Фонд оценочных средств для проведения итоговой государственной аттестации по специальности «пластическая хирургия»

Тема 1 Введение в пластическую хирургию. Общие вопросы. Общие понятия.

(ПК-10; ПК-11; УК-1; УК-12, УК-3)

Тестовые вопросы по теме 1

1. Выберите наиболее полное определение маркетинга в здравоохранении:

A. Маркетинг – система принципов, методов и мер, базирующаяся на комплексном изучении спроса потребителя и целенаправленном формировании предложения медицинских услуг производителям.

B. Маркетинг - вид человеческой деятельности, направленный на удовлетворение нужд и потребностей путем обмена.

C. Маркетинг – предпринимательская деятельность, которая управляет продвижением товаров и услуг от производителя к потребителю.

D. Маркетинг – комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством услуг здравоохранения, ценовой политикой в области лечебно-диагностического процесса, продвижением услуг к потребителям, а также процессом реализации.

2. Основные понятия, отражающие сущность маркетинга (исключите неправильный ответ):

A. нужда, потребность
B. запрос, товар
C. обмен, сделка
D. рынок
E. производительность

3. Перечислите методологические основы маркетинга:

A. эмпирический
B. экономический анализ
C. метод индукции и дедукции
D. прикладной
E. математическое моделирование

4. Принципы маркетинга:

A. нацеленность на достижение конкретной цели
B. определение своей рыночной ниши
C. творческий подход
D. стабильность и забота о завтрашнем дне
E. техническая оснащенность

5. Инструментарий маркетинга включает:

A. аудит фирмы
B. исследование и анализ рынка
C. стратегическое планирование
D. ценовую политику
E. социальную стабильность

6. К субъектам маркетинга относятся:

A. производители
B. оптовые торговцы
C. организации-потребители
D. конкуренты
E. население

7. Функции маркетинга:

A. аналитическая
B. производственная
C. сбытовая
D. управления и контроля
E. санирующая
F. координационная

8. Для совершения добровольного обмена необходимо соблюдение следующих условий, за исключением:
A. минимальное число сторон – две
B. согласованное время совершения обмена
C. каждая сторона должна располагать чем-то ценным для другой стороны
D. каждая сторона должна быть способна осуществлять коммуникацию и доставку своего товара
9. Для совершения сделки необходимо соблюдение следующих условий, за исключением:
A. наличие как минимум двух ценностно-значимых объектов
B. согласованное место проведения
C. каждая сторона должна быть способна осуществлять коммуникацию и доставку товара
10. Маркетинг медицинских услуг предусматривает следующие виды деятельности: разработка медицинской услуги
A. обследование пациента
B. продвижение медицинской услуги на рынке медицинских услуг
C. установление оптимального качества медицинской услуги при оптимальной цене
D. лечение пациента в стационаре
11.Составляющие элементы маркетинга:
A. изучение пациента
B. изучение мотивов поведения пациентов на рынке медицинской услуги
C. изучение рынка медицинской услуги
D. изучение конкурентов
E. исследование рекламной деятельности
F. разработка программы проведения услуг на медицинский рынок
G. анализ своей работы с пациентами

12. Медицинский субъект, окружение:
A. хозяйственный субъект
B. медицинское учреждение, производящее услуги в здравоохранении, независимо от форм собственности.
C. потребитель медицинских услуг
13. Партнеры медицинского субъекта:
A. предприятия, организации или коллектив
B. финансово-кредитные учреждения, медицинские учреждения, государство, гражданин
C. налоговая инспекция, ЛПУ, СМО
14.Спрос на рынке медицинских услуг:
A. это количество медицинских услуг, которые желают и могут приобрести пациенты по любой цене
B. платежеспособная потребность
C. потребность в приобретении медицинских услуг
15. Основные факторы, влияющие на спрос медицинских услуг:

A. цена на медицинские услуги
B. уровень доходов населения
C. реклама
D. вежливость и внимание со стороны врачей

16. Цена, спрос и предложение на рынке медицинских услуг взаимодействуют так:

A. цена определяет спрос
B. предложение определяет цену, независимо от спроса
C. цена балансирует спрос и предложение
D. цена не зависит от предложений
E. цена определяет предложение

17. Факторы, влияющие на формирование цен, называют:

A. регулирующие
B. динамические
C. ценообразующие
D. ценовая политика
E. рыночные

18. При расчете одного посещения врача используется метод ценообразования:

A. затратный
B. гонорарный
C. повременный
D. по шкале ресурсов
E. произвольный

19. Основная цель социально-этического маркетинга:

A. сбыт товара
B. удовлетворение нужд потребителей
C. изучение рынка
D. получение прибыли
E. продвижение услуги

20. Типы маркетинга:

A. конверсионный
B. креативный
C. демаркетинг
D. динамичный
E. ритмичный

21.Составление спроса при ремаркетинге:

A. снижающийся спрос
B. колеблющийся спрос
C. чрезмерный спрос

22. Цель маркетинга при полном спросе:

A. снизить спрос
B. оживить спрос
C. поддержать спрос

23. Классификация видов спроса:

A. отрицательный
B. положительный
C. открытый
D. скрытый
E. регулярный
F. нерегулярный
G. полноценный
H. неполноценный
I. чрезмерный

24. Факторы, влияющие на предложение:
A. количество врачей
B. стоимость оборудования
C. налоги
D. общие цели мед. учреждения
E. корпоративная культура

25. Составляющими внешней системы маркетинга медицинских услуг ЛПУ являются:
A. система здравоохранения
B. экономическая система
C. система, производящая медицинскую услугу
D. политическая система
E. социальная система

26. Что можно считать конкурентными преимуществами:
A. высокая репутация ЛПУ
B. высокое качество оказания медицинских услуг
C. текучесть кадров
D. размеры кабинетов врачей
E. наличие автостоянки

27. Основными этапами медицинского маркетинга при изучении спроса на медицинскую услугу являются:
A. реконструктивные воздействия на спрос
B. удовлетворение потребностей населения
C. исходная оценка состояния спроса
D. динамические оценки изменения состояния спроса
E. культивация спроса на новые медицинские услуги

28. Основными факторами сегментации рынка являются:
A. географический
B. экономический
C. демографический
D. психографический
E. поведенческий

29. При прогнозировании спроса учитывается:
A. соотношение сбыта и цен
B. общие и относительные издержки
C. показатели повторных покупок
D. темпы роста сбыта
E. сезонность

30. При конкуренции учитывается:
A. соотношение сбыта и цен
B. общие и относительные издержки
C. сильные и слабые стороны конкурентов
D. вероятные стратегии конкурентов
E. показатели повторных покупок

31. Позиционирование учреждения:
A. определение действий, которые обеспечат учреждению конкурентоспособность на рынке
B. стратегия дифференциации услуг
C. определение размеров собственности

32. Проведению позиционирования медицинской услуги на рынке медицинских услуг обязательно предшествует:
A. анализ ассортимента

B. выбор целевого сегмента
C. оценка компетентности экспертов
D. оценка конкурентоспособности медицинской услуги
E. построение ранжированного ряда

33. Стратегия ценообразования, количество этапов:

A. 5
B. 6
C. 4
D. 3

35. Система цен в России включает следующие виды цен:

A. "бюджетные оценки"
B. государственные
C. договорные
D. тарифные
E. престижные
F. гибкие
G. скользящие
H. падающие

36. К важным факторам ценообразования относятся:

A. конъюнктура
B. издержки предприятия
C. правительство
D. потребители

37. Цель медицинской рекламы:

A. формировать и поддерживать интерес к товару (услуге)
B. завоевать пациента
C. создать высокий престиж ЛПУ

38. Виды медицинской рекламы:

A. реклама в прессе, радио- и телереклама
B. рекламные сувениры
C. наружная реклама

39. Характер рекламы в здравоохранении:

A. информативный
B. увещевательный
C. напоминающий
D. моментальный
E. демонстративный

40. Понятие комплекса маркетинга:

A. приспособление деятельности предприятия (учреждения) к ситуации на рынке, своевременное и гибкое реагирование на ее изменение
B. совокупность основных категорий маркетинга
C. деятельность в сфере обращения товаров и услуг

41. Элементы комплекса маркетинга:

A. товар
B. цена
C. место продаж
D. продвижение
E. кадры
F. связь с общественностью
G. политика

42. Сегмент рынка, определение:

A. это совокупность потребителей с набором сходных характеристик и требований к товару и услугам
B. среднестатистический потребитель товаров и услуг
C. рынок организованных потребителей

43. При сегментировании рынка по психографическому принципу учитываются следующие переменные, за исключением:
A. образ жизни
B. личностные характеристики
C. возраст
D. принадлежность к общественному классу

44. При сегментировании рынка по поведенческому принципу учитываются следующие переменные, за исключением:
A. отношение потребителей медицинских услуг к тем или иным условиям
B. характер реакции на услугу
C. возраст

45 .Психографическая сегментация выделяет следующие группы людей:
A. преуспевающие
B. новаторы
C. основательные люди
D. степенные люди
E. инициаторы

46. Определите термин "услуга":
A. категория маркетинга
B. выгода, которую одна сторона может предлагать другой
C. товар в нематериальном виде

47. Услуги в области здравоохранения классифицируют в соответствии:
A. с К-ОКП
B. с МКБ-10
C. с ОКДП
D. с А-ОКП
E. с приказами МЗ РФ

48. Характеристика медицинской услуги:
A. осязаемость
B. неотделимость от источника
C. непостоянство качества
D. несохраняемость
E. результативность

49. Жизненный цикл товара (услуги), стадии:
A. 5
B. 4
C. 3

50. Основными признаками стадии роста медицинских услуг на рынке являются:
A. сбыт - слабый
B. сбыт - быстрорастущий
C. сбыт - падающий
D. прибыль - ничтожная
E. прибыль - максимальная

51. Главные характеристики медицинской услуги как товара:
A. неотделимость от источника
B. неосязаемость
C. результативность
D. несохраняемость

E. непостоянство качества

52. На рынке медицинских услуг основным объектом купли-продажи выступает:

A. труд медицинских работников
B. медицинские услуги
C. здоровье населения
D. медикаменты
E. медицинские инструменты

53. Каналы товароведения:

A. прямые
B. косвенные
C. вертикальные
D. смешанные

54. Составные элементы продвижения медицинской услуги:

A. ФОС + СТИС + информационное обеспечение
B. крупногабаритные плакаты, проспекты и каталоги
C. разработка фирменного стиля

55. Для стимуляции сбыта устанавливают:

A. бонусные скидки
B. "психологическая" цена
C. скользящая падающая цена
D. низкие цены

56. Участниками прямого (нулевого) канала сбыта являются:

A. производитель
B. потребитель
C. оптовик
D. розничный торговец
E. поставщик

57. В маркетинге медицинских услуг при анализе потребителя необходимо анализировать:

A. только больного
B. только врача
C. только провизора
D. только больного и врача
E. больного, врача и провизора

58. Элементы продажного сервиса:

A. комфортные условия для пациента
B. вежливое и внимательное обращение с пациентом
C. исчерпывающая консультация по услуге
D. навязчивое поведение
E. недостаточные знания об услуге

59. Имидж, определение:

A. образ фирмы, товара в глазах потребителя
B. свидетельства и дипломы по результатам конкурсов и выставок
C. известность и авторитетность лидеров фирмы

60. Дайте определение понятию маркетинговое исследование:

A. систематическое определение круга данных, их отбор, анализ, отчет о результатах
B. логическая последовательность этапов и действий
C. постановка задач и учет ограничений

61. Принципы маркетинговых исследований:

A. научность
B. системность
C. комплексность

D. оперативность, гибкость, перспективность
E. эффективность
F. социальность

62. Методы маркетинговых исследований:
A. метод экспертных оценок
B. метод социологических исследований
C. метод исторический
D. метод математического моделирования

63. Этапы маркетинговых исследований:
A. 7
B. 5
C. 6
D. 3

64. Вторым этапом маркетинговых исследований в здравоохранении является:
A. маркетинговый синтез
B. тактическое планирование
C. ситуационный анализ
D. маркетинговый контроль
E. стратегическое планирование

65. Основными базами данных для маркетинговых исследований являются:
A. официальные издания Госкомстата
B. официальные издания Минздрава
C. популярные издания (газеты, журналы)
D. издания государственных научных журналов
E. законы

66. Система маркетинговых исследований спроса на медицинские услуги:
A. матричная
B. функциональная
C. смешанная
D. целевая

67. Внутренними источниками информации при маркетинговых исследованиях ЛПУ являются:
A. статистическая отчетность ЛПУ
B. данные официальных обследований
C. отчет руководителей подразделений
D. профессиональные журналы
E. официальные публикации Минздрава

68. Стратегия маркетинга, определение:
A. линия поведения на медицинском рынке
B. сочетание ресурсов и навыков организации
C. завоевание рынка и получение намеченной прибыли

69. К стратегии маркетинга в отношении услуги относятся:
A. стратегия дифференциации
B. стратегия низких издержек
C. стратегия совершенствования товара
D. стратегия развития рынка
E. стратегия интенсификации маркетинговых усилий

70. Различают маркетинговый контроль:
A. за исполнением годовых планов
B. за исполнением месячных планов
C. прибыльности
D. стратегический

E. текущий

71. Виды маркетинга в здравоохранении:

A. маркетинг медицинских услуг
B. маркетинг продаж
C. маркетинг организаций
D. маркетинг места
E. маркетинг отдельного лица

72. Необходимое число посещений врача в год Па = ЕА * Н *Д, где Д – это:

A. норматив числа посещений на 1 случай болезни
B. доля посещений врача по поводу данного заболевания в общем объеме посещений

73. Нагрузка на врача поликлиники в час, Т = 60: Е В*Д, где В – это:

A. среднее время обследования 1 больного
B. обращаемость населения за медицинской помощью

74. Критерии в сегментации рынка медицинских услуг:

A. количественные параметры
B. существенность сегмента
C. прибыльность
D. система, производящая медицинскую услугу
E. защищенность от конкурентов

75. Источники вторичной информации в маркетинговом исследовании:

A. бухгалтерские отчеты
B. внутренняя статистика
C. государственная статистика
D. медицинские материалы пациентов
E. популярные издания (газеты, журналы)
F. материалы ранее проведенных исследований

Ответы к тестам

1.d	11.a,b,c,d,e	21.a	31.a	41.a	51.b	61.a,b	71.b
2.e	12.b	22.c	32.b	42.c,d	52.a,b,d	62.b	72.a
3.a,b,c,d	13.b	23.a,d,f,g,i	33.a	43.a	53.a	63.e	73.a,b,c, e
4. a,b,c	14.b	24.a,b	34.a,b,c.d	44.a,b,c,d	54.a,c	64.a,b,d,e	74.a,b,c, d,f
5.a,b,c,d	15.a,b,c	25.a,b,d,e	35.a,b,c,d	45.b	55.a,b	65.a,b,c	75.a,b,c, e
6.a,b,c,e	16.c	26.a,b	36.a	46.b,c	56.e	66.a,c	
7.a,b,c,d	17.c	27.c,d	37.a	47.a,b,c,d	57.a,b,c	67.a	
8. c	18.a	28.a,b,c,d,e	38.a,b,c	48.a	58.a	68.a,b,c	
9. a,b,c	19.b	29.a,c,d,e	39. a	49.b,e	59.a	69.a,c,d	
10.a,c,d	20.a,b,c	30.c,d	40. a,b,c	50.a,b,d,e	60.a,b,c,d,e	70.a,c,d,e	

Перечень контрольных вопросов по теме 1

1. Понятие общественного здоровья. Основные показатели общественного здоровья.
2. Заболеваемость населения. Первичная заболеваемость. Оценка первичной заболеваемости.
3. Понятие демографии. Понятие рождаемости и смертности. Оцека рождаемости и смертности. Показатели естественного прироста населения.
4. Экспертиза временной нетрудоспособности населения. Существующее количество уровней экспертизы временной нетрудоспособности. Кто имеет право выдачи документов,

удостоверяющих временную нетрудоспособность.
5. Какие документы должны иметь врачи, занимающиеся частной практикой.
6. Эффективность использования коечного фонда. Определение. Показатели эффективности.
7. Качество оказания медицинской помощи. Показатели оценки качества.
8. Ценообразование. Каким образом устанавливаются цены на платные медицинские услуги в государственных учреждениях.
9. Что такое лицензирование. Какие медицинские учреждения подлежат лицензированию
10. Что такое аккредитация. Какие медицинские учреждения подлежать аккредитации.
11. Что такое сертификат специалиста. Кто обязан иметь сертификат специалиста.
12. Правоведение как наука и предмет изучения. Задачи и место правоведения в профессиональном образовании и практической деятельности медицинских кадров.
13. Юридические науки, их разновидности..
14. Теория государства и права как фундаментальная наука правоведения: предмет и задачи ее изучения.
15. Понятие государства, его сущность и основные черты.
16. Теории происхождения государства и его исторические типы.
17. Признаки государства, их сущность.
18. Внешние и внутренние функции государства, методы их осуществления.
19. Понятие формы государства.
20. Форма государственного правления: понятие, виды.
21. Политический режим: понятие, виды.
22. Форма государственного устройства: понятие, виды.
23. Соотношение государства и права. Правовое государство и гражданское общество.
24. Виды нормативного регулирования общественных отношений, их основные черты.
25. Правовое регулирование. Содержание, сущность и социальное назначение права.
26. Юридическая норма (норма права): понятие, признаки, структура.
27. Отрасли и институты права: понятие, виды.
28. Система права: определение, основные группы отраслей права.
29. Источники права: определение, виды.
30. Нормативные акты: определение, виды, порядок действия.
31. Законы: определение, признаки, виды.
32. Подзаконные нормативные акты: определение, признаки, виды.
33. Правовые отношения: понятие, признаки, виды.
34. Субъекты и объекты правоотношений.
35. Правоспособность субъектов права.
36. Дееспособность субъектов права.
37. Юридические факты: понятие, виды.
38. Правомерное поведение: понятие, виды.
39. Правонарушение: понятие, признаки, виды.
40. Юридическая ответственность: виды, признаки.
41. Конституционное право как базовая отрасль Российского права. Принципы и юридические свойства Конституции РФ.
42. Конституционные права, свободы и обязанности человека и гражданина в РФ.
43. Конституционные основы федеративного устройства РФ.
44. Система органов государственной власти РФ. Принцип разделения властей.
45. Конституционный статус Президента РФ.
46. Состав, полномочия и принципы деятельности Федерального Собрания РФ.
47. Судебная власть в РФ и конституционные гарантии правосудия.
48. Гражданское право в системе Российского права. Источники гражданского права.
49. Гражданское правоотношение: понятие, субъекты.

50. Право собственности как основной институт гражданского права.
51. Обязательства в гражданском праве. Гражданско-правовая ответственность за неисполнение обязательств.
52. Семейное право РФ: понятие, принципы, источники.
53. Права и обязанности родителей по семейному законодательству РФ.
54. Осуществление родительских прав, лишение и ограничение родительских прав по семейному законодательству РФ.
55. Права несовершеннолетних детей по семейному законодательству РФ.
56. Алиментные обязательства членов семьи. Участие родителей в дополнительных расходах на детей, в том числе при заболеваниях ребенка.
57. Выявление, учет и устройство детей, оставшихся без попечения родителей.
58. Усыновление (удочерение) детей.
59. Опека и попечительство над детьми.
60. Приемная семья, ее образование.
61. Трудовое право РФ: предмет, источники.
62. Субъекты трудовых правоотношений.
63. Трудовой договор как основной институт трудового права.
64. Рабочее время и время отдыха.
65. Дисциплина труда и дисциплинарная ответственность.
66. Административное право: сущность, предмет, источники.
67. Нормы, принципы и субъекты административного права.
68. Административное правонарушение: признаки, состав.
69. Виды административной ответственности.
70. Административные правонарушения, посягающие на здоровье и санитарно-эпидемиологическое благополучие населения.
71. Экологическое право в системе Российского права: понятие, принципы, источники.
72. Субъекты и объекты экологического права.
73. Экологические права граждан.
74. Правовые основы информационного обеспечения охраны окружающей среды. Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье.
75. Юридическая ответственность за экологические правонарушения.
76. Медицинское право РФ в системе социального регулирования медицинской деятельности.
77. Основные источники медицинского права РФ.
78. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан как основной источник медицинского права: структура, основные разделы.
79. Права граждан в области охраны здоровья.
80. Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье.
81. Права граждан при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагополучных районах.
82. Права пациента.
83. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.
84. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан.
85. Уголовное право РФ: понятие, система.
86. Уголовный закон: понятие, структура.
87. Преступление: признаки, состав, виды.
88. Преступления против жизни и здоровья.
89. Экологические преступления.
90. Понятие уголовной ответственности.
91. Классификация уголовных наказаний.

Тема 2 Термические поражения, Тема 3 Учение о ранах.

(ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11; УК-1; УК-12, УК-3)

Тестовые вопросы по темам 2 и 3

I. Классификация ожогов. Методы диагностики глубины и площади ожогов.

1. Что лежит в основе деления ожогов на поверхностные и глубокие?

А. Длительность воздействия термического агента.
Б. Степень гиперемии кожных покровов.
В. Величина пузырей.
Г. Способность или неспособность к самостоятельному заживлению.
Д. Сроки отторжения ожогового струпа.

2. На сколько групп делятся ожоги в связи со способностью или неспособностью к самостоятельному заживлению?

А. 2
Б. 3
В. 4
Г. 5
Д.6

3. На какие группы делятся ожоги в связи со способностью или неспособностью к самостоятельному заживлению?

А. Обширные и необширные.
Б. Поверхностные и глубокие.
В. Ожоги пламенем и ожоги горячей жидкостью.
Г. Ожоги туловища и конечностей.
Д. Ожоги кожи и ожоги слизистых.

4. Для ожогов I степени характерно:

А. Гиперемия кожи.
Б. Пузыри с прозрачным содержимым.
В. Отсутствие болевой чувствительности.
Г. Симптом «перчаток».
Д. Десквамация эпидермиса с обнажением сосочкового слоя кожи.

5. Для ожогов II степени характерно:

А. Гиперемия кожи.
Б. Симптом "перчаток".
В. Отсутствие болевой чувствительности.
Г. Пузыри с прозрачным содержимым.
Д. Десквамация эпидермиса с обнажением сосочкового слоя кожи.

6. Для ожогов IIIа степени характерно:

А. Гиперемия кожи.
Б. Образование плотного струпа.
В. Отсутствие болевой чувствительности.
Г. Пузыри с прозрачным содержимым.
Д. Десквамация эпидермиса с обнажением сосочкового слоя кожи.

7. Для ожогов IIIб степени характерно:

А. Гиперемия кожи.
Б. Симптом "перчаток".

В. Образование плотного струпа и отсутствие на его поверхности болевой чувствительности.
Г. Пузыри с прозрачным содержимым.
Д. Десквамация эпидермиса с обнажением сосочкового слоя кожи.

8. Для ожогов IV степени характерно:
А. Симптом "перчаток", растрескивание струпа с обнажением погибших мягких тканей.
Б. Гиперемия кожи.
В. Отсутствие болевой чувствительности.
Г. Пузыри с прозрачным содержимым.
Д. Десквамация эпидермиса с обнажением сосочкового слоя кожи.

9. Для ожогов какой степени характерны гиперемия, отек кожи, пузыри с прозрачным содержимым?
А. I ст.
Б. II ст.
В. IIIа ст.
Г. IIIб ст.
Д. IV ст.

10. Какой степени поражение обозначается термином "дермальный ожог"?
А. I ст.
Б. II ст.
В. IIIа ст.
Г. IIIб ст.
Д. IV ст.

11. В какие сроки наступает эпителизация ран при ожогах II степени?
А. 1-2 дня.
Б. 10-12 дней.
В. 30-40 дней.
Г. 2-3 месяца.
Д. Не наступает.

12. Для ожогов какой степени характерен плотный темно-коричневый струп?
А. I ст.
Б. II ст.
В. IIIа ст.
Г. IIIб ст.
Д. IV ст.

13. Гибель каких структур характерна для ожогов II степени?
А. Частичный некроз кожи с сохранением глубжележащих слоев и ее дериватов.
Б. Гибель только поверхностных слоев эпидермиса.
В. Гибель кожи, образований, расположенных глубже собственной фасции.
Г. Полная гибель кожи с сохранением глубжележащих структур.
Д. Никаких.

14. Гибель каких структур характерна для ожогов IIIа степени?
А. Частичный некроз кожи с сохранением глубжележащих слоев и ее дериватов.
Б. Гибель только поверхностных слоев эпидермиса.
В. Гибель кожи, образований, расположенных глубже собственной фасции.

Г. Полная гибель кожи с сохранением глубжележащих структур.
Д. Никаких.

15. Гибель каких структур характерна для ожогов IIIб степени?
А. Частичный некроз кожи с сохранением глубжележащих слоев и ее дериватов.
Б. Гибель только поверхностных слоев эпидермиса.
В. Гибель кожи, образований, расположенных глубже собственной фасции.
Г. Полная гибель кожи с сохранением глубжележащих структур.
Д. Никаких.

16. Гибель каких структур характерна для ожогов IV степени?
А. Частичный некроз кожи с сохранением глубжележащих слоев и ее дериватов.
Б. Гибель эпидермиса.
В. Гибель кожи и тканей, расположенных глубже собственной фасции.
Г. Полная гибель кожи с сохранением глубжележащих структур.
Д. Никаких.

17. Для ожогов какой степени характерны гиперемия и отек кожи?
А. I ст.
Б. II ст.
В. IIIа ст.
Г. IIIб ст.
Д. IV ст.

18. Для ожогов какой степени характерны пузыри с прозрачным содержимым?
А. I ст.
Б. II ст.
В. IIIа ст.
Г. IIIб ст.
Д. IV ст.

19. Для ожогов какой степени характерно обнажение базального слоя под отслоившимся эпидермисом?
А. I ст.
Б. II ст.
В. IIIа ст.
Г. IIIб ст.
Д. IV ст.

20. Для ожогов какой степени характерен частичный некроз кожи с сохранением глубжележащих слоев дермы и ее дериватов?
А. I ст.
Б. II ст.
В. IIIа ст.
Г. IIIб ст.
Д. IV ст.

21. Для ожогов какой степени характерна гибель только поверхностных слоев эпидермиса?
А. I ст.
Б. II ст.
В. IIIа ст.

Г. IIIб ст.
Д. IV ст.

22. Для ожогов какой степени характерна полная гибель кожи с сохранением глубжележащих структур?
А. I ст.
Б. II ст.
В. IIIа ст.
Г. IIIб ст.
Д. IV ст.

23. Для ожогов какой степени характерно омертвение мышц, костей, сухожилий?
А. I ст.
Б. II ст.
В.IIIа ст.
Г. IIIб ст.
Д. IV ст.

24. Для ожогов какой степени характерен рисунок тромбированных подкожных вен?
А. I ст.
Б. II ст.
В. IIIа ст.
Г. IIIб ст.
Д. IV ст.

25. Для ожогов какой степени характерно отсутствие болевой чувствительности?
А. I ст.
Б. II ст.
В. IIIа ст.
Г. IIIб -IV ст.
Д. IV ст.

26. Для ожогов какой степени характерно отсутствие «игры сосудов»?
А. I ст.
Б. II ст.
В. IIIа ст.
Г. IIIб ст.
Д. IV ст.

27. Для ожогов какой степени характерно легкое и безболезненное удаление волосков с пораженной поверхности?
А. I ст.
Б. II ст.
В. IIIа ст.
Г. IIIб ст.
Д. IV ст.

28. В каких единицах выражается площадь ожога?
А. В сантиметрах квадратных.
Б. В миллиметрах квадратных.
В. В % относительно всей поверхности тела пострадавших.
Г. В дециметрах квадратных.

Д. В метрах квадратных.

29.Какова площадь кожного покрова верхней конечности?
А. 1%.
Б. 2%.
В. 9%.
Г. 10%.
Д. 18%.

