

Ожоги

Ожоговая болезнь

1. Какие физические факторы вызывают термические ожоги:
 - 1) влажность и низкая температура;
 - 2) открытое пламя и кипящие жидкости;
 - 3) электрический ток;
 - 4) сильно нагретые предметы;
 - 5) щавелевая кислота и бытовые моющие средства.

2. Главным звеном патогенеза термических ожогов является:
 - 1) тромбоз вен по периферии ожоговой поверхности;
 - 2) гибель основного пула фибробластов;
 - 3) термическая коагуляция тканевых белков;
 - 4) быстрое развитие рубцовых изменений;
 - 5) накопление ионов калия в зоне повреждения.

3. Укажите степень перегрева тканей, при которой происходит их необратимое повреждение:
 - 1) 37° С;
 - 2) 39° С;
 - 3) 41° С;
 - 4) 43° С;
 - 5) 52° С.

4. К поверхностному ожогу относится:
 - 1) ожог I степени;
 - 2) ожог II степени;
 - 3) ожог IIIa степени;
 - 4) ожог IIIб степени;
 - 5) ожог IV степени.

5. Ожог I степени характеризуется:
 - 1) повреждением эпидермиса;
 - 2) повреждением сосочкового слоя дермы;
 - 3) повреждением сетчатого слоя дермы;
 - 4) гиперемией и отеком кожи;
 - 5) образованием тонкостенных пузырей, заполненных серозным содержимым.

6. Ожог II степени характеризуется:
 - 1) повреждением эпидермиса;
 - 2) повреждением сосочкового слоя дермы;
 - 3) повреждением сетчатого слоя дермы;
 - 4) гиперемией и отеком кожи;
 - 5) образованием тонкостенных пузырей, заполненных серозным содержимым.

7. Ожог IIIa степени характеризуется:
 - 1) повреждением эпидермиса;
 - 2) частичным повреждением сетчатого слоя дермы;
 - 3) повреждением сетчатого слоя дермы на всю глубину;
 - 4) повреждением сосочкового слоя дермы;
 - 5) повреждением волосяных фолликулов, сальных и потовых желез;
 - 6) повреждением подкожной клетчатки.

8. Ожог IIIб степени характеризуется:
- 1) частичным повреждением сетчатого слоя дермы;
 - 2) повреждением сетчатого слоя дермы на всю глубину;
 - 3) повреждением волосяных фолликулов, сальных и потовых желез, нервных окончаний кожи;
 - 4) повреждением подкожной клетчатки;
 - 5) повреждением мышц и сухожилий.
9. Клинически ожог II степени характеризуется:
- 1) появлением толстостенных пузырей, заполненных мутным или геморрагическим содержимым;
 - 2) появлением тонкостенных пузырей с прозрачным серозным содержимым;
 - 3) появлением поверхностных легко снимаемых светлых некрозов;
 - 4) снижением болевой чувствительности;
 - 5) снижением локальной температуры;
 - 6) повышением локальной температуры.
10. Клинически ожог IIIа степени характеризуется:
- 1) появлением толстостенных пузырей, заполненных мутным или геморрагическим содержимым;
 - 2) появлением тонкостенных пузырей с прозрачным серозным содержимым;
 - 3) появлением поверхностных легко снимаемых светлых некрозов;
 - 4) появлением глубоких трудноотделяемых плотных темных некрозов;
 - 5) снижением болевой чувствительности;
 - 6) отсутствием болевой чувствительности;
 - 7) снижением локальной температуры;
 - 8) повышением локальной температуры.
11. Клинически ожог IIIб степени характеризуется:
- 1) появлением толстостенных пузырей, заполненных мутным или геморрагическим содержимым;
 - 2) появлением поверхностных легко снимаемых светлых некрозов;
 - 3) появлением глубоких трудноотделяемых плотных темных некрозов;
 - 4) снижением болевой чувствительности;
 - 5) отсутствием болевой чувствительности;
 - 6) повышением локальной температуры.
12. На основании каких данных в первые часы после термической травмы можно предположить глубокий ожог?
- 1) болевая чувствительность пораженной поверхности сохранена;
 - 2) болевая чувствительность пораженной поверхности отсутствует;
 - 3) выраженный отек тканей вокруг очага поражения;
 - 4) отсутствие отека тканей вокруг очага поражения;
 - 5) при тремографии определяется снижение теплоотдачи;
 - 6) снижением локальной температуры.

