

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 IIIa 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) протей;
- 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) яормула 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 сгоревшей 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 гипопроотеинемии;
- 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 Вишневского 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 применение 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 покровов 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) закопчение открытых участков тела;
- 4) закопчение 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.