30. Какова площадь кожного покрова нижней конечности?
А. 1%.
Б. 9%.
В. 10%.
Г. 18%.
Д. 36%.

31. Какова площадь кожного покрова головы и шеи?
А. 1%.
Б. 2%.
В. 9%.
Г. 10%.
Д. 18%.

32. Какова площадь кожного покрова кисти?
А. 1%.
Б. 2%.
В. 9%.
Г. 10%.
Д. 18%.

33. Какова площадь кожного покрова передней поверхности туловища?
А. 1%.
Б. 2%.
В. 9%.
Г. 10%.
Д. 18%.

34. Какова площадь кожного покрова задней поверхности туловища?
А. 1%.
Б. 2%.
В. 9%.
Г. 10%.
Д. 18%.

35. Какова площадь кожного покрова ладони?
А. 1%.
Б. 2%.
В. 9%.
Г. 10%.
Д. 18%.

36. Какова площадь кожного покрова бедра?

А. 1%.
Б. 2%.
В. 9%.
Г. 10%.
Д. 18%.

37. Какова площадь кожного покрова голени и стопы?
А. 1%.
Б. 2%.
В. 9%.
Г. 10%.
Д. 18%.

38. Какова площадь кожного покрова промежности и половых органов?
А. 1%.
Б. 2%.
В. 9%.
Г. 10%.
Д. 18%.

39. Чем представлена пораженная поверхность при ожоге IIIа степени?
А. Подкожной жировой клетчаткой.
Б. Фасцией.
В. После отторжения струпа - дермой с просвечивающимися розовыми точками капилляров сосочков («мандариновой корка»)
Г. Гиперемированной кожей.
Д. Грануляционной тканью.

40. В какие сроки обычно наступает эпителизация при ожогах IIIа степени?
А. 2-3 дня.
Б. 10-12 дней.
В. 3-6 недель.
Г. 3-4 месяца.
Д. Не наступает.

41. В какие сроки обычно наступает эпителизация при ожогах IIIб степени?
А. 2-3 дня.
Б. 10-12 дней.
В. 3-6 недели.
Г. 3-4 месяца.
Д. Не наступает.

42. Все приведенные ниже положения относительно электроожогов верны, кроме:
А. Характерны более глубокие повреждения, чем при термических ожогах.
Б. Кровеносные сосуды и нервы обладают низкой электропроводностью.
В. Некроз мышц может быть не диагностирован сразу после травмы.
Г. При высоковольтных повреждениях необходим мониторинг сердечной деятельности.
Д. Мочегонные средства применяют для улучшения диуреза, особенно при миоглобинурии.

43. Кто автор диагностического индекса при ожогах?
А. И. И. Джанелидзе.

Б. Г.Д. Вилявин.
В. В.А. Долинин.
Г. М. Альгевер.
Д. С. Бо.

44. Какой из перечисленных признаков не характерен для термического поражения дыхательных путей?
А. Обгоревшие волоски в носовых ходах.
Б. Наложение копоти на дужках миндалин и язычке мягкого неба.
В. Обложенный язык.
Г. Гиперемия слизистой полости рта и задней стенки глотки.
Д. Осиплость голоса.

45. Что такое индекс Франка?
А. Показатель глубины (степени) ожога.
Б. Показатель площади ожога.
В. Интегральный показатель тяжести ожога.
Г. Показатель степени нарушения гемодинамики.
Д. Показатель степени нарушения функции внешнего дыхания.

II. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ
1. В течение какого времени с момента ожога происходит наиболее интенсивное нарастание отека тканей?
А. В первый год.
Б. В первые три часа.
В. В первые 8 часов.
Г. Во вторую половину первых суток.
Д. На вторые сутки.

2. Наиболее эффективным элементом первой помощи на месте происшествия при ожогах является:
А. Смазывание обожженной поверхности вазелиновым маслом.
Б. Охлаждение обожженного участка в течение 10-12 минут проточной холодной водой.
В. Наложение сухой асептической повязки.
Г. Наложение повязки с раствором антисептика.
Д. Наложение на обожженную поверхность синтомициновой эмульсии.

3. Оптимальной повязкой первой медицинской помощи при ожогах является:
А. Повязка с вазелиновым маслом.
Б. Повязка с мазью Вишневского.
В. Повязка с раствором антисептика.
Г. Сухая асептическая повязка.
Д. Повязка с синтомициновой эмульсией.

4. Какой из способов местного консервативного лечения ожогов лица I-II степени можно считать предпочтительным?
А. Под повязками с фурациллиновой мазью.
Б. Под повязкой с мазью Вишневского.
В. Смазывание обожженной поверхности 5% раствором КМпО4 без наложения повязок (открытым способом).
Г. Смазывание 5% синтомициновой эмульсией.
Д. Смазывание стерильным вазелиновым маслом.

5. Как называются технические средства, обеспечивающие местное лечение ожогов без наложения повязок (открытым способом)?
А. Лампа-Соллюкс.
Б. Диадинамик.
В. Аэротерепевтическая установка (АТУ).
Г. Кварцевая лампа.
Д. Ультразвуковая установка.

6. Какова величина раны при глубоких ожогах, при которой возможно ее заживление посредством краевой эпителизации?

А. 0,5-1 сантиметр квадратный.
Б. 2-3 сантиметра квадратных.
В. 5-7 сантиметров квадратных.
Г. 8-10 сантиметров квадратных.
Д. 20-30 сантиметров квадратных.

7. Какая мазь наиболее эффективна для борьбы с синегнойной инфекцией?
А. Фурациллиновая.
Б. Левосин.
8.Вишневского.
Г. Диоксиколь.
Д. Мафенида ацетат.

8. На каком свойстве основано местное применение некролитических средств?
А. Резорбтивное действие.
Б. Вызывает лизис некротических тканей.
В. Усиливает гнойно-демаркационное воспаление.
Г. Бактерицидное действие.
Д. Высушивает струп.

9. На какой максимальной площади ожоговой поверхности можно одномоментно применять некролитическую мазь (40% мазь салициловой кислоты)?
А. На 1%.
Б. На 3%.
В. На 13%.
Г. На 24%.
Д. На 8%.

10. Сколько существует способов хирургического удаления омертвевших тканей?
А. 2.
Б. 3.
В. 4.
Г. 5.
Д. 6.
Как называется рассечение струпа при обширных циркулярных ожогах?
А. Некрэктомия.
Б. Коникотомия.
В. Ваготомия.
Г. Микростомия.
Д. Некротомия.

12. Оптимальными сроками некротомии при циркулярных ожогах конечностей и туловища являются:
А. Первый час с момента травмы.
Б. Первые 6-8 часов после травмы.
В. Третьи сутки после ожога.
Г. Конец первой недели после травмы.
Д. Непосредственно на месте происшествия.

13. Что обозначают термином «некротомия»?
А. Наложение некролитических средств.
Б. Удаление погибших в результате ожога тканей.
В. Рассечение ожогового струпа.
Г. Расщепление кожного трансплантата.
Д. Удаление грануляционной ткани.

14.Все приведенные ниже положения в отношении достоинств ранней некрэктомии верны, кроме:
А. Сокращение сроков лечения.
Б. Более полноценный функциональный результат лечения.
В. Предупреждение тяжелой интоксикации.
Г. Атравматичность вмешательств.
Д. Предупреждение тяжелых инфекционных осложнений.

15. Как называется закрытие ожоговой раны кожей, взятой у донора или трупа?
А. Аутопластика.
Б. Кератопластика.
В. Ксенопластика.
Г. Аллопластика.
Д. Ауто-аллопластика.

16. Кто первым применил дерматом для свободной кожной пластики?
А. Н.И. Пирогов.
Б. Е. Педжет.
В. С.С. Гирголав.
Г. И. Ван ден Пут.
Д. Б.С. Бобров.

17. Какова оптимальная толщина срезаемых кожных расщепленных трансплантатов при оперативном восстановлении кожного покрова у обожженных?
А. 0,5-0,8 миллиметра.
Б. 1-2 миллиметра.
В. 1-2 сантиметра.
Г. 0,2-0,3 миллиметра.
Д. 0,3-0,4 миллиметра.

18. Донорский участок после срезания расщепленного трансплантата аналогичен ране при ожоге:
А. I ст.
Б. II ст.
В. IIIа ст.
Г. IIIб ст.

Д. IV ст.

19.Каковы средние сроки эпителизаций донорского участка?
А. 7 дней.
Б. Один месяц.
В. Две недели.
Г. Пять недель.
Д. Полтора месяца.

20.Какой вид дермопластики предусматривает операция по Моулем-Джексону?
А. Ауто-аллодермопластика.
Б. Аутопластика.
В. Аллопластика.
Г. Ксенопластика.
Д. Ауто-ксенопластика.

21. Какие из перечисленных медикаментозных средств не рекомендуется применять при местном лечении глубокого ожога до отторжения струпа?
А. Растворы антисептиков.
Б. Мазь (линимент бальзамический) Вишневского.
В. Растворы антибиотиков.
Г. Мази на водорастворимой основе.
Д. Раствор перманганата калия.

22.Признаками готовности гранулирующей раны к аутодермопластики являются все перечисленные признаки, за исключением:
А. Ярко-красный или розовый цвет грануляций.
Б. Гладкая стекловидная поверхность ран.
В. Отсутствие гнойного отделяемого.
Г. Мелкозернистый характер грануляций.
Д. Признаки краевой эпителизаций.|

23. Что является противопоказанием к выполнению ранней некрэктомии при глубоких ожогах?
А. Повышение температуры тела пострадавшего.
Б. Наличие плотного сухого некротического струпа в области предполагаемой операции.
В. Гнойное расплавление некротического струпа и развившееся перифокальное воспаление.
Г. Отек тканей в окружности струпа.
Д. Отсутствие болевой чувствительности в области некротического струпа.

24.Какой из перечисленных методов кожной аутопластики в наибольшей степени сэкономить ресурсы собственной кожи пострадавшего?
А. Аутодермопластика методом «почтовых марок».
Б. Аутодермопластика сетчатыми трансплантами.
В. Аутодермопластика сплошным трансплантатом.
Г. Аутодермопластика культурой аутоэпидермоцитов.
Д. Аутодермопластика микротрансплантатами.

25. О каком грозном осложнении раневого процесса, специфичном для электроожога, следует помнить?
А. Лизис ожогового струпа.

Б. Перифокальное воспаление.
В. Аррозионное кровотечение из магистрального сосуда.
Г. Облитерация кровеносных сосудов.
Д. Гнойно-демаркационное воспаление.

26. Каковы способы профилактики артериального кровотечения при электроожогах?
А. Тугая тампонада раны.
Б. Применение салфеток с раствором перекиси водорода.
В. Применение салфеток, пропитанных раствором тромбина.
Г. Перевязка сосуда в ране.
Д. Перевязка сосуда на протяжении.

27.Какой метод кожной пластики предпочтителен при оперативном лечении обширного электроожога свода черепа с омертвением костей?
А. Расщепленным дерматомным аутотрансплантатом.
Б. Аллогенным трансплантатом.
В. Полнослойным кожным трансплантатом.
Г. Традиционным кожным лоскутом на питающей ножке.
Д. Свободным кожно-мышечным лоскутом с осевым кровоснабжением

III. ОЖОГОВАЯ БОЛЕЗНЬ

1. Что является определяющим патогенетическим фактором ожогового шока?
А. Кровопотеря.
Б. Плазмопотеря.
В. Лейкоцитоз.
Г. Лимфопения.
Д. Гемодилюция.

2. Патология какой системы является доминирующей в первом периоде ожоговой болезни?
А. Нервной.
Б. Эндокринной.
В. Сердечно-сосудистой.
Г. Мочевыделительной.
Д. Пищеварительной.

3. При каком почасовом диурезе следует говорить об олигоурии?
А. Менее 350 миллилитров.
Б. Менее 200 миллилитров.
В. Менее 30 миллилитров.
Г. Менее 5 миллилитров.
Д. Более 50 миллилитров.

4.Чем обусловлен черный цвет мочи у тяжелообожженных в состоянии ожогового шока?
А. Высоким содержанием белка.
Б. Высокой концентрацией желчных пигментов.
В. Высокой относительной удельной плотностью мочи.
Г. Наличием большого количества свободного гемоглобина.
Д. Высоким содержанием глюкозы.

5. Какой термин обозначает увеличение значений показателей крови выше нормальных цифр?
А. Гемодилюция.
Б. Сфероцитоз.
В.Эритропоэз.
Г. Полиглобулия.
Д. Гемоконцентрация.

6. Какое из перечисленных проявлений не характерно для ожога, даже тяжелого?
А. Озноб.
Б. Мышечная дрожь.
В. Отсутствие сознания.
Г. Болевой синдром.
Д. Жажда.

7. Все перечисленные признаки ожогового шока не отличаются от таковых при шоке травматическом кроме одного:
А. Централизация кровообращения.
Б. Болевой синдром.
8. Значительная плазмопотеря.
Г. Тахикардия.
Д. Увеличение РКГТ.

8. С какой целью у пострадавших от тяжелых травм и ожогов определяется ректально-кожный градиент температуры?
А. Для оценки выраженности болевого синдрома.
Б. Для выявления нарушений функции почек.
В. Для оценки состояния микроциркуляции.
Г. Для выявления нарушений функции внешнего дыхания.
Д. Для оценки функции желудочно-кишечного тракта.

9. О чем свидетельствует показатель ректально-кожного градиента температуры (РКГТ)?
А. О степени выраженности интоксикации.
Б. Об интенсивности болевого синдрома.
В. О состоянии периферического кровообращения (микроциркуляции).
Г. О нарушении функции печени.
Д. О нарушении функции внешнего дыхания.

10.Что лежит в основе терапии ожогового шока?
А. Антибактериальная терапия.
Б. Кардиальная терапия.
В. Инфузионная терапия.
Г. Гемотрансфузионная терапия.
Д. Введение анальгетиков.

11. Какие препараты предпочтительнее включать в программу противошоковой терапии в первые 6-8 часов после тяжелой ожоговой травмы?
А. Глюкозо-солевые растворы.
Б. Нативные коллоиды.
В. Синтетические коллоиды.
Г. Эритроцитарную массу.