13. Выберите клинические признаки глубокого ожога:
- 1) волосы, сохранившиеся на ожоговой поверхности, удаляются легко и безболезненно;
 - 2) волосы, сохранившиеся на ожоговой поверхности, удаляются с трудом и болезненно;
 - 3) возможности краевой эпителизации резко ограничены;
 - 4) самостоятельная эпителизация возможна для раневых поверхностей любой площади;
 - 5) сниженная болевая чувствительность;
 - 6) повышенная болевая чувствительность;
 - 7) сниженная теплоотдача;
 - 8) повышенная теплоотдача.
14. При глубоких ожогах формирование струпа продолжается:
- 1) 1 - 2 дня;
 - 2) 3 - 7 дней;
 - 3) 8 - 10 дней;
 - 4) 10 - 15 дней;
 - 5) более 15 дней.
15. К признакам, свидетельствующим в пользу глубокого ожога, относится все перечисленное, кроме:
- 1) указание на то, что на пострадавшем горела одежда;
 - 2) при пальпации температура обожженного участка выше, чем температура окружающих тканей;
 - 3) эпиляция волос с обожженной поверхности абсолютно безболезненна и не требует усилий;
 - 4) укол, нанесенный инъекционной иглой в области ожога, не сопровождается болевыми ощущениями;
 - 5) после оценки сохранности болевой чувствительности на месте укола иглой капля крови не выступает.
16. В первые дни после получения ожога на его поверхности с большей вероятности следует ожидать размножения:
- 1) синегнойной палочки;
 - 2) протеи;
 - 3) кишечной палочки;
 - 4) гемолитического стрептококка
 - 5) золотистого стафилококка.
17. Выберите методы определения площади ожоговой поверхности
- 1) правило ладони;
 - 2) правило девяток;
 - 3) индекс Франка;
 - 4) правило сотни;
 - 5) скилцы Вилявина;
 - 6) метод Постникова;
 - 7) формула Эванса.
18. Определите с помощью «правила девяток» примерную площадь ожоговой поверхности у человека с ожогом всей груди и живота, передней поверхности левой руки и передней поверхности левой ноги:
- 1) 18%;
 - 2) 36%;
 - 3) 31,5%;
 - 4) 9%;

5) 45%.

19. Охарактеризуйте «правило ладони» для ориентировочного определения площади ожоговой поверхности:

- 1) ладонь врача составляет примерно 1% от площади тела пациента;
- 2) ладонь пациента составляет примерно 9% от его площади тела;
- 3) ладонь врача составляет примерно 9% от площади тела пациента;
- 4) ладонь пациента составляет примерно 1% от его площади тела;
- 5) при оценке площади поражения ладонь прикладывается к ожоговой поверхности;
- 6) при оценке площади поражения контур ладони на стерильном носителе прикладывается к ожоговой поверхности.

20. В течение ожоговой болезни выделяют следующие периоды:

- 1) острая ожоговая токсемия;
- 2) период дегидратации;
- 3) ожоговый шок;
- 4) гнойно-септические осложнения;
- 5) период гидратации;
- 6) реконвалесценция;
- 7) ожоговое повреждение.

21. Ожоговая болезнь у лиц среднего возраста как правило развивается:

- 1) при поверхностных ожогах до 10% площади тела;
- 2) при поверхностных ожогах более 15% площади тела;
- 3) при глубоких ожогах до 10% площади тела;
- 4) при глубоких ожогах более 10% площади тела;
- 5) при поверхностных и глубоких ожогах, занимающих не менее 30% площади тела.

22. Выберите клинические ситуации, при которых вероятно развитие ожоговой болезни у пострадавшего среднего возраста:

- 1) солнечный ожог I степени 54% площади тела;
- 2) термический ожог II степени 11% площади тела;
- 3) химический ожог IIIa степени 13% площади тела;
- 4) термический ожог II степени 17% площади тела;
- 5) химический ожог IIIб степени 12% площади тела.

23. Острая ожоговая токсемия продолжается:

- 1) 2 - 72 часа;
- 2) 7 - 9 дней;
- 3) 10 - 15 дней;
- 4) 15 - 20 дней;
- 5) более 20 дней.

