа

12 часов

6 часов

020.Бактериологический контроль воздуха в операционной проводят

до начала и во время работы

только во время операции

только после операции

021. Зоны операционного блока:

стерильная, строгого режима, общебольничного режима

свободная, стерильная, грязная

операционная, предоперационная, материальная

помещение для хранения инструментов, операционная, материальная

022. Медперсонал не работает в стерильных масках обязательно

В операционной

В родильном зале

При проведении инвазивных процедур

 При оформлении документации

023.Основные методы стерилизации изделий медицинского назначения, кроме:

физические (паровая, воздушная)

химические (растворами, газами)

холодные (радиационный, радиочастотный)

биохимические

024. К какому классу отходов относится использованный перевязочный материал:

А -бытовые отходы

Б–эпидемиологически опасные

В-радиоактивные

Г -особо опасные

025. К какому классу относятся твердые медицинские отходы:

эпидемиологически безопасные

эпидемиологически опасные

чрезвычайно эпидемиологически опасные

токсикологически опасные

радиоактивные

026.Основной недостаток воздушного (сухожаровой) метода стерилизации:

проникновение в неразборные части инструментов

отсутствие коррозионного эффекта

длительная экспозиция

низкая стоимость

027. Контроль качества предстерилизационной обработки инструментария проводится:

1 раз в неделю

1 раз в 10 дней

ежедневно

2 раза в неделю

028. При положительной азопирамовой пробе повторный контроль инструментов проводят:

ежедневно до получения 10-кратного отрицательного результата

до получения отрицательного результата

до получения 3-кратного отрицательного результата

до получения 5-кратного отрицательного результата

029. К химическим методам стерилизации изделий медицинского назначения не относится:

паровой

6% перекись водорода

плазменный

газовый

030.При подготовке стерильных столов в операционной стол предварительно

протирают дезинфицирующим средством

накрывают медицинской клеенкой

протирают моющим средством

031. Во время работы инструменты и материалы с большого инструментального стола разрешается брать только

 в стерильных перчатках

 без перчаток с помощью стерильного пинцета

 в стерильных перчатках с помощью стерильного пинцета

032. После стерилизации химическим методом изделие промывается:

дистиллированной водой

стерильной водой дважды

стерильной водой однократно

проточной водой

033. Марлевые маски защищают участок операции в течение:

20минут на 60%

1 часа на 70%

4 часов на 99%

034.Одноразовые лицевые маски с влагонепроницаемым слоем защищают участок операции в течение:

 20 минут на 60%

 1 часа на 70%

4 часов на 99%

035. Оптимальная температура воздуха в операционной должна быть:

24-25 градусов С

18-20 градусов С

16-18 градусов С

036. Влажность воздуха в операционной должна быть:

20 %

100%

40 %

60 %

037. Выбор метода стерилизации зависит от

особенностей стерилизуемого изделия

степени загрязненности изделия

038. Правила обработки операционного поля кожным антисептиком при наличии гнойной раны:

от периферии к центру

от центра к периферии

039. Мероприятия асептики включают:

использование стерильного белья, шовного материала, инструментария

дезинфекция рук персонала до и после контакта с больным

первичная хирургическая обработка ран

применение антибиотиков

040. Обеззараживание воздуха УФО в присутствии людей можно проводить, используя только:

открытые облучатели

закрытые облучатели

рециркуляторы

041. Стерильные предметы во время операции не опускаются:

ниже уровня пояса

ниже края простыни

ниже уровня стерильного стола

042.Предметы ухода, оборудование, все, что соприкасается с неповрежденной кожей, подлежит только:

 дезинфекции

предстерилизационной очистке

 стерилизации

043. Для контроля качества обработки рук используют:

термоиндикаторы

амидопириновую пробу

бактериологический контроль

044. Количество инструментов для контроля качества предстерилизационной очистки:

5-10 инструментов

 не менее 1% отработанных изделий каждого наименования

 5 % от отработанных за смену

045. Камеры парового и воздушного стерилизатора должны быть заполнены медицинскими изделиями на:

50%

70%

100%

046.Стерилизации должны подвергаться:

медицинские изделия, соприкасавшиеся с кровью и раневой поверхностью

металлические медицинские изделия, используемые при любых процедурах

любые медицинские изделия из текстиля

047. Увеличение веса упаковки после паровой стерилизации более, чем на 5% может свидетельствовать о:

повышенной влажности стерилизованных материалов

допустимой степени влажности стерилизованных материалов

правильно проведенной стерилизации

048. Целью проведения контроля качества предстерилизационной очистки не является определение на обработанных изделиях остатков:

дезинфектантов

лекарственных препаратов

крови

049. Обязанностью операционной медицинской сестры не является

Подбирать необходимый инструментарий для операции

Выполнять инъекции после операции

После операции подсчет инструментов, дезинфекция

050. Количество инструментов для контроля качества предстерилизационной очистки:

5-10инструментов

Не менее 1% отработанных изделий каждого наименования

5 % от отработанных за смену

051. Азопирамовая проба должна проводиться:

после предстерилизационной очистки

после стерилизации

при приеме изделий медицинского назначения

052.Азопирамовую пробу нельзя проводить на:

Горячих и влажных инструментах

инструментах с остатками хлорсодержащих дезинфектантов

не имеет значения

053. Ополаскивание дистиллированной водой изделий медицинского назначения при проведении предстерилизационной очистки необходимо для:

снижения микробной обсемененности

снятия возможных лекарственных и жировых загрязнений

удаления осадка солей

054. Результаты контроля качества предстерилизационной очистки на изделиях медицинского назначения определяют через

1 - 2 минуты

10 минут

30 минут

055.Воздушным методом нельзя стерилизовать изделия из:

комбинированных термолабильных материалов

термостойкого стекла

металла

056. При воздушном методе (сухожаровой) можно использовать упаковку:

бумагу упаковочную высокопрочную

упаковку из текстиля

закрытые металлические емкости

057.Срок сохранения стерильности изделия медицинского назначения в пакетах из бумаги упаковочной высокопрочной, закрытых на липкую поверхность:

3 суток

7 суток

20 суток

058.Предварительную уборку операционной производят с применением:

воды

сухим способом

дезосредства

059. Выдавать неостывшие биксы:

можно

запрещено

при острой необходимости

060. Срок временного хранения грязного белья в оперблоке допускается

 6 часов

 12 часов

24 часа

061. Срок сохранения стерильности изделий медицинского назначения в комбинированных упаковках с термошвом:

1 год

2 месяца

20 дней

062. Чем не обусловлен срок сохранения стерильности изделий в упаковке:

Видом стерилизации

Упаковкой

Видом инструментов

063. Срок сохранения стерильности изделий медицинского назначения на стерильном столе, накрытом простынями:

до 3 часов

до 6 часов

до 12 часов

064.Для проведения стерилизации изделия медицинского назначения упаковывают:

в сухом виде

в любом виде: можно влажные, можно сухие

влажные

065.Текущая уборка операционной не предполагает:

Влажная уборка или дезинфекция

УФО воздуха

Проветривание помещения

Мытье стен

066. Медицинское вмешательство может осуществляться при условии:

информированного согласия пациента

согласия родственников жены пациента

материальных возможностей пациента

наличия у пациента страхового медицинского полиса

067. К способам дезинфекции не относится:

погружение

протирание

орошение

ополаскивание

068. Дезинфекция каталки для транспортировки больных в операционную проводится методом:

орошения

протирания

кварцевания

069. Причиной повышенной микробной обсемененности воздуха в операционной не может быть:

неисправность вентиляции

нарушение режима кварцевания

нарушение условий хранения дезифектантов

массовое поступление инфицированных пациентов

070. При паровой стерилизации пар должен быть:

влажным

перегретым

сухим

071. Инструменты для стерилизации закладывают:

с открытыми замками

с закрытыми замками

не имеет значения

072. Белье и перевязочный материал, полученные после стерилизации влажным, считается

Стерильным

Нестерильным

Условно стерильным

073. К стерилизующим агентам относятся:

пар под избыточным давлением

кипящая вода

ультрафиолетовое облучение

074. Химический контроль паровой и воздушной стерилизации требуется проводить:

в камере стерилизатора и внутри упаковки

только в камере стерилизатора

только в упаковке стерилизуемого изделия

075. Качество стерилизации проверяется путем контроля

стерильности инструментов, перевязочного материала, изделий

процесса стерилизации

076. Стерилизующее оборудование подлежит бактериологическому контролю не реже

1 раза в год

2 раза в год

Каждые 2года

077.Максимальный срок сохранения стерильности после химической стерилизации в стерилизационной коробке, выложенной стерильной простыней, составляет:

1 сутки

3 суток

20 суток

078. Во время операции загрязненные инструменты располагаются:

отдельно от неиспользованных

рядом с неиспользованными

не имеет значения

сбрасываются в таз

079. Стерилизация эндохирургических инструментов проводится:

при погружении в дезинфектанты

при помещении в спирт

при автоклавировании

080. Для обработки локтевых сгибов доноров используют кожные антисептики

 те же, что и для обработки операционного поля

 любые спиртсодержащие

081. Пункт временного хранения отходов класса Б находится:

в стерильной зоне

в зоне строгого режима

в зоне кварцевания

в общебольничной зоне

082. Сбор отходов класса А осуществляется

В многоразовые ёмкости или одноразовые пакеты

 Одноразовую герметичную тару

 Мягкую упаковку

083. Одноразовые острые инструменты после дезинфекции собираются в

многоразовые ёмкости

 одноразовую твердую упаковку

 твердые закрытые герметичные ёмкости

 любую тару

084. Одноразовые пакеты для сбора отходов класса Б должны иметь окраску:

белую

желтую

черную

красную

085. Целью проведения контроля качества предстерилизационной очистки не является определение на обработанных изделиях остатков:

дезинфектантов

лекарственных препаратов

крови

086. Предстерилизационная очистка изделий медицинского назначения направлена на:

удаление только белковых загрязнений

удаление любых загрязнений

удаление только жировых загрязнений

087. Изменение цвета индикатора в воздушном стерилизаторе указывает на:

достижение временного параметра заданного режима

 достижение только температурного параметра заданного режима

 достижение стерильности инструментов

088. Дезинфектанты должны соответствовать всем требованиям, кроме:

Высокая эффективность

растворимость в воде

безвредность

устойчивость к кипячению

089. Эпидемиологическое значение дезинфекции заключается:

в предупреждении попадания микробов в рану

в разработке эффективных средств уничтожения патогенных микробов

в уничтожении патогенных микроорганизмов на путях передачи возбудителей инфекционных заболеваний

в уничтожении всех микроорганизмов на объектах окружающей среды

090. Цель стерилизации изделий медицинского назначения:

снижение количества спорообразующих микроорганизмов на 99%

уничтожение всех микроорганизмов, в том числе спорообразующих

уничтожение только патогенных микробов

механическое удаление микроорганизмов с поверхности изделий медицинского назначения

091. Обязательными требованиями для применения дезинфектанта в практической работе не являются:

наличие государственной регистрации в Минздраве России

наличие Сертификации соответствия Госстандарта России

проведение проверочных испытаний обученным персоналом

092. Доступность и качество медицинской помощи не обеспечиваются

Приближенностью к месту жительства, работы

Необходимым количеством и квалификацией медработников

Предоставлением гарантированного объема медицинской помощи

Производством доброкачественных продуктов питания

093. Информация о состоянии здоровья пациента предоставляется родственникам

Только по его желанию

На усмотрение врача

С разрешения администрации

В любом случае

094. Не относится к видам медицинской помощи

Специализированная

Скорая

Паллиативная

Лицензионная

095. Чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы –

Класс А

Класс Б

Класс В

Класс Г

Класс Д

096. Медицинские работники осуществляют свою деятельность, руководствуясь принципами

Личной заинтересованности

Материального стимулирования

Медицинской этики и деонтологии

097. Операционная медицинская сестра осуществляет контроль

Стерилизации инструментов, белья, перевязочного материала

Состояния больного во время анестезии

Учет и хранение лекарств

098. Для дезинфекции при анаэробной инфекции применяется перекись водорода:

1%

3%

6%

10%

099.Спороцидное свойство дезинфектанта - это способность препарата:

убивать споры

задерживать рост бактерий

убивать бактерии

100. Экзогенный путь проникновения инфекции в рану:

Из разрушенных кариесом зубов

Из внешней среды

При воспаленных миндалинах

при поражении почек

101. Эндогенный путь проникновения инфекции в рану:

воздушно-капельный

контактный

воздушно-пылевой

лимфогенный

102. Основной путь передачи внутрибольничной инфекции:

парентеральный

 половой

 воздушно-капельный

контактный

103. Не относится к мерам профилактики воздушно-капельной инфекции в операционном зале:

Ношение маски

Проведение уборок, УФО

Ограничение хождений

Недопущение лиц с ОРВИ

Смена перчаток

104.Для профилактики гемоконтактных инфекций надевать перчатки перед инвазивными манипуляциями:

Обязательно

 По показаниям

Не обязательно

105. При выполнении операции инфицированному пациенту (гепатит, ВИЧ) наиболее опасна для заражения

кровь

спинно-мозговая жидкость

плевральная жидкость

сперма

106. Повышен риск заражения вирусным гепатитом В у лиц:

буфетчица

операционная медицинская сестра

врач-терапевт

107. Газовые баллоны в операционном блоке должны находиться от нагревательных и отопительных систем на расстоянии не менее:

0,5метра

 1 метра

Любом

108. Окраска баллонов с углекислым газом:

Голубой цвет, черные буквы

Серый цвет, черные буквы

Черный цвет, белые буквы

109.Опасность возникновения ожога в зоне пассивного электрода мало вероятна

в зоне кожных выступов

в зоне грубых рубцов

на участках влажной кожи

на участках сухой кожи вблизи операционного поля

110. При дефекте изоляции эндохирургического инструмента следует:

продолжить работу

считать инструмент неисправным

повторить стерилизацию

111. При использовании электрохирургических инструментов электрический ток должен отводится из тела пациента на

Рассеивающий электрод

Электроды для снятия ЭКГ

Металлические детали

112. При использовании электрохирургических аппаратов рассеивающий (пассивный) электрод необходимо размещать на теле пациента

На участке с большим мышечным массивом

В области рубцовой ткани

На выступающих костях

В области металлических протезов, электродов ЭКГ

113.Для обеспечения контакта с кожей место пассивного электрода на теле пациента не должно быть

сухим

влажным

свободным от волос

114. При нарушении контакта рассеивающего электрода с кожей возникает

местный ожог

кровоизлияние

рубец

115. При обнаружении в электроаппаратуре пробоя на корпус необходимо:

выключить аппарат и доложить руководителю отделения

продолжить работу

не прикасаться к аппарату влажными руками, продолжить работу

116. По классификации инфекции области хирургического вмешательства могут быть, кроме

Поверхностная

Глубокая

Органа или полости

Инфицирование медработника

117. Профилактика – это комплекс мероприятий, исключающий

Формирование здорового образа жизни

Предупреждение и раннее выявление заболеваний

Реабилитация после заболевания

118. Максимальное время наложения артериального жгута:

30 минут – 1 час, через 30 минут перерыв на 1-2 минуты

не более 30 минут, через 15 минут перерыв на 1-2 минуты

на 2-2,5 часа, через 30 минут перерыв на 1-2 минуты

на 1,5 часа, через 30 минут перерыв на 1-2 минуты

119.Критерии правильности наложения артериального жгута:

остановка кровотечения

отсутствие пульсации на артерии ниже жгута

отсутствие пульсации на артерии выше жгута

сохранение цвета кожи при слабой пульсации на артериях ниже жгута

120. Для временного гемостаза при венозном кровотечении необходимо:

Проведение ПХО раны

Наложение давящей повязки

Наложение артериального жгута

Наложить лигатуру на сосуд

121. Вытекание крови непрерывной струей темно-вишневого цвета характеризует кровотечение:

капиллярное

смешанное

венозное

артериальное

122. Пострадавшие с наложенным жгутом:

направляются в противошоковую

направляются в перевязочную в I очередь

направляется в операционную в I очередь

жгут снимается в приемном отделении

123. Причиной позднего вторичного кровотечения чаще является:

соскальзывание лигатуры

расплавление стенки сосуда гноем

травма сосуда костью в момент транспортировки

124. По анатомической классификации кровотечения различают:

артериальное, венозное

струйное

легочное

желудочное

125.При переливании крови больному можно использовать:

только одногруппную кровь

одногруппную кровь и кровь 0 (I) группы

одногруппную кровь обязательно с отрицательным резус-фактором

кровь 0 (I) группы обязательно с отрицательным резус-фактором

126.Припереливаниикрови необходимо:

определить группу крови пациента и группу донорской крови

определить только группу крови пациента, т.к. группа донорской крови уже известна (этикетка на флаконе)

определить группу крови пациента, если она неизвестна (нет данных на истории болезни или в паспорте пациента)

использовать данные о группе крови из истории болезни пациента без их определения

127.Компонент крови, обладающий наиболее выраженным гемостатическим эффектом:

лейкоцитарная масса

плазма

эритроцитарная масса

эритроцитарная взвесь

128.Донорская кровь хранится в холодильнике при температуре:

20°С

2°С

4°С

10°С

129.Для проведения биологической пробы следует ввести:

однократно 25 мл крови и наблюдать за состоянием больного 5 минут

трижды струйно по 10мл крови с интервалом 3 минуты, наблюдая за больным

5 мл крови, наблюдать за состоянием больного 5 минут

троекратно по 25 мл крови

130. При какой температуре хранятся цоликлоны:

не имеет значения

 до 25 градусов С

 4-8 градусов С

131.Посттрансфузионные реакции включают:

нарушение свертываемости

гемотрансфузионный шок

анафилактический шок

тромбоэмболия

132. Признаки гемотрансфузионного шока:

боли в поясничной области, головная боль

озноб, одышка

 повышение АД

 головная боль, повышение температуры

133.Признак групповой принадлежности крови:

резус-фактор

проба на совместимость

наследственность

содержание агглютининов и агглютиногенов

134.В каких элементах крови находятся агглютиногены:

плазма крови

эритроциты

сыворотка крови

тромбоциты

 лейкоциты

135.Показания к переливанию донорской крови:

геморрагический шок

острый инфаркт миокарда

кишечная инфекция

136.При определении группы крови при помощи цоликлонов анти-А и анти-В агглютинация произошла в обоих образцах. К какой группе принадлежит исследуемая кровь:

О (I)

А (II)

В (III)

 АВ (IV)

137.При появлении первых признаков осложнений при гемотрансфузии медицинская сестра должна:

прекратить переливание, обратить внимание врача

продолжить переливание, обратив внимание врача

приготовить другой флакон крови

приготовить физиологический раствор

138. Характерные признаки осложнений при переливании крови:

кожный зуд

озноб, тошнота, рвота

боли в поясничной области

гиперемия лица, цианоз

139.Для предотвращений осложнений перед переливанием крови определяют:

время кровотечения

протромбиновый индекс

группу крови

 свертываемость крови

140.После гемотрансфузии гемоконс остатками крови необходимо хранить:

12 часов при комнатной температуре

24 часа в холодильнике

48 часов при комнатной температуре

36 часов в холодильнике

141.Резус-фактор содержится в:

лейкоцитах

тромбоцитах

эритроцитах

плазме

142. Кровь В (III) группы можно вводить лицам:

только с III группой крови

с любой группой крови

только с III и IV группами крови

со II и III группами крови

143.Кровь А (II) группы можно вводить лицам:

только с II группой крови

с любой группой крови

только с III и IV группами крови

со II и III группами крови

144.Для определения группы крови используют:

антибиотики

антисептики

индикаторы

цоликлоны

145. Препаратами (компонентами) крови не являются:

эритроцитная масса

 лейкоцитарная масса

полиглюкин

 свежезамороженная плазма

146.Компонент крови, не обладающий гемостатическим эффектом:

лейкоцитарная масса

тромбоконцентрат

свежезамороженная плазма

эритроцитарная взвесь

147. Компоненты донорской крови хранятся в холодильнике при температуре:

20°С

0-2°С

4-6°С

7-10°С

148. Показания к переливанию компонентов донорской крови:

хронические заболевания почек

туберкулез

аллергические реакции

острая кровопотеря

149. Реинфузия – это:

переливание плацентарной крови

переливание консервированной крови

прямое переливание крови

переливание собственной крови

150.Причины развития гемотрансфузионного шока:

переливание одногруппной крови

переливание инфицированной крови

переливание несовместимой крови

быстрое переливание крови

151. Хирургические операции, выполненные по жизненным показаниям называются:

отсроченные

экстренные

 высокотехнологичные

 плановые

152*.*Операция, проведенная после полного обследования пациента:

плановая

 экстренная

 паллиативная

153.Продолжительность предоперационной подготовки при срочной операции:

6 часов

30минут

до 2часов

154.По срочности выполнения различают хирургические операции за исключением

плановые

экстренные

срочные

полостные

155. Операция, которая проводится для облегчения состояния больного, называется

радикальная

паллиативная

диагностическая

156.Абсолютным показанием к операции при угрожающих жизни заболеваниях оперативное вмешательство является

 единственным методом лечения

 одним из методов лечения

 методом диагностики

157. «Чистые операции» - это операции

плановые без вскрытия полого органа

во время которых вскрывается полый орган

проводимые при первично инфицированных тканях

158. «Условно-чистые» операции –

плановые без вскрытия полого органа

во время которых вскрывается полый орган

проводимые при первично инфицированных тканях

159. «Загрязненные» операции –

плановые без вскрытия полого органа

во время которых вскрывается полый орган

при которых неминуемо попадание содержимого вскрытой внутренней полости в рану

проводимые при первично инфицированных тканях

160. «Грязные» операции –

плановые без вскрытия полого органа

во время которых вскрывается полый орган

при которых неминуемо попадание содержимого вскрытой внутренней полости в рану

проводимые при первично инфицированных тканях

161. Больные транспортируются из приемного отделения прямо в операционную в случаях, кроме:

 ранения сердца

 артериального кровотечения из крупных сосудов

 внутреннего кровотечения

неосложненной паховой грыже

162. Вид санитарной обработки, выполняемой перед экстренной операцией:

полная санитарная обработка

частичная санитарная обработка

только бритье операционного поля

санитарная обработка не проводится

163.Вид санитарной обработки перед плановой операцией

 обтирание кожи и смена белья

 полная санитарная обработка

частичная санитарная обработка

 санитарная обработка не проводится

164.Если больной принимал пищу за 40 минут перед экстренной операцией, то следует:

отложить операцию на сутки

удалить содержимое желудка через зонд

вызвать рвоту

ничего не предпринимать

165.Бритье операционного поля перед экстренной операцией проводится:

Непосредственно перед операцией

На операционном столе

Не производится

166. Временная остановка кровотечения из подключичной артерии проводится способами, кроме:

пальцевого прижатия

тампонады раны

резкого разведения конечностей кзади

167. Расположение пациента на операционном столе обусловлено:

удобством работы хирурга

комфортом пациента

комфортом медсестры

168. Во время операции операционная медсестра не выполняет:

подает инструменты хирургу

заполняет документацию

надевает стерильное белье

считает перевязочный материал

169. В операционную пациентов ввозят

с одеялом

 с подушкой

 без одеял и подушек

170. К элементам хирургической операции не относится:

разрез кожи

обработка операционного поля

гемостаз

выполнение клизмы

171. К инструментам для разделения тканей не относятся:

ножницы

скальпель

пилы

клипсы

172.К инструментам для разделения тканей не относятся:

ранорасширитель

иглодержатель

зажим Бильрота

диссектор

173. Инструменты для разъединения тканей не относятся:

ранорасширитель

зажим Сатинского

расширители Гегара

диссектор

174. Инструменты для соединения тканей:

цапки

зажим Шамли

 иглы хирургические

элеватор

175. Корнцанг применяют для:

наложения швов

остановки кровотечения

подачи перевязочного материала

фиксации операционного белья

176. Для соединения тканей применяются:

ранорасширитель

хирургический пинцет

цапки

зажим Микулича

177.Для декомпрессии кишечной трубки применяется:

зонд пуговчатый

зонд желобоватый

зонд назоинтестинальный

178.Положение Тренделенбурга придается пациенту при проведении операции:

на печени и селезенке

на органах малого таза

операции на почке

179. Положение Тренделенбурга на операционном столе –

на спине с опущенным головным концом

на правом боку

на животе

180. Положение больного на операционном столе при операции на почке:

На животе

на здоровом боку

сидя

181. При проведении торакотомии положение больного на операционном столе:

На животе

на здоровом боку

с валиком под поясницу

182. Общие хирургические инструменты по назначению делятся на группы, за исключением:

для разъединения тканей

для остановки кровотечения

для соединения тканей

фиксационные

для установки дренажа

183. Диссекторы применяются для:

рассечения тканей

тупого разделения тканей

остановки кровотечения

184.Зажимы Кохера отличаются от зажимов Бильрота:

наличием острых зубцов

размерами

кривизной

185. В общий набор инструментов для первичной хирургической обработки раны входят:

кусачки Листона

распаторы

пинцет хирургический

иглы кишечные

186. К инструментам соединяющим ткани не относятся:

иглы и иглодержатели

степлеры и клиперы

крючки Фарабефа

187. Кремальеры – это:

приспособления для фиксации инструментов в нужном положении

специальные рукоятки

режущие части инструментов

188.Желобоватый зонд используют для:

защиты тканей от случайного повреждения

разрезания мягких тканей

прокола мягких тканей

189. Для выполнения операции холецистэктомии не требуются инструменты:

диссектор

распатор

ножницы

190.Различают пилы, кроме:

проволочные

листовые

изогнутые

дугообразные

191. К нерассасывающимся шовным материалам относят:

ПГА

кетгут

пролен

192. В набор инструментов для трепанации черепа не входят:

Кусачки Люэра

Распатор

Коловорот с набором фрез

Крючок Сигала

193. Хирургические крючки не применяют:

для разведения краев раны брюшной стенки

 для разведения краев грудной стенки

 для оттеснения печени, почки

 для наложения клипс

194. Для чего устанавливают дренажи:

для остановки кровотечения

для оттока отделяемого

для ускорения эпителизации

195.Диаметр безушковых игл:

больше диаметра нити

меньше диаметра нити

диаметр иглы и нити одинаков

196.Какие виды нитей шовного материала не выпускаются промышленностью

крученые

плетеные

мононити

полинити

шерстяные

197.Каким шовным материалом ушивается рана сердца:

кетгутом

викрилом

капроном, проленом

198.Ножницы подают хирургу:

в закрытом виде, кольцами к себе

в открытом виде, браншами к руке хирурга

в открытом виде, кольцами к руке хирурга

в закрытом виде кольцами к руке хирурга

199. Каким шовным материалом зашиваются раны печени:

нерассасывающимся

не имеет значения

рассасывающимся

200. Легче завязывать узлы:

монофиламентным шовным материалом

полифиламентным шовным материалом

201. Какой шовный материал применяется для сопоставления краев кожной раны:

проволока

кетгут

капрон

202. В набор инструментов для резекции кишки не входят:

Зажимы кровоостанавливающие

Кишечные жомы

Иглы кишечные

Распатор изогнутый

203.Виды дренажей применяются в хирургии, кроме:

активные

проточные

пассивные

Кера

Бюлау

204. Осложнения раннего послеоперационного периода со стороны раны:

кровотечение

нагноение

послеоперационная грыжа

лигатурный свищ

205. Послеоперационные осложнения со стороны органов дыхания:

пневмония

паротит

пролежни

тромбофлебит

206. Послеоперационные осложнения со стороны органов кровообращения:

пневмония

гематома

инфаркт миокарда

207. Послеоперационные осложнения со стороны мочевой системы:

острая задержка мочи

бронхит

парез кишечника

кровотечение

208. Наиболее частое осложнение ран:

кровотечение

нагноение

столбняк

сепсис

209. Вид рубца при заживлении раны первичным натяжением:

грубый широкий

тонкий косметический

деформирующий

210. При кишечной непроходимости выполняются операции, кроме:

резекция кишки

колостомия

рассечение спайки

шов нерва

211. Удаление части конечности – это:

экзартикуляция

эмболэктомия

ампутация

212. Операция по созданию соустья – это:

резекция

анастомоз

трепанация

213. Назовите диагностическую операцию:

аппендэктомия

тубэктомия

литотрипсия

биопсия

214. Экстренная операция проводится при:

остром аппендиците

доброкачественной опухоли

хроническом холецистите

неосложненной грыже

215. Плановая операция проводится при заболевании:

острый аппендицит

ущемленная грыжа

хронический калькулезный холецистит

перфоративная язва

 перитонит

216. В набор инструментов на ампутацию конечности не входит

Ампутационный нож

Ретрактор

Пила

Ложечка Фолькмана

217.В набор инструментов для операций на желчных путях не входит

Зажим Федорова

Диссектор

Зонды с оливой

Распатор

218. Для дренирования общего желчного протока используется:

дренаж по Бюлау

катетер Фоллея

дренаж Кера

219. Механический способ лечения гнойной раны:

иссечение некротических тканей

обработка раны антисептиком

обработка раны перекисью водорода

применение протеолитических ферментов

220. Физический способ лечения гнойной раны:

дренирование раны

обработка раны антисептиком

обработка раны перекисью водорода

применение антибиотиков

221. Химический способ лечения гнойной раны:

дренирование раны

применение антисептических средств

обработка раны лазером

применение вакцин

222. Биологический способ лечения гнойной раны:

дренирование раны

применение антисептических средств

обработка кожи йодонатом

применение вакцин, бактериофагов

223.При появлении признаков нагноения операционной раны необходимо:

наложить сухую стерильную повязку

наложить повязку с мазью «Левомеколь»

снять несколько швов, дренировать рану

ввести наркотический анальгетик

224. Эвентрация — это:

воспаление брюшины

ущемление кишечника в спайках

выхождение кишечных петель на переднюю брюшную стенку

выделение кишечного содержимого из раны

225. К каким ранам относятся раны при проведении хирургической операции:

инфицированным

гнойным

асептическим

226. В первые сутки после операции возможны осложнения, кроме:

наружное кровотечение

образование гематомы в ране

нарушение ритма и остановка сердца

нагноение раны

227. Различают следующие виды заживления ран:

путем вторичного рассасывания гематомы

путем биологического слипания тканей

вторичным натяжением

под повязкой

228. В какие сроки могут быть наложены первично отсроченные швы:

3 - 7 суток

10 суток

14 суток

229. Типичные сроки снятия кожных швов:

5 - 7 суток

10 суток

14 суток

230. Рана является проникающей, если:

в ней находится инородное тело

повреждены только кожа и подкожная клетчатка

повреждены мышцы и кости

повреждены мягкие ткани и пограничная серозная оболочка (плевра, брюшина)

231. Наиболее опасный симптом ранения:

кровотечение

инфицирование

дефект кожи

нарушение функции поврежденной части тела

232. Первичная хирургическая обработка раны — это:

иссечение краев, дна и стенок раны

промывание раны

удаление из раны сгустков крови и инородных тел

наложение на рану вторичных швов

233. Основной этап первичной хирургической обработки раны:

наложение асептической повязки

остановка кровотечения

иссечение краев и дна раны

наложение швов

234. Условия для заживления раны первичным натяжением:

края ровные, хорошо соприкасаются

края неровные, между ними значительный промежуток

нагноение раны

инородное тело в ране

235. Раны называют сквозными, если:

имеется длинный раневой канал

имеется входное отверстие

имеется входное и выходное отверстие

имеется рана с продолжающимся кровотечением

236. Срочное мероприятие при обширной ране:

обезболивание, наложение швов

промывание раны антисептиками, установка дренажа

иммобилизация

остановка кровотечения

237. В какие сроки осуществляют первичную хирургическую обработку раны:

до 6 часов

до 12 часов

до 18 часов

более 24 часов

238. Какие раны наиболее часто осложняются развитием острой инфекции из-за массивной инфицированности вирулентной флорой:

колотые

рвано-ушибленные

огнестрельные

укушенные

239. При обработке ран на доврачебном этапе необходимо:

тщательно промыть раневую поверхность растворами антисептиков с помощью пульверизатора или тампона

обработать только кожу вокруг раны растворами антисептиков

обработать края раны растворами антисептиков, ввести в рану турунды с растворами антисептиков