Д. Растворы аминокислот.

12. Какие средства используются для устранения метаболического ацидоза?
А. Изотонический раствор натрия хлорида.
Б. Гемодез.
В. Гипертонический раствор натрия хлорида.
Г. Бикарбонат натрия.
Д. Реополиглюкин.
13.Какие состояния развиваются в результате понижения содержания калия в организме?
А. Метаболический ацидоз.
Б. Метаболический алкалоз.
В. Дыхательный алкалоз.
Г. Нарушение функции почек.
Д. Нарушение сократительной способности миокарда.

14. Какое из перечисленных проявлений не характерно для выхода пострадавшего из состояния ожогового шока?
А. Нормализация почасового диуреза.
Б. Уменьшение РКГТ до 3° С.
В. Снижение температуры тела до субнормальных цифр.
Г. Прекращение жажды.
Д. Восстановление периферического кровообращения.

15. Когда следует начинать энтеральное зондовое питание у тяжелообожженных?
А. В первые сутки после травмы.
Б. После выхода из ожогового шока.
В. В конце первой недели.
Г. После проведения аутопластики.
Д. При появлении признаков ожогового истощения.

16. Какое число микробных тел в 1 грамме грануляционной ткани, свидетельствует о септическом течении ожоговой болезни?
А. $1x10^2$ степени.
Б. $1x10^3$ степени.
В. $1x10^4$ степени.
Г. $1x10^5$ степени.
Д. $1x10^6$ степени.

17. Какая потеря массы тела свидетельствует о развитии у тяжелообожженных истощения?
А. 5-10%.
Б. 10-15%.
В. 15-20%.
Г. 20-25%.
Д. 40-50%.

IV. ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБОЖЖЕННЫХ

1. Что не должен делать пострадавший при возгорании одежды?
А. Сбрасывать горящую одежду.
Б. Гасить пламя с помощью воды.

В. Засыпать горящие участки землей.
Г. Бежать в горящей воде.
Д. Кататься по земле, придавливая горящие участки.

|**2. Что подразумевает оказание первой помощи в очаге горения напалма?**
А. Надевание противогаза.
Б. Наложение транспортной иммобилизации.
В. Прекращение действия пламени, эвакуация из очага.
Г. Приказание бежать из очага в горящей одежде.
Д. Обеспечение пострадавшего обильным питьем.
3. **Каким методом не рекомендуется гасить пламя зажигательной смеси?**
А. Погружение горящего участка тела в воду.
Б. Сбрасывание горящей одежды.
В. Засыпание горящего участка землей.
Г. Сбивание, придавливание пламени ладонями.
Д. Сбивание, придавливание пламени при катании по земле.

4. Какие мероприятия не должны проводиться на этапе доврачебной помощи?
А. Выполнение первичного туалета ожоговой раны.
Б. Обеспечение обожженных обильным питьем.
В. Введение анальгетиков.
Г. Исправление несостоятельных и наложение отсутствующих повязок.
Д. Согревание обожженных подручными средствами.

5. Пострадавшие с какими ожогами относятся к легкообожженным?
А. Ожоги II-IIIа степени на площади до 10% поверхности тела.
Б. Ожоги IIIб степени на площади до 5% поверхности тела.
В. Ожоги IIIа степени на площади свыше 20% поверхности тела.
Г. Ожоги II степени на площади свыше 20% поверхности тела.
Д. Изолированное термоингаляционное поражение.

6. Пострадавшие с какими ожогами относятся к обожженным средней степени тяжести?
А. С ожогами I степени неограниченной площади.
Б. С ожогами II-IIIа степени на площади свыше 10% поверхности тела.
В. С ожогами IIIб степени на площади 10-20% поверхности тела.
Г. С ожогами II-IIIа степени на площади до 10% поверхности тела.
Д. С изолированными ожогами лица, кистей IIIб степени.

7. Пострадавшие с какими ожогами относятся к обожженным средней степени тяжести?
А. С ожогами I степени неограниченной площади.
Б. С ожогами IIIб-IV степени на площади до 10% поверхности тела.
В.С ожогами IIIб степени на площади 10-20% поверхности тела.
Г. С ожогами II-IIIа степени на площади до 10% поверхности тела.
Д. С изолированными ожогами лица, кистей IIIб степени.

8. Пострадавшие с какими ожогами относятся к тяжелообожженным?
А. С ожогами I-II степени неограниченной площади.
Б. С ожогами IIIб-IV степени на площади до 10% поверхности тела.
В. С ожогами IIIа степени на площади до 30% поверхности тела.
Г. С ожогами II-IIIа степени лица, кистей.

Д. С ожогами IIIб-IV степени на площади свыше 10% поверхности тела.

9. Какие мероприятия включает в себя оказание первой врачебной помощи?
А. Прекращение действия термического агента.
Б. Комплексная противошоковая терапия.
В. Первичный туалет ожоговой раны.
Г. Устранение жизнеопасных осложнений ожога.
Д. Диагностическая перевязка, наложение транспортной иммобилизации.

10. Что подразумевает оказание помощи в машине «скорой помощи» пострадавшим с ожоговым шоком?
А. Переливание крови.
Б. Введение антибиотиков.
В. Проведение комплексной противошоковой терапии.
Г. Проведение инфузионной терапии, обеспечивающей дальнейшую транспортировку.
Д. Выполнение некрэктомии.

11. Какие мероприятия обязательны для всех обожженных в травматологическом пункте?
А. Туалет ожоговой раны.
Б. Инфузионная терапия.
В. Введение столбнячного анатоксина и заполнение амбулаторной медицинской карты.
Г. Некротомия.
Д. Наложение влажно-высыхающих повязок.

12. С какими ожогами могут лечиться в травматологическом пункте?
А. С ожогами II степени лица.
Б. С ожогами II-IIIа степени кистей.
В. С ожогами IIIа степени функционально неактивной области на площади 5-10% поверхности тела.
Г. С ожогами I-II степени на площади до 3% поверхности в функционально неактивных областях тела.
Д. С ожогами IIIб степени на площади до 1% функционально неактивной области.

13. Что должно проводиться на этапе квалифицированной помощи?
А. Оперативное лечение незначительных по площади ожогов.
Б. Комплексная терапия ожогового шока.
В. Тангенциальная некрэктомия.
Г. Лечение до выздоровления дермальных ожогов на площади до 10% поверхности тела.
Д. Экстракорпоральная детоксикация обожженных.

14. Какие мероприятия не должны проводиться в ЦРБ?
А. Комплексная противошоковая терапия.
Б. Некротомия.
В. Ранняя некрэктомия.
Г. Трахеостомия.
Д. Оксигенотерапия.

15. Какие мероприятия следует отнести к оказанию квалифицированной медицинской помощи?
А. Консервативное лечение глубоких ожогов до аутодермопластики.
Б. Консервативное лечение дермальных ожогов до выздоровления.

В. Ранняя некрэктомия с аутодермопластикой.
Г. Комплексная противошоковая терапия.
Д. Интенсивная терапия II и III периодов ожоговой болезни.

V. ХОЛОДОВАЯ ТРАВМА

1. Появление небольших пузырей с прозрачным светлым содержимым характерно для отморожений:
А. I степени.
Б. II степени.
В. III степени.
Г. IV степени.
Д. Всех степеней.

2. При какой температуре тканей развиваются явления ишемии тканей и прекращается диссоциация оксигемоглобина?

А.35° С.
Б. 30° С.
В. 20° С.
Г. 12° С.
Д. 10° С.

3. Для отморожений какой степени характерна гибель всех структур кожи?
А. I степени.
Б. II степени.
В. III степени.
Г. IV степени.
Д. Всех степеней.

4. Что означает термин иммерсионная стопа?
А. Отморожение от действия холодной воды.
Б. Отморожение от действия холодного воздуха.
В. Общее охлаждение.
Г. Отморожение от контакта с холодным металлом.
Д. Оледенение конечности.

5. Кто предложил быстрое согревание пораженных конечностей в теплой воде?
А. Н.В. Васильев.
Б. С.С. Гирголав.
В. Н.И. Пирогов.
Г. А.Я. Голомидов.
Д. Т.Я. Арьев.

6. На каком уровне следует осуществлять некрэктомию при отморожениях конечностей IV степени?
А. На уровне демаркационной линии.
Б. На 1-2 сантиметра дистальнее линии демаркации.
В. На 5-10 сантиметров дистальнее линии демаркации.
Г. На 1-2 сантиметра проксимальнее линии демаркации.
Д. На 5-10 сантиметров продсимальнее линии демаркации.

7. Чем отличается некротомия при отморожениях от таковой при ожогах?
А. Длиной разреза.
Б. Шириной образовавшегося раневого дефекта.
В. Большей глубиной рассечения тканей.
Г. Болевой реакцией пострадавшего.
Д. Степенью промокания повязок.

8. Какой наиболее предпочтительный путь введения препаратов при отморожении конечностей в раннем реактивном периоде?
А. Подкожный.
Б. Внутримышечный.
В. Внутривенный.
Г. Внутриартериальный.
Д. Внутрикожный.

9. Какой препарат не входит в схему комплексной терапии при отморожениях III-IV степени?
А. Гепарин.
Б. Дицинон.
В. Трентал.
Г. Никотиновая кислота.
Д. Реополиглюкин.

10. Какова температура в прямой кишке при общем охлаждении средней степени тяжести?
А. 35-36° С.
Б. 33-35° С.
В. 29-32° С.
Г. 25-29° С.
Д. Менее 25° С.

11. С какой целью проводится проба Бильрота у пострадавших с отморожениями?
А. Для определения тканевой температуры.
Б. Для выявления ацидоза.
В. Для оценки общего состояния пострадавшего.
Г. Для ранней диагностики отморожений IV степени.
Д. Для оценки состояния тактильной чувствительности.

12. Какой из методов кожной пластики является превалирующим при оперативном лечении отморожений IV степени?
А. Аллопластика.
Б. Пластика расщепленным аутодермотрансплантатом.
В. Пластика полнослойным кожным аутотрансплантатом.
Г. Пластика кожно-жировым лоскутом на питающей ножке.
Д. Свободная пересадка сложного кожного лоскута с осевым кровоснабжением с наложением микрохирургических анастомозов.

. ОТВЕТЫ ПО ТЕМАМ

1. Классификация ожогов. Методы диагностики площади и глубины поражения.

1-Г	8-А	15-Г	22-Г	29-В	36-В	43-Д
2-А	9-Б	16-В	23 -Д	30 -Г	37-В	44-В ,

3-Б	10-В	17-А	24-Д	31 -В	38-А	45-В
4-А	11-Б	18-Б	25-Г	32-Б	39-В	46-В
5-Г	12-Г	19-В	26-Г	33-Д	40-В	
6-Д	13-Б	20-В	27-Г	34-Д	41-Д	
7-В	14-А	21 -А	28-В	35-Д	42-Б	

2. Местное лечение ожогов

1-В	4-В	7-Д	10-А	13-В	16-Б	19-В	22-Б	25-В
2-Б	5-В	8-В	11-Д	14-Г	17-Г	20-А	23-В	26-Д
3-Г	6-Б	9-Д	12-Б	15-Г	18-В	21 -Б	24-Г	27-Д

3. Ожоговая болезнь

1-Б	4-Г	7-В	10-В	13-Д	16-Г
2-В	5-Д	8-В	11 -А	14-В	17-Г
3-В	6-В	9-В	12-Г	15-А	

4. Этапное лечение обожженных

1-Г	4-А	7-Б	10-Г	13-Б		
2-В	5-А	8-Д	11 -Б	14-В		
3-Г	6-Б	9-Г	12-Г	15-Г		

5. Холодовая травма

1-Б	3-В	5-Б	7-В	9-Б	11 – Г
2-Г	4-А	6-Б	8-Г	10- В	12-Г

Ситуационные задачи по темам 2 и 3.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ОЖОГОВОЙ РАНЫ

1. Водитель Н., решил долить воды в радиатор автомобиля. Не дав остынуть двигателю, начал свинчивать крышку радиатора, последнюю с силой вырвало и выброшенные давлением пар и вода попали шоферу на лицо и правую руку. На месте происшествия помощь не оказывалась. В медицинский пункт доставлен спустя 1,5 ч. Жалуется на сильную боль и жжение в местах ожогов. Постоянно прикладывает мокрый носовой платок к ранам лица. Зрение не нарушено, но веки отечны и препятствуют полному открытию глаз. Кожа лица гиперемирована и слегка отечна. На лбу, щеках, кончике носа и подбородке поверхностные слои эпидермиса отсутствуют. Обнаженные раны ярко-розового цвета, блестящи, при прикосновении очень болезненны. На тыльной поверхности правой кисти на фоне гиперемированной кожи имеются разбросанные тонкостенные пузыри диаметром 1— 3 см, напряженные, с прозрачным содержимым.
Обоснуйте и сформулируйте диагноз.