24. Выберите наиболее важные патогенетические механизмы развития ожогового шока:

- 1) острая кровопотеря;
- 2) плазмопотеря;
- 3) термический гемолиз эритроцитов;
- 4) бактериемия;
- 5) гемоконцентрация;
- 6) чрезмерная активация симпато-адреналовой системы вследствие избыточной болевой афферентной импульсации;
- 7) почечная недостаточность вследствие повреждающего воздействия свободного гемоглобина;

- 8) респираторный дистресс-синдром взрослых.
25. Какой тип нарушений водно-электролитного баланса имеет место у больных с ожоговой болезнью:
- 1) изотоническая дегидратация;
 - 2) гипертоническая дегидратация;
 - 3) гипотоническая дегидратация;
 - 4) изотоническая гипергидратация;
 - 5) гипертоническая гипергидратация.
26. Индекс Франка:
- 1) является интегральным показателем, используемым для определения площади ожоговой поверхности;
 - 2) является интегральным показателем, используемым для прогноза течения ожоговой болезни;
 - 3) формула для определения объема инфузионной терапии при ожоговой болезни;
 - 4) равен сумме общей площади поверхностного ожога и утроенной общей площади глубокого;
 - 5) равен сумме общей площади ожога и возраста пострадавшего.
27. Правило сотни:
- 1) является интегральным показателем, используемым для определения площади ожоговой поверхности;
 - 2) является интегральным показателем, используемым для прогноза течения ожоговой болезни;
 - 3) формула для определения объема инфузионной терапии при ожоговой болезни;
 - 4) равен сумме общей площади поверхностного ожога и утроенной общей площади глубокого;
 - 5) равен сумме общей площади ожога и возраста пострадавшего.
28. Прогноз течения ожоговой болезни является относительно благоприятным, если показатель составляет:
- 1) 45% по «правилу девяток»;
 - 2) 81 - 100 по «правилу сотни»;
 - 3) 61 - 80 по «правилу сотни»;
 - 4) 6000 мл по формуле Эванса;
 - 5) 31 - 60 по индексу Франка;
 - 6) менее 30 по индексу Франка.
29. Оцените прогноз течения ожоговой болезни у пострадавшего 75 лет с поверхностным ожогом 15% площади тела и глубоким ожогом 5% площади тела
- 1) сомнительный в соответствии с правилом сотни;
 - 2) относительно благоприятный в соответствии с правилом сотни;
 - 3) относительно благоприятный в соответствии с индексом Франка;
 - 4) сомнительный в соответствии с индексом Франка;
 - 5) неблагоприятный при расчете любого из общераспространенных интегральных показателей.
30. Первая помощь при термических ожогах включает в себя:
- 1) удаление фрагментов створенной одежды из ожоговых ран;
 - 2) наложение бальзамических повязок;
 - 3) эвакуация пострадавшего из очага возгорания;
 - 4) местная гипотермия с использованием холодной воды;

- 5) введение миорелаксантов и антикоагулянтов.
31. Наиболее эффективным мероприятием первой медицинской помощи при получении ограниченного по площади ожога I-II степени является:
- 1) обработка обожженной поверхности растительным маслом;
 - 2) наложение сухой асептической повязки;
 - 3) наложение повязки с водным раствором антисептика;
 - 4) охлаждение ожоговой поверхности проточной водой в течение 8-10 минут;
 - 5) обработка обожженной поверхности жирорастворимыми мазями с добавлением антибактериального препарата (например, левомиколь).
32. Для коррекции водно-электролитных нарушений, связанных с испарением жидкости, при ожоговой болезни инфузионная программа согласно формуле Эванса должна обязательно содержать:
- 1) 2000 мл 0,9% раствора хлорида натрия;
 - 2) 2000 мл раствора Рингера;
 - 3) 2000 мл раствора Трисоль;
 - 4) 2000 мл раствора Полиглюкина;
 - 5) 2000 мл 5 %раствора глюкозы.
33. С помощью формулы Эванса переделите объем и состав инфузионной терапии, необходимой пострадавшему массой 70 кг с ожогом, занимающим 30% от площади тела в первые сутки ожоговой болезни:
- 1) 2100 мл коллоидных растворов + 2100 мл кристаллоидных растворов + 2000 мл р-ра глюкозы 5%;
 - 2) 2100 мл коллоидных растворов + 2100 мл кристаллоидных растворов;
 - 3) 1050 мл коллоидных растворов + 1050 мл кристаллоидных растворов;
 - 4) 1050 мл коллоидных растворов + 1050 мл кристаллоидных растворов + 1000 мл р-ра глюкозы 5%;
 - 5) 2100 мл кристаллоидных растворов + 2100 мл р-ра глюкозы 5%.
34. Выберите лечебные мероприятия, которые не проводятся в период острой ожоговой токсемии:
- 1) коррекция водно-электролитных нарушений;
 - 2) детоксикационная терапия;
 - 3) предупреждение инфекционных осложнений;
 - 4) коррекция гипопротеинемии;
 - 5) вскрытие и дренирование гнойных затеков.
35. Какие методы детоксикации проводятся в стадии острой ожоговой токсемии:
- 1) нормоволемическая гемодилюция с последующим форсированием диуреза;
 - 2) плазмасорбция;
 - 3) гемосорбция;
 - 4) инфузия препарата Гемодез;
 - 5) инфузия препарата Полидес.
36. К основным задачам хирургического лечения глубоких ожогов относятся:
- 1) освобождение ожоговой раны от нежизнеспособных тканей;
 - 2) профилактика и лечение раневой инфекции;
 - 3) снижение уровня раневой интоксикации;
 - 4) восстановление целостности кожного покрова;
 - 5) профилактика образования постожоговых рубцов и стриктур.