промыть раневую поверхность водой с мылом

240. Повязки, которые необходимо накладывать при ранениях вен шеи или при ранениях грудной клетки:

термоизолирующие

сухие асептические

окклюзионные

повязки не накладывать, рану тампонировать

241. Укажите последовательность действий, если из раны выстоит ранящий предмет:

удаление ранящего предмета из раны

обработка краев раны растворами антисептиков, наложение сухой асептической повязки

обработка краев раны растворами антисептиков без удаления ранящего предмета, наложение асептической повязки

фиксация ранящего предмета к краям раны, наложение сухой асептической повязки

242. При проникающем ранении передней брюшной стенки с выпадением внутренних органов необходимо:

наложить сухую асептическую повязку на выпавший орган

обезболить

вправить выпавшие органы

наложить влажную асептическую повязку на выпавший орган

243. Характеристика резаной раны:

края ровные, зияние

большая глубина, точечное входное отверстие

края неровные, вокруг кровоизлияние

края неровные, зияние

244. Как называют рану, если инфекция попала в момент повреждения:

асептическая

первично инфицированная

условно загрязненная

245. К физическим методам остановки кровотечения относятся, кроме:

применение гемостатической губки

применение электрокоагуляции

применение холода

применение горячего раствора

246. Экспресс-биопсия выполняется

непосредственно во время операции

в течение 24 часов

в течение суток

247. Профилактика послеоперационных тромбозов включает:

Соблюдение строгого постельного режима

Применение баночного массажа на грудную клетку

Применение солевых кровезаменителей

Активное послеоперационное ведение пациента, применение антикоагулянтов, применение эластических бинтов или компрессионного трикотажа

248. Внутрибрюшное кровотечение возникает вследствие:

острого аппендицита

опухоли желудка

маточной беременности

разрыва трубы при внематочной беременности

249. Послеоперационное осложнение впервые 24 часа после операции на костях:

воздушная эмболия

жировая эмболия

остеомиелит

250. По отношению к ране артериальный жгут на конечности накладывается:

ниже раны

выше раны

значения не имеет

251. Положение больного в постели в первые часы после общего обезболивания:

лежа с опущенным головным концом

полусидя

лежа на боку

лежа на спине без подушки, голова повернута на бок

252. Лечение при флегмоне:

согревающий компресс

широкий разрез и дренирование гнойника

пункция и введение антибиотиков

253. Дренажные трубки при урологических операциях:

не требуют фиксации

требуют фиксации

254.При вскрытии панариция в амбулаторных условиях чаще применяется обезболивание:

инфильтрационная анестезия

проводниковая анестезия

внутрикостная анестезия

255. В ходе какой из перечисленных операций наиболее вероятна опасность жировой эмболии:

удаление липомы в области плеча

остеосинтез бедренной кости

формирование кожного лоскута на животе по способу Филатова

вскрытие костного панариция 2-го пальца кисти

удаление эмбола из бедренной артерии

256. С какой целью больному перед операцией не разрешают есть:

трудно вводить желудочный зонд

возможна регургитация

затрудняется управление дыханием

влияет на проведение интубации

257. Эластичный бинт при расширении вен нижних конечностей накладывается больному для профилактики тромбоэмболических осложнений:

сидя

лежа

лежа до подъема после ночного сна

стоя

 258. Основным признаком нагноения операционной раны является:

гиперемия кожи в зоне раны

отек в области раны

бледность кожи вокруг раны

повышение температуры тела

259. При задержке мочеиспускания после операции наиболее эффективным является:

рефлекторное воздействие

мочегонные средства

катетеризация мочевого пузыря

260. Жировая эмболия может быть осложнением:

ранения вен

полостных операций

перелома костей

внутривенных вливаний

переливания крови

261. Угроза воздушной эмболии существует при повреждении:

тонкой кишки

крупных вен шеи

вен голени

262. Характерный синдром для повреждения паренхиматозных органов:

острого перитонита

внутреннего кровотечения

острой дыхательной недостаточности

263. Больного с массивной кровопотерей транспортируют:

полусидя

лежа на животе

лежа с опущенными ногами

лежа с приподнятым ножным концом

264. Неотложная помощь при пневмотораксе начинается с:

дренирования плевральной полости

трахеостомии

блокады межреберных нервов

обездвиживания грудной клетки

265. Для лечения переломов ключицы не используют:

кольца Дельбе

остеосинтез

гипсовую повязку

«черепичную» повязку

266. При переломах костей для импровизированной шины чаще всего применяют:

резину

плотную ткань

доску

бинт

267. Профилактику столбняка необходимо проводить при:

закрытом переломе плеча

растяжении связок

колотой ране стопы

ушибе кисти

268. При переломе бедра необходимо фиксировать:

тазобедренный сустав

место перелома

тазобедренный и коленный сустав

тазобедренный, коленный и голеностопный сустав

269. Укорочение конечности наблюдается при:

разрыве связок

переломе костей

переломе позвоночника

270. Степень отморожения можно определить:

сразу после согревания

на 2-й день

после проведения инфузионной терапии

через несколько дней

271.Какой раствор новокаина применяют для обезболивания места перелома костей:

0,5%

1%

2%

5%

10%

272. Подкожная эмфизема является проявлением:

сотрясения грудной клетки

пневмоторакса

разрыва сосудов грудной стенки

ушиба грудной клетки

ушиба сердца

273. Абсолютный признак перелома костей:

деформация сустава

деформация мягких тканей

отек

патологическая подвижность костных отломков

274. При переломах костей таза пациента транспортируют в положении:

на спине на мягких носилках

на спине на щите в позе «лягушки»

на животе

полусидя

275. При переломе костей предплечья шина накладывается:

от лучезапястного сустава до верхней трети плеча

от лучезапястного до локтевого сустава

на место перелома

от кончиков пальцев до верхней трети плеча

276. При электротравме необходимо:

Ввести спазмолитики

наложить асептическую повязку

прекратить воздействие тока

ввести эуфиллин

277. Типичное проявление перелома основания черепа:

кровотечение и ликворрея из носа и ушей

отек век

подкожная эмфизема

двоение в глазах

278. Гемоторакс — это скопление крови в:

капсуле сустава

плевральной полости

брюшной полости

околосердечной сумке

279. При повреждении шейного отдела позвоночника с целью транспортной иммобилизации используют:

ватно-марлевые кольца Дельбе

ватно-марлевый воротник Шанца (филадельфийская шина)

шину Дитерихса

крестообразную повязку

280. У детей наблюдаются, как правило, переломы:

косые

по типу «зеленой веточки»

компрессионные

полные

281. Основной признак перелома ребер:

локальная крепитация

точечные кровоизлияния на коже туловища

кровоподтек

боль

282. Отличительный признак ожога II степени:

гиперемия

боль

наличие пузырей или их остатков

отек тканей

283. Характерный признак ожога IV степени:

гиперемия обожженного участка

образование пузырей

некроз участков кожи

обугливание тканей

284. Характерный признак отморожения II степени:

сосудистая реакция

образование пузырей

некроз участков кожи

мраморность кожи

285. Характерный признак отморожения III степени:

сосудистая реакция

образование пузырей

некроз всей толщи кожи

мраморность кожи

286. Наиболее грозное осложнение, которое может возникать при ранении вен шеи:

Верный ответ:1

воздушная эмболия

тромбоэмболия

флебит

тромбофлебит

287. Перед выполнением лапароцентеза пациент должен:

дать письменное согласие на процедуру, опорожнить мочевой пузырь

дать устное согласие на процедуру, снять съемные зубные протезы

вызвать рвоту

288. Жировая эмболия легочной артерии может развиться при:

злоупотреблении животными жирами и высоком уровне холестерина

переломах трубчатых костей

неправильном введении масляных растворов

любых внутривенных инъекциях

289. При внутрибрюшном кровотечении гемостаз проводится при

Верный ответ:2

переливания плазмы

лапаротомии

наложения жгута

290. После торакоцентеза необходимо:

положить асептическую повязку на место пункции

взять кровь на анализ

отнести на анализ плевральную жидкость

сделать пациенту контрольное рентгенологическое исследование

291. Что такое гемоперитонеум:

наличие крови в тканях

наличие крови в брюшной полости

наличие крови в суставе

наличие крови в плевральной полости

292. Что такое гемоторакс:

наличие крови в тканях

наличие крови в брюшной полости

наличие крови в суставе

наличие крови в плевральной полости

293. Что такое гематома:

наличие крови в тканях

наличие крови в брюшной полости

наличие крови в суставе

наличие крови в полости перикарда

294. Определите площадь ожога и степень - термический ожог голени и стопы, имеется гиперемия, отек, болезненность:

18% - III степени

9% - I степени

295. Принципы транспортировки больных при травме позвоночника:

транспортировка на жестких носилках в положении лежа на спине

транспортировка на носилках в положении лежа на спине или на животе

транспортировка на носилках в положении лежа на боку

296. Принципы лечения больных с повреждением ребер:

обезболивание (новокаиновая блокада), тугая повязка на грудную клетку

обезболивание (новокаиновая блокада), при болях наркотические анальгетики

обезболивание (анальгетики, новокаиновая блокада),дыхательная гимнастика, лекарственные средства для уменьшения кашля

297. Наиболее грозным осложнением при переломе ключицы является:

перфорация кожи

повреждение подключичных сосудов

повреждение грудино-ключично–сосцевидной мышцы

298. Перечислите симптомы характерные для вывиха:

боль, отек, изменение конфигурации сустава, ограничение или отсутствие движения в суставе

боль, бурно нарастающий отек, патологическая подвижность в суставе

боль, отек, усиление боли при осевой нагрузке

299.При транспортной иммобилизации перелома плечевой кости накладывают шину Крамераот пальцев пораженной руки до:

угла лопатки со здоровой стороны

плечевого сустава

подмышечной впадины

300. Мероприятия первой помощи при переломе лучевой кости в типичном месте:

обезболивание, фиксация, исключающая движения в лучезапястном суставе

обезболивание, фиксация, исключающая движения в локтевом и лучезапястном суставах

обезболивание, фиксация, исключающая движения в лучезапястном и межфаланговых суставах

301. Первая помощь больным с подозрением на повреждение костей таза:

обезболивание, положение лежа на спине на ровной поверхности без валиков

обезболивание, положение лежа на спине на жестких носилках с валиком под коленными суставами

обезболивание, положение полусидя с валиком под коленными суставами

302. Первая помощь больным при переломе бедренной кости:

обезболивание, иммобилизация от стопы до ягодичной складки, госпитализация

обезболивание, иммобилизация по наружной боковой поверхности от стопы до подмышки, по внутренней боковой поверхности от стопы до паха, госпитализация

обезболивание, положение лежа на спине (на щите) с валиком под коленными суставами

303. Что называется переломом лучевой кости в типичном месте:

перелом нижней трети лучевой кости, в сочетании с вывихом головки локтевой кости

перелом шейки лучевой кости

перелом дистальной части лучевой кости

перелом диафиза лучевой кости в верхней трети

 перелом головки лучевой кости

304. Для поверхностного ожога характерно:

наличие гиперемии кожных покровов

наличие струпа темно-коричневого цвета

наличие пузырей светло-желтого цвета

в ожоговой ране видны мышцы

305. Укажите мероприятия, относящиеся к противошоковым при оказании доврачебной помощи:

инфузионная терапия

транспортная иммобилизация

новокаиновые блокады

остановка внутрибрюшного кровотечения

306. Новокаиновые блокады применяют для:

профилактики инфекции

устранения боли

удаления гематомы

307.Чем опасно наложение циркулярных гипсовых повязок в амбулаторных условиях:

происходит быстрое разрушение повязки

возникают затруднения в передвижении больного

нарушение кровообращения конечности при сдавлении

308. Для уменьшения отёка конечности в гипсовой повязке необходимо:

назначить антибиотики

придать конечности возвышенное положение

рассечь гипсовую повязку

309. Транспортная иммобилизация при повреждении костей голени достигается наложением шины по задней поверхности конечности:

от пальцев стопы до колена

от пальцев стопы до середины бедра

от пальцев стопы до ягодичной складки

310. Гипсовая повязка полностью высыхает через:

13 - 18 часов

24 - 48 часов

72 - 80 часов

311. Затвердевание (схватывание) гипса происходит за:

5 - 7 минут

20 - 30 минут

40 - 50 минут

312. Чем опасны колотые раны:

глубиной ранения

повреждением костей

повреждением внутренних органов

313. Что следует понимать под термином вывих:

разрыв связок сустава

разобщение сочленяющихся поверхностей

перелом костей, образующих сустав

314. Какой вывих называют патологическим:

врождённый

осложнённый

возникший в результате заболевания, разрушающего сустав

315. При наличии всех клинических признаков перелома обязательно ли рентгенографическое исследование:

да

нет

на усмотрение врача

316. В каком положении необходимо транспортировать больного с переломами рёбер и грудины:

лёжа на спине

лёжа на животе

в полусидячем положении

317.Опасное осложнение при наложении гипсовой повязки:

повышение температуры конечности

появление отека

нарушение кровообращения конечности

318. При переломе лодыжек накладывается гипсовая повязка:

сапожок

U-образная

циркулярная

319. При оперативных методах лечения переломов к средствам фиксации не относятся:

транспортные шины

пластины для фиксации отломков кости

внутрикостные гвозди и штифты

320.При наложении гипсовой повязки конечность необходимо поддерживать:

осторожно, только пальцами

всей кистью

любым способом

321. Шину Дитерихса применяют:

при переломе ключицы

при переломе плечевой кости

при переломе бедра

322. Доврачебная медицинская помощь при переломах костей:

наложение гипсовой повязки

наложение компресса

транспортная иммобилизация

323. После вывиха костей предплечья конечность иммобилизуют:

циркулярной гипсовой повязкой

задней гипсовой лангетой

иммобилизация не нужна

324. Что характерно для перелома грудины:

боль

симптом «треугольной подушки»

деформация в виде ступеньки

325. При субдуральной гематоме черепа необходимо:

перелить кровь

промыть слуховой проход и тампонировать нос

провести трепанацию черепа

326. Доврачебная помощь при ранении шеи и повреждении пищевода:

наложение асептической повязки

наложение жгута

ушивание раны пищевода

введение наркотических анальгетиков

327. Показание к проведению трахеостомии:

инородное тело пищевода

ранение пищевода

ранение трахеи или гортани

рак пищевода

328. Показания к проведению экстренной торакотомии:

ранение в эпигастральной области

ранение пищевода или трахеи

ранение сердца

рак пищевода

329.При наложении гипсовой лонгеты:

лонгету готовят заранее, рыхло складывают от краев к центру, замачивают, разглаживают, накладывают на конечность

замачивают свернутый гипсовый бинт, осторожно разматывая бинт, накладывают его на конечность, моделируют

гипсовый бинт накладывают на конечность, не моделируют, периодически смачивая водой

330. При наложении скелетного вытяжения необходимо:

прикрыть места выхода спиц тампонами с мазью, которые необходимо периодически менять

прикрыть места выхода спиц салфетками, которые периодически смачивают антисептиком

прикрыть места выхода спиц окклюзионными повязками

331. Какая гипсовая повязка накладывается при переломе плеча:

кокситная повязка

торакобрахиальная

гипсовая повязка Дезо

U - образная лангета

332. Первичная хирургическая обработка раны пострадавшему в состоянии шока проводится:

сразу после поступления

на следующий день

параллельно с выведением из шока

333. Подкожная эмфизема при закрытых переломах ребер является достоверным признаком:

гемопневмоторакса

пневмоторакса

ушиба легкого

повреждения легкого

334. Чью ладонь используют для определения площади ожога «правилом ладони»:

больного

врача

среднестатистическую

335. Десмургия-это:

наука о перевязочных материалах

наука, изучающая виды повязок, цели и способы их наложения

наука о способах ушивания ран

336. Какую повязку накладывают при ранении волосистой части головы:

пращевидную

колосовидную

«чепец»

крестообразную

337. На промежность накладывают повязку:

пращевидную

Т-образную

восьмиобразную

338.При носовом кровотечении применяется:

крестообразная повязка

пращевидная повязка

лейкопластырная повязка

339. К мягким повязкам относится:

гипсовая повязка

косыночная повязка

шина Крамера

повязка Дезо

340. Для транспортной иммобилизации применяется:

шина Белера

шина Крамера

шина ЦИТО

341. Повязка на голеностопный сустав:

спиральная

колосовидная

восьмиобразная

циркулярная

342. При травме ключицы целесообразно использовать:

шину Крамера

повязку Дезо

гипсовую повязку

колосовидную повязку

343.Крестообразную повязку применяют при повреждении:

коленного сустава

плечевого сустава

голеностопного сустава

лучезапястного сустава

344. При открытых переломах накладывается гипсовая повязка:

мостовидная

окончатая

створчатая

345. При ожоге кисти накладывается повязка:

крестообразная повязка

«варежка»

колосовидная

346. Транспортировка больных в бессознательном состоянии осуществляется:

на боку

на животе

в положении лягушки

347. Укажите тактику при проникающем ранении передней брюшной стенки в случае выпадения в рану части сальника:

обезболить, вправить части сальника в брюшную полость, асептическая повязка

обезболить, выпавшие части сальника закрыть повязками с физиологическим раствором, сухими повязками, фиксировать к краям раны

выпавшие части сальника закрыть повязками с физиологическим раствором, сухими повязками, фиксировать к краям раны, обезболивание не проводить, т.к. имеется патология органов брюшной полости

обезболить, выпавшие части сальника закрыть повязками с физиологическим раствором

348. Основными признаками клинической смерти являются:

нитевидный пульс, расширение зрачков, цианоз

потеря сознания, расширение зрачков, цианоз

потеря сознания, цианоз, отсутствие пульса, отсутствие самостоятельного дыхания, расширение зрачков

349. Достоверные признаки биологической смерти:

остановка дыхания и сердечной деятельности

зрачок не реагирует на свет

трупное окоченение, трупные пятна, «кошачий глаз»

резкое снижение (отсутствие) мышечного тонуса, трупные пятна, «кошачий глаз»

350. Правила проведения сердечно-легочной реанимации:

1 вдох - 5 компрессий грудной клетки

2 вдоха - 15 компрессий грудной клетки

2 вдоха - 20-25 компрессий грудной клетки

2 вдоха – 30 компрессий грудной клетки

351. Моментом смерти человека не является

Смерть мозга

Клиническая смерть

Биологическая смерть

352. Основное осложнение, возникающее при проведении закрытого массажа сердца:

перелом ключицы

перелом позвоночника

перелом ребер

повреждение трахеи

353. Правильная укладка больного при проведении реанимации:

опустить головной конец

положить на твердую ровную поверхность

приподнять головной конец

354. Противопоказания для проведения реанимационных мероприятий:

перелом позвоночника

признаки биологической смерти

печеночная кома

355. При сжатии грудной клетки во фронтальной плоскости возможны переломы:

рёбер

ключицы

лопатки

356.Первая помощь при инородном теле глотки на догоспитальном этапе:

в момент кашля произвести короткие удары в межлопаточное пространство

заесть кусочком хлеба

попытаться достать инородное тело

прополоскать горло

357. При неэффективности реанимации реанимационные мероприятия можно прекратить через:

5 минут

15 минут

30 минут

1 час

358. Мероприятия неотложной помощи при легочном кровотечении:

обеспечение полного покоя, пузырь со льдом на область грудной клетки

госпитализация

введение викасола и хлористого кальция

ингаляция кислорода

359. Наиболее эффективным при клинической смерти является:

введение медикаментозных средств

проведение ИВЛ

непрямой массаж сердца

одновременное проведение ИВЛ и непрямого массажа сердца

360. Основной задачей службы медицины катастроф в чрезвычайных ситуациях является:

проведение спасательных и других неотложных работ в очаге бедствия

розыск пострадавших, оказание им первой медицинской помощи, вынос за границы очага

оказание первой врачебной помощи пострадавшим, поддержание функций жизненно важных органов в зоне катастрофы и в период эвакуации в стационар

руководство группировкой сил, осуществляющих спасательные работы в очаге бедствия

361. Медицинская помощь в чрезвычайных ситуациях в первую очередь оказывается:

пострадавшим с повреждениями, сопровождающимися нарастающими расстройствами жизненных функций

пострадавшим с повреждениями, сопровождающимися выраженными функциональными нарушениями

пострадавшим с нарушениями, не совместимыми с жизнью

агонизирующим

362. Не является целью медицинской сортировки в приемном отделении:

выявление опасных больных для окружающих

выявление нуждающихся в эвакуации

выявление нуждающихся в неотложной медицинской помощи

363.Приобретение устойчивости к УФО, дезинфектантам характерно для возбудителей:

патогенных

условно-патогенных

госпитальных (внутрибольничных инфекций)

364. Основную долю среди возбудителей внутрибольничных инфекций составляют:

патогенные

условно-патогенные

споровые формы

365.Первая фаза течения раневого процесса в инфицированной ране:

гидратация

дегидратация

рубцевание

эпителизация

366. Возбудителем рожистого воспаления является:

стафилококк

стрептококк

синегнойная палочка

367. Мастит – это воспаление:

лимфатического узла

лимфатического сосуда

молочной железы

сальной железы

368. Проблема пациента с колостомой:

повышение температуры тела

недержание мочи

затруднение, связанное с необходимостью осуществлять физиологические отправления в непривычном положении

необходимость посещения туалета в ночное время

369. Перитонит развивается при повреждении:

почек

кишки

анального канала

селезенки

370. Тактика медицинской сестры при ущемленной грыже:

срочная госпитализация

грелка на живот

вправление грыжи

очистительная клизма

371. Характер и локализация болей при перфоративной язве желудка:

постоянные, сильные, в правой подвздошной области

постоянные, резкие, в правом подреберье

опоясывающие, тупые

«кинжальные», в эпигастрии

372. Характер и локализация болей при остром аппендиците:

постоянные, в правой подвздошной области

постоянные, резкие, в правом подреберье

опоясывающие, тупые

«кинжальные», в эпигастрии

373. У пациента с постоянным катетером в мочевом пузыре имеются проблемы:

нарушение привычного режима физиологических отправлений

риск развития инфекции мочевых путей

невозможность самостоятельно осуществлять гигиенические мероприятия

ограничение приема жидкости

374. Для предупреждения развития инфекции мочевыводящих путей у пациента с постоянным катетером требуется:

обеспечение пациенту достаточного времени для мочеиспускания

своевременное опорожнение дренажного мешка

промывание катетера раствором антисептика не менее 2 раз в день

обеспечение комфортных условий для мочеиспускания

375. Варикоцеле – это:

увеличение размеров яичка

варикозное расширение вен семенного канатика

киста семенного канатика

воспаление семенного канатика

376. Карбункул – это:

поверхностная стрептококковая инфекция

поверхностная стафилококковая инфекция

глубокая стрептококковая инфекция

глубокая стафилококковая инфекция

377. Гидраденит – это:

избыточная потливость ладоней и стоп

гнойное воспаление апокриновых потовых желез

снижение суточного количества выделения пота

аномальное расположение потовых желез

378. Наиболее часто микобактерии туберкулёза поступают в организм через:

желудочно-кишечный тракт

верхние дыхательные пути

кожу

раны

379. Показания к экстренной операции при язвенной болезни:

перфорация язвы

желудочное кровотечение в анамнезе

обострение язвенной болезни

боли в животе

380. Осложнение язвенной болезни:

кровотечение

гастрит

хронический энтерит

гепатит В

381. Кинжальная боль в животе – симптом характерный для:

почечной колики

острого аппендицита

острого панкреатита

прободной язвы желудка

382. Осложнения язвенной болезни 12 – перстной кишки, кроме:

пневмония

рубцово – язвенный стеноз привратника

кровотечение

перфорация

383. Клинические проявления пупочной грыжи:

запоры

высокая температура

опухолевидное выпячивание в области пупка, вправляющееся в брюшную полость

положительный симптом Щеткина - Блюмберга

384. При ущемленной грыже необходимо:

вправление грыжи

тепло на живот

проведение экстренной операции

спазмолитики

385. Где развивается паронихия:

спина

нос

лицо

подмышечная впадина

 палец

386. Ограниченное скопление гноя в тканях – это:

гематома

абсцесс

атерома

флегмона

387. Пандактилит – это воспаление:

сухожилия

межфалангового сустава

всех тканей пальца

388. Возбудитель анаэробной инфекции:

клебсиелла

кишечная палочка

синегнойная палочка

клостридии

389.К доброкачественным новообразованиям кожи не относятся:

липомы

папилломы

гранулемы

меланомы

390. Достоверный метод диагностики в онкологии:

эндоскопический

гистологический

ультразвуковой

рентгенологический

391. Флюорографическое обследование имеет значение:

для специфической профилактики туберкулеза

для раннего выявления туберкулеза

для отбора на ревакцинацию

для дифференциальной диагностики туберкулеза легких

392. К доброкачественным новообразованиям кожи относятся:

липомы, папилломы

меланомы

саркомы

эпителиомы

дерматосаркомы

393. К доброкачественным новообразованиям кожи не относятся:

липомы

папилломы

гранулемы

394. При каком исследовании (эндоскопическом) можно выявить метастазы опухоли:

гастроскопия

лапароскопия

эзофагоскопия

цистоскопия

ректоскопия

395. Для доброкачественных опухолей характерно:

медленный рост

отсутствие метастазов

быстрый рост

396. Для злокачественных опухолей характерно:

быстрый рост с инфильтрацией тканей

медленный рост

отсутствие метастазов

метастазы в регионарные лимфоузлы, в другие органы и ткани

397. Симптомы желудочного кровотечения, кроме:

выделение желеобразного содержимого малинового цвета из прямой кишки

рвота цвета «кофейной гущи»

мелена

выделение алой крови

398.Наиболеередкимиосложнениями язвенной болезни являются:

кровотечение

перфорация

пенетрация

малигнизация

 стеноз привратника

399. Осложнениями сахарного диабета не являются:

диабетическая гангрена нижних конечностей

диабетическая ретинопатия

нефропатия с развитием хронической почечной недостаточности

аллергические реакции на введение инсулина

400. Риск заболевания туберкулезом возрастает при сопутствующих заболеваниях:

сахарном диабете

пиелонефрите

язвенной болезни

гипертонической болезни

401. Осложнения желчнокаменной болезни:

почечная колика

язвенная болезнь желудка

острый холецистит

гепатит В

402. Осложнением острого холецистита не является:

механическая желтуха

острый панкреатит

перитонит

отек Квинке

403.Исход тромбозов магистральных артерий:

флегмона

гангрена

артрит

остеомиелит

404. Профилактика тромбоза глубоких вен после операции не включает:

антибиотикотерапию

бинтование конечности

длительный постельный режим после операции

раннюю активацию больных после операции

 применение антикоагулянтов

405. Возбудителем фурункула чаще всего является:

стафилококк

стрептококк

кишечная палочка

клебсиелла

анаэробы

406. Какой вид микроба (из перечисленных) наиболее часто является возбудителем хирургического сепсиса:

стрептококк

гонококк

стафилококк

кишечная палочка

пневмококк

407.Применение обезболивающих при подозрении на «острый живот» опасно следующим:

стимуляцией активности микрофлоры

углублением пареза ЖКТ

развития привыкания к анальгетикам

искажением клинической картины и затруднением диагностики

 усилением интоксикации из-за побочного токсического действия препаратов

408. При общем перитоните живот болезненный:

во всех отделах

в верхних отделах справа

в области пупка

в нижних отделах

409.Укажите осложнение, характерное для фурункула, развившегося на верхней губе:

сепсис

остеомиелит верхней челюсти

некроз кожи

тромбоз сонной артерии

тромбоз мозговых синусов

410. При тромбозах вен чаще всего развивается:

остеомиелит

отек мягких тканей

лимфангоит

анаэробная гангрена

411. После ожога пищевода наиболее частое осложнение:

кровотечение

язва

рубцовое сужение

рак

412. Наиболее частое осложнение при тромбозе вен голени - эмболия:

бедренной артерии

подключичной артерии

легочной артерии

413. При ущемленной пахово-мошоночной грыже осложнением является:

отек яичка

отек мошонки

нагноение яичка

острая кишечная непроходимость

414. Образованию пролежней способствует:

Сдавление тканей гипсовой повязкой

сдавление тканей при длительном лежачем положении больного

активное положение больного в постели

боли в позвоночнике

415.Наиболее важной процедурой в профилактике пролежней является:

частая смена положения больного

обработка кожи антисептиком

антибиотикотерапия

ЛФК, УФО

416. Пролежни чаще всего образуются на:

крестце

лопатках, локтях

передней брюшной стенке

затылке

передней поверхности бедер

417. Положение больного с носовым кровотечением:

сидя, запрокинув голову

горизонтальное положение на спине

сидя, слегка наклонив голову вперед

418. Мероприятия, показанные больным с острым желудочно-кишечным кровотечением:

холод на живот

введение гемостатистических препаратов

срочная госпитализация

введение сосудистых тонизирующих препаратов

419. Симптомы не характерные для острой кишечной непроходимости:

схваткообразные боли

отсутствие стула и газов

рвота

частый жидкий стул

420. Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны:

резкий отек нижней конечности

некроз пальцев стопы

похолодание стопы

перемежающаяся хромота

 отек и гиперемия по ходу поражения вен

421. Симптомами характерными для тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей являются:

дистальные отеки

распирающие боли

повышение температуры

гиперемия кожи и отек по ходу вен

 резкая боль при пальпации

422. Правила транспортировки больного с синдромом «острый живот»:

лежа на носилках

сидячее положение

полусидячее положение

423. Наиболее частая причина механической желтухи при холецистите:

нарушение обмена веществ

закупорка камнем общего желчного протока

печеночная недостаточность

424. Противопоказания к операции при остром аппендиците:

старческий возраст

отсутствуют

острая пневмония

инсульт

425. Современные методы хирургического лечения острого холецистита, кроме:

холецистостомия

дренирование желчного пузыря под контролем методов визуализации

лапароскопическая холецистэктомия

426. Остановка кровотечения в операционной ране обычно проводится:

тугой тампонадой раны

пальцевым прижатием на протяжении

перевязкой и прошиванием сосуда в ране

427. Алая кровь выделяется пульсирующей струей при кровотечении из:

паренхиматозных органов

капилляров

артерий

вен

428. Первая помощь при наружном артериальном кровотечении:

наложение артериального жгута

введение кровезамещающих препаратов

перевязка артерии

пальцевое прижатие артерии

429. Способ временной остановки наружного артериального кровотечения:

наложение давящей повязки

сосудистый шов

пальцевое прижатие сосуда к кости

приподнятое положение конечности

430. Физический метод окончательной остановки кровотечения:

переливание плазмы

протезирование сосуда

электрокоагуляция

наложение сосудистого шва

431. Характерные общие признаки кровопотери:

слабость, бледность, тахикардия, снижение АД

потеря сознания, землистый цвет кожи, тахикардия, снижение АД

потеря сознания, брадикардия, гиперемия кожи

432. Причиной раннего вторичного кровотечения чаще является:

расплавление стенки сосуда гноем

соскальзывание лигатуры

травма сосуда костью в момент транспортировки

433. К способу временной остановки наружного венозного кровотечения относится:

введение фибриногена

наложение давящей повязки

прошивание тканей в зоне сосуда

перевязка концов сосуда лигатурой

434.Современные местные гемостатические средства:

применение холода

 применение электрокоагуляции

 применение аппликационных гемостатиков (тахокомб, спонгостан)

применение компонентов крови

 применение тромбоконцентрата

435. Для окончательной остановки артериального кровотечения рекомендуется:

переливание плазмы

наложение жгута

применение гемостатической губки

наложение сосудистого шва

436. Для временной остановки артериального кровотечения рекомендуется:

переливание эритроцитарной массы

наложение сосудистого зажима

применение гемостатической губки

наложение сосудистого шва

437. Окончательная остановка кровотечения из бедренной артерии:

наложение сосудистого зажима

применение гемостатической губки

сосудистый шов

пальцевое прижатие

438.Основные преимущества газовой (оксид этилена) стерилизации

 Высокая эффективность

 Длительность цикла

Высокая стоимость

Токсичность для пациентов и персонала

 Отсутствие химических индикаторов стерилизации