2. Механик автопарка М., в нарушение техники безопасности выстирал замасленные бриджи в бензине и, не досушив их, надел на себя. В курилке от отлетевшей горящей

спичечной головки брюки загорелись. Бросился бежать в моечную для автомобилей, где с помощью других механиков удалось сбить пламя и водой загасить его. В сопровождении доставлен в медпункт автопарка.
Возбужден, мечется, жалуется на сильную боль в местах ожогов. Просит пить. Взят в перевязочную для осмотра. Брюки во многих местах прогорели насквозь, гимнастерка лишь опалена. Сапоги с пострадавшего удалось снять без затруднений. После полного удаления одежды выяснилось, что кожа пострадала от ожога циркулярно на туловище ниже пояса, на ягодицах и ногах до уровня верхних третей обоих голеней. Имеются также участки поражения на лице и кистях. На пояснице, в надлобковой области и на коже мошонки имеются пузыри и участки десквамированного эпидермиса с обнаженной ярко-розовой красной дермой. В подколенных областях, по задневнутренним поверхностям обоих бедер - плотный, сухой струп темно-коричневого цвета перемежается с участками бело-серого цвета тестоватой консистенции. Болевая чувствительность при уколах иглой в этих местах отсутствует. На лице кожа гиперемирована, отечна, брови и ресницы опалены. Зрение не нарушено. Слизистая рта и задней стенки глотки обычной окраски без посторонних налетов. Эпидермис на кистях свисает клочьями, с пальцев снимается в виде перчаток, наличие болевой чувствительности определяется неотчетливо.
Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
3. Пожарный В. во время тактических занятий по преодолению огненно-штурмовой полосы споткнулся и упал. Вязкая зажигательная смесь, имитировавшая горение, попала на незащищенные кисти. Пожарный вскочил и, растерявшись, начал метаться, сбить пламя сразу не смог. На месте происшествия санитарным инструктором введен анальгетик, наложены сухие асептические повязки. Доставлен в районную больницу спустя 2,5 ч. после ожога. Жалуется на сильные боли в кистях. Возбужден, постоянно меняет положение рук. После удаления первичных повязок: на ладонных поверхностях - обрывки сухого черного эпидермиса, на всех пальцах ногтевые пластинки, сухой эпидермис отслоены и свободно снимаются в виде перчаток. Под эпидермисом имеется плотный сухой струп темного цвета, под которым просвечивает местами сеть тромбированных сосудов, прилежащая к ожогу непораженная кожа отечна. Болевая чувствительность в обожженных участках отсутствует.
Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
4. Женщина Н. обратилась за помощью к врачу Три дня назад, снимая с кухонной плиты кастрюлю пятком, по неосторожности опрокинула ее на себя. Горячая вода попала на ноги. Шерстяные чулки, пропитанные кипятком, сняла с помощью соседки, пришедшей спустя 3— 4 мин после ожога. Обожженные поверхности были смазаны подсолнечным маслом и забинтованы. Неоднократно принимала таблетки анальгина внутрь. Боли несколько успокоились только к утру следующего дня, но со вчерашнего вечера и ночью усилились вновь. Температура тела поднялась до 38,7° С. Повязки не менялись. За медицинской помощью не обращалась.
В процедурной с трудом были удалены бинты, пропитанные раневым отделяемым, местами ссохшиеся. Вместе с бинтами отошел слой эпидермиса. Рана покрыта нагноившимся фибрином. После туалета и удаления фибрина с помощью 3% раствора перекиси водорода на передних поверхностях голеней и стоп обнажился набухший струп тестоватой консистенции темно-красного цвета. По краям ран - реактивная гиперемия кожи, отек, мелкие пузыри с гнойным содержимым. Болевая чувствительность, исследованная уколами иглой, в области поражения снижена. Эпиляция волос болезненна, осуществляется с трудом. В паховой области оправа прощупываются увеличенные плотные лимфатические узлы. Пальпация их болезненна.
Сформулируйте диагноз и определите характер осложнения раневого процесса.
5. Электромеханик Т. получил ожоги лица и кистей вспышкой электрической дуги. При проведении регламентных работ на электрической станции предварительно не отключил энергопитание исследуемого блока и по неосторожности отверткой вызвал короткое

замыкание. Осмотрен на месте происшествия. Сознания не терял. Жалобы на боли и жжение в обожженных областях. Непораженный кожный покров обычной окраски. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 120/70 мм рт. ст. Внешний вид лица устрашающий. Кожа на нем и тыльных поверхностях кистей сильно закопчена - черного цвета. Брови, ресницы и волосы головы - опалены. Эпидермис местами вспучен и обуглился. Однако под легко слущиваемым эпидермисом обнажается ярко-розовая блестящая весьма болезненная поверхность. Местами она покрыта мелкими каплями прозрачной жидкости. При надавливании на эту поверхность пальцем отчетливо видна «игра капилляров». Начинается отек век, глаза полуприкрыты. Острота зрения не снижена, хотя до настоящего времени отмечает яркие радужные пятна перед глазами. Инъекция сосудов конъюнктив. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.

6. Сторож Л., находясь зимой на дежурстве в помещении, решил утром растопить печь. Чтобы улучшить возгорание, плеснул на тлеющие дрова бензин. Из печи вырвался столб пламени, солдат инстинктивно от него отпрыгнул, но при этом опрокинул банку с бензином, которую держал в руках. Бензин вспыхнул, и от него загорелись одежда и пол помещения. Пытался погасить пламя курткой. На горевшую одежду, как потом рассказывал, не обращал внимание. На улицу выскочил из-за нехватки воздуха, здесь упал в снег. Одежду погасили подоспевшие на помощь сотрудники. В районную больницу доставлен машиной скорой помощи, спустя 1,5 ч.

Состояние тяжелое, возбужден, постоянно просит пить. С жадностью выпил 0,5 л воды, но его тут же вырвало. Пульс 120 в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст., дыхание 28 - 30 в минуту, шумное. Снято полусгоревшее обмундирование. Необожженный кожный покров бледен, холодный на ощупь. Температура тела 35,6° С. Ожоговые раны локализуются на лице, циркулярно на руках, передних поверхностях туловища и бедер. Кожа лица закопчена, сухая, губы отечны с вывернутой наружу слизистой. Ресницы и брови сгорели, волосы носовых ходов опалены. На гиперемированной слизистой задней стенки глотки и язычка видны наложения гари и ожога. На брюшной стенке, передних поверхностях бедер и тыле кистей имеется плотный темно-коричневый, местами черный сухой струп. Болевая чувствительность отсутствует. На плечах, предплечьях и грудной клетке спереди кожа гиперемирована, покрыта крупными напряженными пузырями с прозрачным содержимым, местами отслоен эпидермис. На деэпителизированных участках дно ран представлено влажной эрозированной дермой с различными оттенками красного цвета. Болевая чувствительность здесь сохранена.

Обоснуйте и сформулируйте диагноз.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

7. Пострадавший К. - доставлен в районную больницу на носилках из автопарка, где он пытался с помощью зажженной лучины, поднесенной к открытой горловине, определить уровень горючего в цистерне. От вспыхнувших паров бензина на мужчине воспламенилась телогрейка. Он бросился бежать в горящей одежде. Находившиеся рядом сотрудники догнали его, повалили и накрыли горевшую одежду брезентом, что позволило погасить пламя.

Пострадавший возбужден, беспокоен, пытается подняться с носилок, постоянно просит пить. Кожа лица резко гиперемирована и умеренно отечна. Одежда на передней поверхности туловища и на правой верхней конечности местами сгорела. На обнажившихся участках виден плотный струп желто-коричневого цвета. Кожа на обеих кистях резко отечна, покрыта пузырями, местами свисает отслоившийся эпидермис.

Перечислите последовательность Ваших диагностических действий при первичном осмотре пострадавшего.

8. Пострадавший С. получил ожог пламенем загоревшейся одежды. Доставлен в районную больницу машиной скорой помощи. Возбужден. Жалуется на боль и жжение в местах ожогов, жажду, легкую тошноту. Температура тела 36,2° С. Неповрежденный кожный

покров обычной окраски, видимые слизистые розовые. Над легкими аускультативно - везикулярное дыхание, частота его 28 в минуту. Пульс 104 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца звучные, шумов нет. АД 130/85 мм рт. ст. Органы пищеварения без патологии. Помочился самостоятельно, выделив 300 мл мочи насыщенно-желтого цвета. Ожоги локализуются циркулярно на бедрах и кистях. Поражения на бедрах представлены плотным коричневым струпом. Болевая чувствительность отсутствует. Кожа кистей ярко-красного цвета, отечна, с пузырями и обрывками эпидермиса. Прикосновения к раневым поверхностям очень болезненны. Предварительно местное поражение оценено как ожог пламенем

Что еще не учтено в выставленном диагнозе?

9. Пострадавший К. получил ожог горячей водой и паром вследствие разрыва трубопровода. Машина скорой помощи прибыла через 10 мин. Возбужден. Голос осипший. Жалобы на боли в области ожогов. Из анамнеза выяснено, что находился в помещении, заполненном горячим паром, в течение 5 мни. Ожог локализуется на лице, шее, туловище, верхних конечностях и бедрах. Общая площадь поражения около 66%. Обожженная поверхность представлена гиперемированной кожей с небольшими пузырями, на отдельных участках эпидермис слущен. Болевая чувствительность и сосудистая реакция сохранены. При осмотре ротоглотки - гиперемия слизистой, умеренный отек тканей. Над легкими выслушивается большое число сухих свистящих хрипов. Наблюдается экспираторная одышка с частотой дыханий до 32 в минуту. Пульс 128 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, мягкий. АД 105/80 мм рт. ст.

Какова степень тяжести ожогового шока у пострадашего?

Какой имеется отягощающий фактор травмы; его возможные последствия?

10. Пострадавший У. доставлен в районную боьницу через 30 мин. после ожога пламенем в тяжелом состоянии. Больной в сознании, просит пить. Жалобы на боли в области ожога, озноб. Число дыханий 32 в минуту. Над легкими ослабленное везикулярное дыхание. Пульс 128 в минуту, ритмичный, мягкий. Тоны сердца звучные. АД 105/80 мм рт. ст. Обследование органов брюшной полости невозможно из-за ожога. Через мочевой катетер выпущено 230 мл мочи насыщенного желтого цвета. Температура тела 36,2° С. При осмотре установлено, что общая площадь ожога составляет 65% поверхности тела, площадь глубокого поражения (III б ст.) оценена в 30%. В области правого коленного сустава имеется участок обугливания, разрыв струпа. На спине, примерно на площади 15%, первичная диагностика глубины поражения затруднена, но ввиду неотчетливо сохранившейся глубокой болевой чувствительности ожог расценен как дермальный (IIIа ст.). Поражения дыхательных путей продуктами горения нет.

Произведены перевязка ожоговых ран и катетеризация правой бедренной вены. Начата инфузионная терапия по схеме тяжелого ожогового шока. Через 5 ч. после травмы - частая обильная рвота выпитой жидкостью. Температура тела субнормальная. Пульс 142 в минуту, ритмичный, малого наполнения. АД 85/60 мм рт. ст. Выделил 150 мл темной мочи с запахом гари. Общее состояние прогрессивно ухудшается. Данные лабораторных анализов свидетельствуют о выраженной гемоконцентрации (Hb 19,8 г/л, эритроциты $7{,}3\times10^{12}$/л, гематокрит 59%).

Укажите на возможные ошибки в оценке тяжести состояния пострадавшего. Сформулируйте правильный диагноз.

11. Пострадавший С. поступил в ожоговое отделение многопрофильной больницы через 5 дней после травмы. Ожог, полученный пламенем, представлен на всем протяжении сухим плотным струпом коричневого цвета, под которым местами просвечивает рисунок тромбированных подкожных сосудов. Площадь поражения около 26% поверхности тела, локализация - туловище, верхние конечности. При поступлении состояние тяжелое. Вял, адинамичен, аппетит отсутствует. Не полностью ориентирован в пространстве и во времени. Ночью спит плохо, временами что-то бормочет, мучают кошмары. К лечебным мероприятиям относится негативно: просит дать «возможность

скорее умереть». Кожные покровы бледные. Температура тела 38,8°С, постоянно потеет. Над легкими жесткое дыхание, хрипов нет. Пульс 112 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. АД 110/85 мм рт. ст. Язык сухой, обложен. Живот не вздут, незначительная болезненность при глубокой пальпации в эпигастральной области. Печень не увеличена. Анализы крови: НЬ—103 г/л, эритроциты — 3,1 × 10^{12}/л, лейкоциты — 12×10^{9}/л, сегментоядерные — 20%, палочкоядерные - 39%. Повышено содержание АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы. Диурез - 2—2,5 л в сутки. В моче белок - 0,99 г/л, 4-8 эритроцитов в поле зрения.

Назовите и обоснуйте период ожоговой болезни.

Перечислите наиболее частые проявления этого периода, дайте краткую характеристику миокардиодистрофин и токсического гепатита.

12. Пострадавший Т. находится 3,5 нед. в ожоговом отделении многопрофильного стационара. Ожог получил кипятком, выявлено глубокое поражение преимущественно на ногах на площади 26% поверхности тела. Раневой процесс протекает по типу влажного некроза. Началось бурное отторжение струпов с обильным гнойным отделяемым. На обнажающейся подкожной жировой клетчатке появляется тонкий слой грануляций. Молодая соединительная ткань ярко-розовая некровоточивая, без участков вторичного некроза. В ранах вегетирует обильная кокковая флора. Перевязки проводятся через день с тщательным туалетом и применением влажно-высыхающих повязок. Общее состояние больного тяжелое. Аппетит понижен, масса тела уменьшилась на 9,5 кг. Ночью спит плохо, раздражителен, плаксив, адинамичен. В течение суток утренняя и вечерняя температура тела колеблется от 37,7 до 39,6°С, отмечаются профузные поты после применения антипиретиков. Кожный покров бледен с пониженным тургором. Над легкими выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 108 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Сердце не увеличено, тоны приглушены. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезнен. Естественные отправления не нарушены.

Анализ крови: НЬ—112 г/л, эритроциты—3,4×10^{12}/л, лейкоциты—10,9×10^{9}/л со сдвигом формулы влево, белок — 56 г/л, альбумино-глобулиновый коэффициент — 0,82. Посев крови стерилен.

Назовите период ожоговой болезни.

Развития какого осложнения следует наиболее опасаться в этом периоде?

ЛЕЧЕНИЕ ОБОЖЖЕННЫХ

13. Повар на кухне во время работы опрокинул на себя кастрюлю с кипятком. Машина скорой помощи прибыла через 10 мин. Возбужден. Жалуется на сильное жжение в ожоговых ранах. На всей левой нижней конечности, кроме стопы, и на левой кисти гиперемированная кожа, формируются пузыри. Болевая чувствительность на обожженных участках сохранена.

Диагностирован ожог горячей водой $\frac{17\ \%}{\text{IIIа ст.}}$

Какая помощь должна быть оказана в медицинском пункте?

Куда должен быть госпитализирован пострадавший, сколько времени продлится лечение, вероятный исход?