37. В качестве метода хирургического лечения ожогов могут быть использованы:
- 1) первичная хирургическая обработка;
 - 2) некротомия
 - 3) хирургическая некрэктомия;
 - 4) хирургический дебридмент;
 - 5) дермальная кожная пластика;
 - 6) химическая некрэктомия.
38. Определите оптимальный срок для выполнения некротомии при глубоких циркулярных ожогах:
- 1) как можно в более ранние сроки, желательно непосредственно на месте происшествия;
 - 2) в течение первых 2-й часов с момента получения повреждения;
 - 3) в течение первых 6 - 8 часов после ожога;
 - 4) на 3 - 7-е сутки после получения ожога;
 - 5) не ранее окончания первой недели после получения ожога.
39. Определите оптимальный срок для выполнения ранней хирургической некрэктомии или раннего хирургического дебридмента глубоких ожогов:
- 1) как можно в более ранние сроки, желательно непосредственно на месте происшествия;
 - 2) в течение первых 2-й часов с момента получения повреждения;
 - 3) в течение первых 6 - 8 часов после ожога;
 - 4) на 3 - 7-е сутки после получения ожога;
 - 5) не ранее окончания первой недели после получения ожога.
40. Определите оптимальный срок для выполнения позднего хирургического дебридмента глубоких ожогов:
- 1) как можно в более ранние сроки, желательно непосредственно на месте происшествия;
 - 2) в течение первых 2-й часов с момента получения повреждения;
 - 3) в течение первых 6 - 8 часов после ожога;
 - 4) на 3 - 7-е сутки после получения ожога;
 - 5) не ранее окончания первой недели после получения ожога.
41. Охарактеризуйте раннюю хирургическую некрэктомию при глубоких ожогах:
- 1) подразумевает радикальное иссечение всех глубоких некрозов до развития в ране микробно-воспалительного процесса;
 - 2) подразумевает нерадикальное иссечение некрозов до развития в ране микробно-воспалительного процесса;
 - 3) подразумевает нерадикальное иссечение некрозов на фоне развития в ране микробно-воспалительного процесса;
 - 4) завершается одномоментной аутодермопластикой для закрытия раневого дефекта;
 - 5) никогда не завершается одномоментной аутодермопластикой для закрытия раневого дефекта.
42. Охарактеризуйте ранний хирургический дебридмент при глубоких ожогах:
- 1) подразумевает радикальное иссечение всех глубоких некрозов до развития в ране микробно-воспалительного процесса;
 - 2) подразумевает нерадикальное иссечение некрозов до развития в ране микробно-воспалительного процесса;
 - 3) подразумевает нерадикальное иссечение некрозов на фоне развития в ране микробно-воспалительного процесса;