14. Пострадавший Н. получил ожог во время пожара в служебном помещении. Доставлен попутным транспортом через 25 мин. в районную больницу. Осмотрен врачом, который диагностировал общее поражение на площади 42—45% поверхности тела, из которых глубокое составляло 21—22%. Ожоги локализуются на лице, шее, туловище и руках. Определен ожоговый шок.

Какие поражения следует исключить при первичном и последующих осмотрах?

Какой объем помощи должен быть выполнен?

Куда следует транспортировать пострадавшего?

15. Пострадавший Н., механик, проводил регламентные работы по профилактическому обслуживанию техники. По неосторожности прикоснулся обнаженным правым предплечьем к разогретому двигателю. От острой боли моментально отдернул руку. За медпомощью обратился в медицинский пункт автопарка. Перед врачом, без труда поставившим диагноз контактного 2% I—II ст. ожога правого предплечья, встали следующие вопросы:
- где лечить пострадавшего?
- сколько времени потребуется на его лечение?
- как и чем его лечить?

16. Пострадавший Ф. во время мытья в поселковой бане поскользнулся и опрокинул на себя таз с горячей водой. Получил ожог ягодиц и левой ноги. Здесь же в бане фельдшер наложил на обожженные поверхности полотенца и зафиксировал их бинтами. В медпункт пострадавший доставлен через 20 мин. Из-за сильных местных болей первичный туалет не производился, полотенца, лежавшие на ранах, сменила салфетками, пропитанными эмульсией Вишневского. Формирования пузырей на обожженных поверхностях к этому сроку еще не произошло, и ярко-красный цвет пораженных тканей был расценен врачом как поражение I степени. Врач решил оставить больного для дальнейшего лечения в лазарете медпункта.

Через два дня (повязки не менялись) у больного поднялась температура тела до 38,6° С, усилились боли в обожженной ноге. Повязки обильно промокли гнойным отделяемым с неприятным запахом. Непораженная кожа, видимая из-под повязок, покраснела, левая стопа отекла. Из-за сильных болей и общей слабости больной перестал подниматься с кровати. Лечащий врач вынужден был отвезти больного в районную больницу на консультацию к хирургу. Пострадавший после осмотра был оставлен в гнойном отделении, районной больницы для дальнейшего лечения. Диагноз районной больницы:

Ожог горячей водой $\frac{\text{14 \%}}{\text{I-IIIа ст.}}$ левой ноги и ягодиц; местное гнойно-инфекционное ослож-
нение раневого процесса

Перечислите ошибки в действиях врача части. Какое лечение должен получить больной в госпитале?

17. К врачу районной больницы обратился фельдшер сельской амбулатории с просьбой о консультации рабочего совхоза. Два дня назад, ночью у костра на нем загорелся и, по-видимому, медленно тлел рукав промасленного ватника. Проснувшись, пострадавший обнаружил, что в области правого плеча и предплечья одежда почти полностью сгорела. Ожогу особого значения не придал, т. к. сильные боли не беспокоили. Обратился за помощью только сегодня в связи с появлением распирающих болей в правой кисти, онемения пальцев и выраженного отека.

При осмотре больного врач обнаружил плотный сухой темно-коричневый струп, циркулярно охватывающий плечо и распространяющийся на задне-наружную поверхность предплечья, значительный отек и застойный цианоз мягких тканей непораженной кисти. Пульсацию лучевой артерии определить не удалось. Правая кисть на ощупь оказалась значительно холоднее левой. Сохранились ограниченные самостоятельные движения пальцев.

В чем суть выявленной врачом патологии? Какие врачебные действия необходимы в данной ситуации?

Какие рекомендации нужно дать сопровождающему фельдшеру?

18. Пострадавший Р. находится в хирургическом отделении областной больницы по поводу:

Ожога пламенем $\frac{\text{13\%(5\%)}}{\text{II-IIIб ст.}}$ левой ноги, полученного 9 дней назад.

Использование влажно-высыхающих повязок с первого дня поступления позволило высушить участки глубокого «поражения на бедре. Гнойного воспаления в области сухого плотного струпа не наблюдается. Ожоги IIIа степени представлены тонким, местами расплавляющимся и отторгающимся струпом с умеренным гнойным отделяемым. Более поверхностные ожоги активно эпителизируются. Общее состояние больного соответствует тяжести полученного ожога. Сопутствующих заболеваний, осложнений не выявлено.

Возможно ли использование консервативных методов лечения, ускоряющих подготовку раны к аутодермопластике?
Если возможно, то каких и как их применять?

19. Пострадавший Н. поступил в хирургическое отделение районной больницы по поводу глубоких (IIIб степени) контактных ожогов, полученных во время аварии на корабле. На спине имеются четыре участка четко отграниченного сухого струпа линейной формы примерно одинаковых размеров 2×10 см. Такого же характера струп площадью 3% поверхности тела расположен в средней трети задней поверхности левого бедра. Выраженной воспалительной реакции вокруг струпов нет. Общее состояние вполне удовлетворительное, незначительный субфебрилитет, ходит, обслуживает себя сам. Сопутствующих заболеваний не выявлено. После ожога прошло пять суток.
Какая лечебная тактика наиболее целесообразна для больного?

20. В ожоговое отделение многопрфильного ЛПУ переведен пострадавший К., 27 лет, который получил ожог семь недель назад вовремя пожара. Диагноз направления:

Ожог пламенем $\frac{35\%(20\%)}{\text{I-IIIб ст.}}$ ног, передней брюшной стенки.

Из переводного эпикриза известно, что пострадавший перенес ожоговый шок, на третьей неделе после ожога присоединилась пневмония, масса тела уменьшилась на 10 кг, очищение ожоговых ран сопровождалось гнойно-резорбтивной лихорадкой с размахами утренней и вечерней температур 2,5—3°С, анемией, гипопротеинемией. После отторжения мертвых тканей и выполнения ран грануляциями общее состояние стабилизировалось, температура тела стала постоянно субфебрильной. В настоящее время аппетит понижен, лабораторные данные свидетельствуют о наличии умеренной анемии (Hb — 98 г/л, эритроциты— $2{,}8\times10^{12}$/л, гематокрит —32%), гипо- и диспротеинемии, гипогликемии. Последняя рентгенография легких подтвердила клиническое купирование пневмонии. На предыдущем этапе лечения получал различные антибиотики широкого спектра действия курсами по 7—10 дней, переливания крови 250,0—500,0 мл один раз в неделю и в таких же дозах трансфузии сухой плазмы.
Больной осмотрен в перевязочной: непораженный кожный покров бледен, на ногах и передней брюшной стенке имеются эпителизированные участки поверхностных ожогов, которые окружают гранулирующие раны. Края ран подрыты, без выраженного ободка элителизации, отмечается гнойное отделяемое слизистого характера. Сами грануляции тонкие, бледные, местами под ними просвечивает желтоватая жировая клетчатка. Удаление повязок сопровождалось обильным капиллярным кровотечением из грануляций.
Спланируйте и обоснуйте тактику дальнейшего лечения больного.

21. В районную больницу поступил пострадавший А., 46 лет, с

Ожог пламенем $\frac{28\%(19\%)}{\text{I-IIIб ст.}}$ лица, обеих нижних конечностей и передней половины ту-

ловища.
С момента травмы прошло 1,5 ч. Пострадавший возбужден, беспокоен, предъявляет жалобы на озноб, боль в обожженных участках.
Объективно: сознание ясное, кожа вне областей поражения несколько бледна, сухая. Пульс 104 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 130/65 мм рт. ст. Тоны сердца ясные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 20 в минуту. Патологии со стороны органов брюшной полости не определяется. Выделил 480 мл мочи соломенно-желтого цвета. Температура тела 36,4° С.
Определите содержание и последовательность Ваших лечебных действий.

22. В полночь в районную больницу доставлен пострадавший, провалившийся по пояс в яму с горячей водой (прорыв труб центрального отопления). Состояние тяжелое, возбужден, мечется от боли. Жалуется на жажду, тошноту. На ягодицах и нижней части живота, в промежности, на бедрах и голенях до средней трети эпидермис сорван, висят его обрывки, обнажена дерма различных оттенков розового и красного цвета.

Определение болевой чувствительности затруднительно вследствие общего возбужденного состояния пострадавшего. Общая площадь поражения около 40% поверхности тела. Площадь глубокого ожога определить затруднительно. Пульс 112 в минуту, ритмичный. АД - 105/70 мм рт. ст.

Какова тактика местного лечения?

Что должно включать в себя наблюдение за обожженным?

Какую инфузионную терапию следует провести?

23. Пострадавший В. вторые сутки находится в отделении анестезиологии и реанимации по поводу

Ожог пламенем $\frac{36\%(28\%)}{\text{II—IV ст.}}$ лица, туловища, обеих верхних конечностей.

За 36 ч. лечения ему перелито внутривенно капельно около 3200 мл глюкозо-солевых растворов, синтетических коллоидов и препаратов крови. Он получал сердечные гликозиды, наркотические анальгетики, антигистаминные средства, спазмолитики и др. Однако состояние продолжает оставаться тяжелым: сохраняются сильная жажда, тошнота, периодически - рвота. Кожный покров бледный, холодный. Температура тела 36,2—36,0° С, АД 100/65 мм рт. ст., пульс - 132 в минуту, ЦВД - 15 мм вод. ст. Средний почасовой диурез 18 мл.

Общий анализ крови: эритроциты — $5{,}6\times10^{12}$/л, гемоглобин - 180 г/л, лейкоциты - 25×10^{9}/л.

Анализ мочи: уд. вес 1,048, белок — 0,66 г/л.

Мочевина крови: 17,5 м/моль.

О чем свидетельствуют клинические и лабораторные показатели?

Нуждается ли проводимое лечение в каких-либо коррективах?

24. В момент аварии возник пожар в кабине самосвала. Быстро покинуть ее водителю, рядовому А., не удалось, т. к. заклинило дверцу. Однако полушубок и шапка ушанка оказали свое защитное действие, в результате чего пострадали только открытые части тела – лицо и кисти.

В травмпункт пришел сам в сопровождении товарищей. Состояние в момент обращения было расценено как удовлетворительное. Врач, осмотрев пострадавшего, поставил диагноз:

Ожог пламенем $\frac{19\ \%}{\text{I-IIIa ст.}}$ лица и кистей.

Поскольку время было позднее (23 ч. 30 мин.), было решено госпитализировать больного утром - направить его в ожоговое отделение многопрофильного ЛПУ, расположенного на удалении 11 км. Через 8 ч после обращения состояние больного резко ухудшилось, появилась экспираторная одышка до 32 дыханий в минуту, чувство нехватки воздуха, сухой мучительный кашель, голос стал сиплым. Лицо и веки резко отекли. Гемодинамические показатели и диурез в пределах нормы.

В чем причина ухудшения состояния пострадавшего?

Содержание неотложных мероприятий в МПП в целях купирования развившегося осложнения?

25. При подготовке к инспекторской проверке запачканные маслом бетонные полы в одном из жилых помещений автопарка помыли бензином. Механик Ж. закурил, и от пламени спички пары бензина, скопившиеся в помещении, вспыхнули. На пострадавшем загорелась одежда, и он в панике выбежал на территорию подразделения. Находившиеся поблизости сотрудники не смогли сразу потушить горящее обмундирование.

При осмотре пострадавшего в медицинском пункте он резко возбужден, беспокоен, жалуется на боли в обожженных участках, затруднение дыхания, озноб, жажду.

Кожа и видимые слизистые (вне ожога) землисто-серого цвета, бледны, холодны на ощупь. Пульс 132 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД 85/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Голос осипший, дыхание до 32 в минуту, шумное, с удлиненным выдохом. В

легких множество сухих свистящих хрипов. Волоски в носовых ходах опалены. Изо рта - запах гари. Слизистая полости рта и задней стенки глотки гиперемирована, отечна, местами на ней видны наложения копоти. Кроме лица, ожог локализуется на передней и задней поверхностях туловища, обеих руках, что стало ясно после разрезания и снятия с пострадавшего обгоревшей одежды. В области ожога участки плотного черно-коричневого струпа чередуются с ярко-красной поверхностью, лишенной эпидермиса. Лицо отечно, закопчено.
Ваш диагноз?
Какие неотложные мероприятия первой врачебной помощи в медпункте автопарка?

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ И ПОРАЖЕНИЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

26. Мужчина, 53 лет, страдал пояснично-крестцовым радикулитом. По совету знакомого вечером перед сном сделал на поясницу компресс из размятых листьев и стеблей подснежника. Чувствовал жжение, однако повязку не снял до утра. Ввиду усиления болей через 3 дня обратился за помощью в поликлинику по месту жительства. При осмотре выявлен участок резко гиперемированной и отечной (по типу лимонной корки) кожи размером 25×10 см в области поясницы. Имеются единичные напряженные пузыри с мутноватым жидким содержимым. Гиперемия распространяется за пределы отека кожи. При прикосновении к пораженному участку появляется резкая боль. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3° С. Умеренно выраженная неврологическая симптоматика пояснично-крестцового радикулита.
Объясните характер поражения.
Сформулируйте диагноз.
Где и как должен лечиться больной?
27. Пострадавший А. обратился к врачу поликлиники с жалобами на сильную боль в области левого плеча. Накануне вечером с целью удаления татуировки густо посыпал ее кристаллами перманганата калия и зафиксировал бинтом. Утром, страдая от жжения, повязку снял и обнаружил **в** проекции контакта марганцовокислого калия почерневшую кожу. При осмотре: на наружной поверхности верхней трети левого плеча имеется участок сухого вдавленного струпа черного цвета, размером 5×6 см. Болевая чувствительность в области поражения отсутствует. Вокруг струпа - реактивная гиперемия и отек кожи.
Сформулируйте диагноз.
План лечения больного.
28. Водитель автокрана С. в состоянии алкогольного опьянения не оправился с управлением и опрокинул машину. Излившаяся аккумуляторная жидкость попала на сидение и брюки шофера. Вызвана машина «скорой помощи». С момента аварии прошло 1,5 ч. Пострадавший кричит, мечется, пытается сбросить с себя брюки. Жалуется на сильное жжение в области ягодиц и мошонки. После снятия еще влажных брюк и трусов обнаружилось обширное покраснение кожи на ягодицах, задних поверхностях бедер и отечной мошонке. На фоне гиперемии имеются участки кожи серого цвета без сосудистой реакции при надавливании. Площадь поражения около 10% поверхности тела. Общее состояние вполне удовлетворительное.
Какую помощь следует оказать на месте осмотра?
Где должно осуществляться дальнейшее лечение?
29. Техник автопарка Е., 32 лет, несколько минут назад по неосторожности опрокинул бутыль с концентрированной кислотой и получил ожоги кистей. Мероприятия само- или взаимопомощи на месте происшествия не проводились. Попутной машиной самостоятельно добрался до поликлиники. Осмотрен врачом. Жалобы на сильное жжение в участках поражения. На тыле кистей имеются сливные участки некроза желтоватого безжизненного цвета, вокруг них кожа гиперемирована, сохранность болевой чувствительности в центральных частях некроза неопределенна.

Какие ошибки допущены на этапе доврачебной помощи?
Какую помощь надо оказать пострадавшему в поликлинике?
Ваши предложения директору автопарка по профилактике химических ожогов.

30. Пострадавший Н., 24 лет, при выполнении регламентных работ на ракетной технике нарушил правила безопасности и не надел защитный комбинезон. В результате неисправности одного из агрегатов был облит компонентом ракетного топлива. Пострадавшего обмыли струей воды из шланга и вы вели из зоны поражения. Первую медицинскую помощь на месте оказал фельдшер. Она состояла в дополнительном обмывании водой пораженных участков тела в течение 20 мин, наложении сухих асептических повязок и введении анальгетика.

Доставлен в районную больницу и осмотрен врачом через 40 мин после травмы. Состояние тяжелое, мечется, стонет. Жалуется на сильные боли в местах ожогов, просит пить. Непораженный кожный покров бледен. Пульс 120 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД 100/60 мм рт. ст. Признаков ингаляционного поражения органов дыхания не обнаружено (в момент травмы был в противогазе). Самостоятельно помочился, выделив 150 мл прозрачной мочи темно-желтого цвета. На передней поверхности туловища и ногах имеется тестовато-влажный струп желто-зеленого цвета со специфическим запахом. Болевая чувствительность в зоне поражения резко снижена. Общая площадь ожога около 30% поверхности тела.

Оцените состояние больного более подробно.
Ваша тактика при оказании первой врачебной помощи.

31. В корабельную амбулаторию доставлен пострадавший электрик О., получивший несколько минут назад ожоги лица и кистей от вспышки вольтовой дуги. Работал в резиновых перчатках. Потери сознания не было. Состояние больного удовлетворительное. Пришел в медицинский блок самостоятельно. При осмотре отмечается гиперемия кожи лица и кистей, начинающийся отек мягких тканей. Покраснения конъюнктив и светобоязни нет. Имеются единичные небольшие пузыри с прозрачным содержимым. Болевая чувствительность пораженных участков сохранена.

Какова степень тяжести травмы?
Место и характер лечения, его длительность, прогноз и врачебно-трудовая экспертиза.

32. В поликлинику на попутной машине доставлен водитель автокрана К. Выяснено, что при выполнении грузоподъемных работ коснулся стрелой крана воздушного электрокабеля. Возник электрический разряд, поразивший водителя. После травмы около 3—5 мин находился без сознания с едва заметными признаками жизни. Первая помощь оказана на месте происшествия санитарным инструктором. Проводились непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, после чего появилось сердцебиение и восстановилось самостоятельное дыхание.

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Жалобы на общую слабость. Со стороны центральной нервной системы без патологических изменений. Пульс 80 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Тоны сердца чистые, звучные. АД 120/80 мм рт. ст.

Какие лечебно-профилактические мероприятия необходимо провести больному? Где он должен лечиться?
Возможные осложнения, прогноз, длительность лечения, врачебно-трудовая экспертиза?

33. В приемное отделение доставлен пострадавший С. При прокладке телефонного кабеля под линией электропередач, (нарушив инструкцию по технике безопасности, получил электроожог обеих стоп. Первая помощь оказана на месте происшествия. Состояние больного удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. На подошве левой стопы найдена точечная сухая рана размером 0,5×0,5 см. На передней поверхности правого голеностопного сустава имеется плотный, малосмещаемый коричневый струп размером 10×12 см.

Через двое суток в перевязочной без обезболивания на правой стопе выполнена некротомия. Выявлено, что омертвели кожа, сухожилия разгибателей, передавив сосудисто-нервный пучок голени. Дном раны является некровоточащая капсула голеностопного сустава.
Какова степень тяжести травмы, ее возможные осложнения?
Какой должна быть хирургическая тактика?
34. Во время следования воинской части из района учений железнодорожный эшелон остановился вне населенного пункта. Рядовой К. забрался на крышу вагона и коснулся спиной контактного провода. Возник электрический разряд, от которого воспламенилась одежда. Солдат упал, потерял сознание. Через люк в крыше был втащен товарищами в вагон, они же загасили пламя. До прибытия врача эшелона провели закрытый массаж сердца и искусственное дыхание. Пострадавший пришел в себя, но дезориентирован во времени и обстановке, не помнит происшедшего с ним, просит пить. Очень слаб, бледен, адинамичен. Пульс 110 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца глухие. АД 85/60 мм рт. ст. На спине, в области правой лопатки, и на стопах (места входа и выхода тока) имеются сухие глубокие раны с рваными краями. На ногах и ягодицах - обширные глубокие ожоги на площади около 25 - 30 % поверхности тела.
Оцените степень тяжести поражения пострадавшего.
Возможный объем помощи в конкретной ситуации.
Куда и каким образом транспортировать пострадавшего?

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ

35. Пострадавший Х. обратился утром к врачу поликлиники с жалобами на сильные боли в обеих кистях. Накануне, при разгрузке имущества (металл), работал без рукавиц при температуре воздуха -12 - 15°С. Момента отморожения кистей не почувствовал. Вернувшись в казарму и согрев «замерзшие» руки теплой водой, лег спать. Утром появились ноющие боли, отек пальцев, тыла кистей и нижних третей предплечий. Движения пальцами резко болезненны, амплитуда их ограничена. Болевая и температурная чувствительность пораженных участков сохранена.
Сформулируйте диагноз и определите степень тяжести травмы.
Какое лечение показано больному и где оно должно проводиться?
36. На лечение в районную больницу поступил пострадавший С., 16 лет, получивший двое суток назад отморожение кистей. Катаясь на лыжах, он заблудился в лесу. Вечером дома руки оттирали, согревали в теплой ванне. Утром появилась выраженная отечность кистей, пузыри. Лечился амбулаторно.
Осмотр в перевязочной: на тыле обеих кистей сливные пузыри с прозрачным содержимым, выраженная отечность, распространяющаяся на нижние трети предплечий. Кончики пальцев теплые, без выраженного цианоза, болевая чувствительность сохранена.
Какова степень поражения кистей?
Какое лечение необходимо назначить больному, его ориентировочная продолжительность и срок восстановления трудоспособности?
37. Утром на прием к врачу поликлиники обратился пострадавший В., который ночью, охраняя объект на улице, получил отморожение ушных раковин. Температура воздуха -28° С, сильный ветер. Момента получения травмы не заметил. Придя в кубрик, обнаружил, что ушные раковины белого цвета, холодные, чувствительность их отсутствует. Растерев уши руками, пострадавший лег спать. Утром беспокоили умеренные боли, развился выраженный отек обоих ушей с появлением пузырей, выполненных прозрачным содержимым.
Какова тяжесть травмы у пострадавшего?
Где он должен лечиться?
Каково содержание лечения, его длительность и прогноз, врачебно-трудовая экспертиза?

38. Пострадавший Р. 3 нед. назад при исполнении хозяйственных работ получил отморожение пальцев левой кисти. Последующее время лечился консервативно в поликлинике. Раны на тыле I, II, III пальцев эпителизировались, кончики ногтевых фаланг IV и V пальцев черного цвета, деревянистой плотности. Воспалительных изменений на пораженных пальцах нет. Граница живых и некротизированных тканей на пальцах отчетливая.

Какова степень тяжести травмы?

Какое лечение показано больному, его ориентировочный срок, прогноз и врачебно-трудовая экспертиза?

39. На лечении в районной больнице находится пострадавший С, который 2 нед. назад, заблудившись во время лыжной прогулки, в течение 6 ч. при температуре -30° С выбирался из леса. При этом он промочил ноги и получил отморожение обеих стоп. В ходе лечения проводились консервативные мероприятия (витамины, спазмолитические препараты, УВЧ, мазевые повязки). В настоящее время беспокоят сильные боли в стопах при ходьбе. Раны после поверхностного отморожения на подошвенной поверхности стоп эпителизировались. Дистальные отделы пальцев на обеих стопах черного цвета мумифицированы, в области основных фаланг погибшие мягкие ткани находятся в состоянии влажного некроза. Имеется четкая демаркационная линия. Отделяемое из ран скудное, с ихорозным запахом. Стопы отечны, кожа на тыле их гиперемирована.

Какова степень тяжести отморожения?

Какое лечение показано больному, его ориентировочный срок, предполагаемый исход и врачебно-трудовая экспертиза?

40. В 5 ч. утра в районную больницу на попутной машине доставлен пострадавший Б. Находится в состоянии выраженного алкогольного опьянения. Неконтактен. Речь бессвязная, сопротивляется при осмотре. Пульс 104 в минуту, ритмичный. АД 105/70 мм рт. ст. Зрачки узкие, симметричные. Изо рта резкий запах алкоголя. Температура в прямой кишке 36,2° С.

Кисти до уровня лучезапястных суставов белого цвета, холодные на ощупь, без болевой чувствительности. Множественные ссадины на лице и руках.

Известно, что пострадавший вечером вышел на улицу. В состоянии выраженного алкогольного опьянения без зимней куртки, шапки и перчаток был обнаружен лежащим в снегу у дороги. Температура воздуха ночью -15°С.

Из анамнеза известно, что пострадавший злоупотребляет алкоголем.

Сформулируйте диагноз.

Определите, какова степень тяжести травмы?

Характер и объем первой врачебной помощи пострадавшему.

41. Кочегар котельной А., 41 года, поступил в хирургическое отделение районной больницы на третьи сутки с момента холодовой травмы. Отморожение получено в состоянии выраженного алкогольного опьянения - спал всю ночь на улице. На ногах были тонкие носки и тапки. Температура воздуха -12°С. Утром соседа привели пострадавшего в дом, растерли стопы снегом и уложили спать. За медицинской помощью обратился на 2-е сутки, когда появились сильные боли в стопах. При поступлении состояние больного тяжелое. Лихорадка до 39.5^{e} С, тахикардия до 140 ударов в минуту. Обе стопы до уровня лодыжек сине-коричневого цвета с отсутствием болевой чувствительности. В перевязочной без обезболивания нанесены глубокие некротомическне разрезы в межплюсневых промежутках, а на подошве - до пяточных костей. На всю глубину разрезов ткани явно нежизнеспособны. На следующий день после некротомии температура тела понизилась до субфебрильной. Мертвые мягкие ткани сморщились, потемнели. Повязки обильно промокают прозрачным экссудатом с ихорозным запахом.

Определите хирургическую тактику при подобном отморожении.

Каковы сроки выполнения различных оперативных вмешательств, прогноз, возможные осложнения, врачебно-трудовая и военно-врачебная экспертиза?

Правильно ли оказывалась первая помощь?

42. Утром в приемное отделение районной больницы попутной машиной доставлен пострадавший, 37 лет, который в состоянии алкогольного опьянения около 6 ч пролежал в снегу. Температура воздуха -15° С. В контакт вступает с трудом, речь замедленная. Пульс 52 в минуту, ритмичный, число дыханий 16 - 20 в минуту, АД 105/60 мм рт. ст. Температура в прямой кишке 30° С. Зрачки симметричные, узкие. Кисти и стопы бледные, холодные на ощупь. Болевая чувствительность на кистях и стопах снижена.

Сформулируйте диагноз и определите план лечебно-диагностических мероприятий. Вероятные осложнения.

Возможна ли диагностика глубины и распространенности местного поражения у больного при поступлении?

43. Машиной скорой помощи в районную больницу доставлен пострадавший, 57 лет, который был найден в 10 ч. утра лежащим на снегу во дворе дома. Температура воздуха - 8-10° С. Одет в теплую одежду, на руках шерстяные рукавицы, обувь зимняя. Без сознания. Пульс 100 в минуту, ритмичный. АД 180/110 мм рт. ст. Частота дыхания 20 в минуту. Температура тела в прямой кишке 35,8° С. Кисти и стопы холодные на ощупь, обычного цвета. Пассивные движения во всех суставах без ограничений.

Есть ли у больного признаки общего охлаждения или отморожения?

Каковы ваши дальнейшие действия?

Ответы к задачам.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ОЖОГОВОЙ РАНЫ

1. Для правильного определения степени поражения необходимо выяснить обстоятельства травмы этиологический фактор, т. к. при прочих равных условиях относительно низкотемпературные агенты (горячая пар и др.) чаще приводят к поверхностным I—IIIа ст. ожогам. Высокотемпературные агенты (пламя, расплавленные металлы и др.) вызывают глубокие IIIб - IV степеней. Важно узнать длительность термического (воздействия, поведение пострадавшего в момент ожога, защитные свойства одежды, характер первой помощи на месте происшествия. Все эти данные сопоставляются с результатами осмотра области поражения (внешний вид раневой поверхности, характерная толщина кожи в пораженном участке) и определения сохранности болевой и тактильной чувствительностей.

В изложенной ситуации поражение было вызвано действием пара и кипятка, температура которых обычно превышает 100—120° С. Экспозиция кратковременна, т. к. пораженные участки кожи не были покрыты одеждой, а пострадавший сразу отскочил от двигателя машины. Внешний вид раневых поверхностей — умеренный отек, гиперемия, ярко-розовый цвет деэпителизированных участков, наличие тонкостенных пузырей с прозрачным содержимым, а также резкая болезненность и жжение свидетельствуют о поверхностном поражении I—II степеней. Используя правило ладони, определяются и суммируются площади областей (лицо - 4% и тыл кисти —1%).