- 4) завершается одномоментной аутодермопластикой для закрытия раневого дефекта;
 - 5) никогда не завершается одномоментной аутодермопластикой для закрытия раневого дефекта.
43. Охарактеризуйте поздний хирургический дебридмент при глубоких ожогах:
- 1) подразумевает радикальное иссечение всех глубоких некрозов до развития в ране микробно-воспалительного процесса;
 - 2) подразумевает нерадикальное иссечение некрозов до развития в ране микробно-воспалительного процесса;
 - 3) подразумевает нерадикальное иссечение некрозов на фоне развития в ране микробно-воспалительного процесса;
 - 4) завершается одномоментной аутодермопластикой для закрытия раневого дефекта;
 - 5) никогда не завершается одномоментной аутодермопластикой для закрытия раневого дефекта.
44. В какой срок производится поздняя аутодермопластика при консервативном лечении глубоких ожогов:
- 1) в первые 3-е суток после получения ожога;
 - 2) в первые 3 - 7 суток после получения ожога до развития в ране микробно-воспалительного процесса;
 - 3) на 2 - 3-ей неделе после получения ожога на фоне развития в ране инфекционно-воспалительного процесса;
 - 4) на 3 – 4-ой неделе после получения ожога на фоне естественного отторжения некрозов;
 - 5) после очищения ожоговой поверхности, купирования воспаления и появления ярких грануляций (4-я неделя и позднее).
45. Выберите оптимальные подходы для консервативного лечения глубоких ожогов:
- 1) использование сетчатых атравматических повязок с антисептическими агентами для профилактики инфицирования;
 - 2) использование марлевых влажно-высыхающих повязок с антисептиками;
 - 3) оптимизация естественного аутолиза раны и отторжения некрозов путем применения раневых покрытий с протеолитическими ферментами;
 - 4) применение мази Вишневого для усиления воспалительной реакции и ускорения эндогенного аутолиза;
 - 5) ускорение роста грануляционной ткани в фазу пролиферации путем использования гидрогелевых и гидроколлоидных повязок;
 - 6) ускорение роста грануляционной ткани в фазу пролиферации путем применения марлевых повязок с бальзамом Шостаковского.
46. Охарактеризуйте открытое лечение ран в управляемой абактериальной среде:
- 1) использование дубящих антисептиков с целью перевода влажного некроза в сухой;
 - 2) подразумевает использование специальных камер со стерильным сухим воздухом для предотвращения микробной контаминации ожоговой поверхности;
 - 3) оптимально для лечения обширных ожогов, непригодных к одномоментному радикальному хирургическому лечению, а также ожогов сложных анатомических областей;
 - 4) требует ежедневных травматичных перевязок;
 - 5) усиливает интоксикацию вследствие отсутствия возможности абсорбции экссудата.
47. Для восстановления кожного покрова у обожженных в качестве донорской зоны используют:
- 1) шею;

- 2) живот;
 - 3) ягодицы;
 - 4) бедра;
 - 5) спину.
48. Для ингаляционной термической травмы характерны:
- 1) осиплость голоса;
 - 2) кашель;
 - 3) заопчение открытых участков тела;
 - 4) заопчение видимых слизистых оболочек;
 - 5) наличие копоти в мокроте.
49. Ингаляционная ожоговая травма чаще всего приводит к развитию:
- 1) тубулярного некроза почек;
 - 2) пневмонии;
 - 3) отека гортани и трахеи;
 - 4) ишемии скелетных мышц;
 - 5) сепсиса.
50. Наиболее токсичными для человека являются следующие продукты горения:
- 1) синильная кислота и ее производные;
 - 2) закись азота;
 - 3) аргон и криптон;
 - 4) диоксид углерода и окись углерода;
 - 5) фосген.
51. Для ожога щелочами характерно:
- 1) развитие колликвационного некроза;
 - 2) развитие коагуляционного некроза;
 - 3) ожоги более глубокие, чем при воздействии кислот;
 - 4) при отторжении струпа часто развиваются аррозивные кровотечения;
 - 5) появление слоистого серого влажного струпа;
 - 6) при отторжении струпа развитие аррозивных кровотечений не характерно.
52. Для ожога кислотами характерно:
- 1) развитие колликвационного некроза;
 - 2) развитие коагуляционного некроза;
 - 3) ожоги более глубокие, чем при воздействии щелочей;
 - 4) появление сухого струпа, цвет которого зависит от вида повреждающего агента;
 - 5) появление слоистого серого влажного струпа;
 - 6) при отторжении струпа развитие аррозивных кровотечений не характерно.
53. Для лучевого ожога в отличие от термического характерно:
- 1) наличием скрытого периода;
 - 2) гиперемия и отек кожи;
 - 3) образованием пузырей;
 - 4) образованием язв и некрозов;
 - 5) наличием «знаков тока».
54. Для лечения лучевых язв применяют:
- 1) компоненты крови;
 - 2) глюкокортикоиды;
 - 3) трансплантацию костного мозга;

- 4) H1- гистаминоблокаторы;
- 5) трансплантацию фибробластов.

55. Для электроожогов характерны следующие признаки:

- 1) появление на теле «знаков тока»;
- 2) образование «петли тока»;
- 3) возможна остановка сердечной деятельности;
- 4) чем ниже напряжение, тем тяжелее поражение тканей;
- 5) несоответствие величины видимого повреждения кожных покровов с масштабом поражения глубжележащих тканей и структур.

56. Какие местные особенности характеризуют электрический ожог:

- 1) коагуляционный некроз;
- 2) колликвационный некроз;
- 3) безболезненность;
- 4) прогрессирующий некроз;
- 5) образование «знаков тока»;
- 6) образование булл.