2. Ситуация, в которой получен ожог, этиологический фактор (пламя - высокотемпературный агент), довольно длительное время горения - все это факторы, свидетельствующие еще до осмотра ожогов о возможном глубоком поражении кожи. Ожог лица, опаление волос должны насторожить на возможность поражения дыхательных путей. Гиперемия кожи, наличие пузырей, обнаженной ярко-розовой дермы и сохранение болевой чувствительности на ягодицах, мошонке, передних поверхностях бедер свидетельствуют о поверхностном I—III а степеней ожоге. И наоборот, плотные, сухие участки кожи темно-коричневого цвета с обгоревшими волосами, а также серого безжизненного цвета с отсутствием болевой чувствительности с достаточной дотоверностью позволяют судить о поражении IIIб степени. Данные осмотра слизистой рта и глотки не дают оснований определить ОДП.

После выяснения глубины поражения кожи следует вычислять общую площадь ожога и отдельно - глубокого. Используя правила «девяток» и «ладони», подсчитываем: на бедрах - 9×2=18%, на ягодицах, надлобковой области - 10%, в верхних третях обеих голеней - 3×2 = 6%, на кистях в сумме - 4%, на лице - 4%. Итого, в сумме общая площадь поражения: 18+10+6+4+4=42% поверхности тела. Распространенность глубокого ожога при «мозаичном» расположении лучше определять по правилу «ладони». Суммировав все «ладони», получили 13% поверхности тела. Учитывая большую распространенность ожога и особенно глубокого, необходимо сделать заключение о наличии у пострадавшего ожогового шока легкой степени. Диагноз: ожог пламенем 42% (13%) I - IIIб ст. лица, кистей, туловища, ног. Ожоговый шок I степени.

3. Диагноз глубокого ожога не должен вызывать сомнений. Имеются явные признаки тотальной гибели кожи на кистях (плотный сухой струп темно-коричневого цвета с рисунком тромбированных подкожных вей) как результат длительного горения вязкой зажигательной смеси. Более того, внешний вид пальцев, напоминающий мумификацию, позволяет заподозрить поражение IV степени. Однако гибель и уровень поражения тех или иных глубоких анатомических структур (сухожилия, суставные капсулы, кости) возможно определить только через 3—4 нед., т. е. после очищения от кожного струпа.

Диагноз:

Ожог пламенем вязкой зажигательной смеси $\frac{4\,\%}{\text{IIIб-IV ст.}}$ обеих кистей.

4. Ожог получен низкотемпературным агентом, но время воздействия (пропитанные горячей водой шерстяные чулки сняты через 3—4 мин) было длительным. Половина ожогов, полученных при аналогичных обстоятельствах, бывают глубокими. Характер консистенции (тестоватая, набухшая) и темно-красный цвет дермы в зоне поражения свидетельствуют о дермальном (IIIа степени) ожоге и указывают на гибель сосочкового слоя кожи. Пониженная болевая чувствительность и несвободная эпиляция волос не противоречат сохранению жизнеспособности глубоких слоев дермы. Вследствие оказания нерациональной первой помощи и дальнейшего самолечения (отсутствие туалета обожженных поверхностей с применением антисептиков) течение раневого процесса осложнилось присоединением местного инфекционного процесса с развитием пахового лимфаденита. Это явилось причиной повторного усиления болей и подъема температуры тела у пострадавшей. Площадь ожога составляет около 7% поверхности тела. Ее нетрудно вычислить, зная площадь отдельных сегментов конечностей или используя правило «ладони».

Диагноз:

Ожог кипятком $\frac{7\,\%}{\text{I-IIIа ст.}}$ голеней и стоп. Правосторонний паховый лимфаденит.

5. Ожоги вспышкой электрической дуги, в отличие от истинных электроожогов, как правило, бывают поверхностные. В результате воздействия мощного, но очень временного, теплового импульса и благодаря низкопроводности кожи поражаются только ее поверхностные слои. Возникают так называемые мгновенные ожги, аналогичные по своей природе поражениям световым ядерного взрыва. В том и другом случаях степень зависит от мощности вспышки и расстояния до нее. В приведенном примере клинические признаки позволяют констатировать ожог I—II степеней. Необходимо иметь в виду, что черный цвет и обугливание пораженных участков наблюдаются чаще всего при глубоких ожогах IIIа-IV степеней, вызванных длительным воздействием пламени. Но в последнем случае это связано с гибелью всех слоев кожи. Мощные световые импульсы (при электрических разрядах), кроме ожогов кожи, вызывают кратковременное ослепление и реактивное воспаление конъюнктивы Площадь лица и тыльных поверхностей кистей равна 5-6% поверхности тела.

Диагноз:

Ожог вспышкой электрической дуги $\frac{5\,\%}{\text{I-II ст.}}$ лица и кистей. Электроофтальмия.

6. Диагноз глубоких ожогов на лице, брюшной стенке, кистях и бедрах по внешним признакам (плотный, сухой темный струп с отсутствием болевой чувствительности) не вызывает сомнений. Сопутствующие обстоятельства травмы: горение бензина, попавшего при расплескивании на одежду в области живота, бедер, незащищенность лица и кистей также говорят в пользу глубокого поражения в указанных областях. И, наоборот, на руках, грудной клетке зимнее нательное белье и хлопчатобумажное обмундирование сыграли свою защитную роль: ожоги здесь по описанным клиническим признакам поверхностные – II - IIIа степеней. Применяя правила «девяток» и «ладони», вычисляется общая площадь поражения: 4% - лицо+18% - руки+18% -- передняя поверхность туловища+9% - передние поверхности бедер=49%. Площадь глубокого поражения соответственно равна: 4% - лицо+2% - кисти+9% - живот+9% - бедра=24%.

Ситуация, в которой был получен ожог: пожар в закрытом малообъемном помещении, сильная задымленность и длительное пребывание пострадавшего в очаге, заставляют заподозрить наличие ожога и поражении дыхательных путей дымом и продуктами горения. При осмотре пациента это подтверждается глубоким поражением лица, опалением волосков носовых ходов, отложением копоти на слизистой задней стенки глотки и ее гиперемией. Нельзя (исключить отравления окисью углерода (угарным газом). Обширность общего поражения кожи, распространенность явно глубокого ожога на площади 24% поверхности тела, а также поражение дыхательных путей ведут к развитию

тяжелого ожогового шока. Это подтверждают данные первичного врачебного осмотра: жажда, тошнота и рвота, бледность непораженной кожи, субнормальная температура тела, тахикардия, гипотония, одышка.

Диагноз:

Ожог пламенем $\frac{49\%(24\%)}{\text{I-IIIб ст.}}$ лица, туловища, рук, бедер. Ожог и поражение дыхательных путей продуктами горения. Тяжелый ожоговый шок.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

7. Последовательность диагностических действий в ЦРБ должна быть следующей:
- уточнить обстоятельства травмы;
- выяснить жалобы пострадавшего, обратив внимание на жажду, тошноту, рвоту;
- оценить общее состояние (сознание, цвет кожных покровов да слизистых, показатели внешнего дыхания и гемодинамики);
- измерить температуру тела;
- получить и оценить количество и цвет мочи;
-осмотреть глаза (роговицу и конъюнктиву) для исключения их ожога;
-осмотреть полость рта, глотки, носовые ходы для исключения (или подтверждения) термического поражения дыхательных путей;
- рассечь ножницами и осторожно снять (предварительно введя анальгетики) обгоревшую одежду, после чего оценить общую площадь ожога и площадь глубокого поражения;
- на основании полученных данных сформулировать диагноз и приступить к оказанию необходимой врачебной помощи.

8. Наличие достоверно глубокого ожога бедер на площади 16% .поверхности тела связано обычно с развитием легкого ожогового шока. Характерно, что при этой степени шока гемодинамические показатели до определенного времени могут оставаться в пределах нормальных - это и было выявлено у больного. Однако жажда, тошнота, субнормальная температура тела, насыщенный цвет мочи указывают на легкие волемические и микроциркуляторные нарушения. В дополнение к предварительно сформулированному диагнозу следует добавить: «Легкий ожоговый шок». Необходимо иметь в виду, что отсутствие или неоправданно запоздалое проведение инфузионной терапии шока могут привести к тяжелым нарушениям гомеостаза.

9. Учитывая обстоятельства травмы, вид обожженного кожного покрова, сохранение болевой чувствительности и сосудистой реакции, следует предположить, что ожог преимущественно поверхностный – I-IIIа степеней. Таким образом, индекс тяжести ожога (индекс Франка) равен 66 единицам, и следует предполагать развитие легкого ожогового шока. Однако наряду с повреждением кожи у пациента имеется поражение дыхательных путей горячим шаром, что существенно отягощает его состояние. Подтверждением служат вдыхание перегретого пара в течение 5 мин, осиплый голос, изменения слизистой ротоглотки, сухие свистящие хрипы над легкими (бронхоспазм). Наличие поражения дыхательных путей эквивалентно 15 ед. индекса Франка[1], поэтому истинный индекс тяжести состояния равен 66+15=81 ед. С учетом этого обстоятельства у больного наиболее вероятно развитие тяжелого (II степени) ожогового шока, о чем свидетельствуют тахикардия и снижение артериального давления.

Отягощающий фактор — поражение дыхательных путей перегретым шаром. При этом в ранние сроки развивается острая дыхательная недостаточность вследствие бронхоспазма, нарушения альвеолярной вентиляции и диффузионной способности легких. В дальнейшем возможны гнойный трахеобронхит и первичная пневмония (у 70 - 90% пострадавших).

[1] Индекс Франка - условный показатель тяжести ожога, выраженный в единицах. При этом каждый процент поверхностного (I-IIIа степеней) ожога эквивалентен 1 ед. индекса, а глубокого (IIIб-IV степеней) -3 ед. Пользуясь этим показателем, можно оценить влияние

на тяжесть состояния пострадавшего не только глубокого, но и поверхностного ожога. Так, при шоке I степени (легком) он составляет 30-70 ед., при шоке II степени (тяжелом) – 70-130 ед., при шоке III степени (крайне тяжелом) - более 130 ед.

10. Наиболее вероятной ошибкой является недооценка обширности глубокого поражения из-за неправильной диагностики степени ожога на спине: IIIа степени на площади 15% поверхности тела. Не уделено достаточного внимания наличию ожогов IV степени в области коленных суставов. Все это привело к недооценке тяжести ожогового шока и назначению неадекватной инфузионной терапии, о чем свидетельствуют данные клинического наблюдения через 5 ч. после госпитализации. Опыт лечения тяжелообожженных подсказывает, что при наличии колебаний в определении степени термического поражения его нужно рассматривать как более глубокое из вероятных. Такая тактика вполне оправдана не только для оценки общего состояния и прогноза, но и для планирования лечебных мероприятий. По совокупности приведенных клинических данных у больного явная картина крайне тяжелого ожогового шока III степени.

Диагноз:

Ожог пламенем $\frac{65\%(45\%)}{\text{II-IV ст.}}$ туловища, верхних и нижних конечностей. Крайне тяжелый ожоговый шок.

11. Учитывая обширность глубокого поражения, срок, прошедший с момента травмы, и клинику заболевания, следует считать, что пострадавший находится во втором периоде ожоговой болезни - острой ожоговой токсемии.

Наиболее частые проявления ожоговой болезни во втором периоде: первичная анемия, токсический гепатит, нефропатия, миокардиодистрофия, энцефалопатия, эрозивный гастрит.

Для миокардиодистрофии характерны: расширение границ сердца, глухие тоны, изменения ЭКГ (снижение зубца R, смещение интервала ST, уплощение зубца T).

Токсический гепатит: печень, как правило, не увеличена, незначительно болезненна при пальпации, повышение АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, появление в крови глютамил-транспептидазы.

12. Срок, прошедший после травмы, особенности местного течения раневого процесса, а также клиническая картина заболевания свидетельствуют о третьем периоде ожоговой болезни - септикотоксемии. У больного бурно протекает первая фаза этого периода - очищение ран от мертвых тканей, характеризуемая синдромом токсико-резорбтивной лихорадки.

Наиболее опасным и трудно дифференцируемым с токсико-резорбтивной лихорадкой осложнением ожоговой болезни может быть сепсис. Между симптомами этих патологических процессов много общего: тяжелая интоксикация организма. высокая, с большими размахами, температура тела, профузные поты, характерная для воспаления картина крови, анемия, гипо- и диспротеинемия, общая астения и др. Однако выполнение ран грануляциями по мере очищения их, отсутствие участков вторичного некроза свидетельствуют о сохранении регенераторного потенциала у больного. Это указывает на отсутствие сепсиса в настоящее время, но о возможной генерализации инфекции помнить необходимо постоянно.

ЛЕЧЕНИЕ ОБОЖЖЕННЫХ

13. Лучшим методом первой помощи при термическом ожоге в первые минуты после травмы является охлаждение участков ожогов любыми доступными средствами (холодная вода, лед, снег, хлорэтил и др.). После этого необходимо наложить сухую асептическую или мазевую повязку, ввести обезболивающие средства.

Госпитализацию следует осуществить в учреждение квалифицированной помощи (районная больница). Эпителизация ожогов IIIа степени обычно наступает через 4—6 нед., однако эти сроки не означают полного излечения, т. к. кожный покров еще недостаточно стойкий.

Окончательное время восстановления трудоспособности — 2—3 мес. После ожогов IIIа степени в функционально активных местах (кисти, лицо, шея, крупные суставы) нередко формируются рубцы, ограничивающие движения. Это может быть причиной изменения категории годности к труду.

14. У всех пострадавших с ожогами на лице необходимо исключить ожоги глаз, верхних дыхательных путей, поражение трахеобронхиального дерева и легочной ткани токсическими продуктами горения, отравление окисью углерода. Два последних вида поражений наблюдаются при длительном пребывании в очаге горения (как правило, в бессознательном состоянии или алкогольном опьянении, во время сна и др.). Обожженному необходимо ввести обезболивающие и седативные средства, сердечные и дыхательные аналептики. При развитии у пострадавшего шока все препараты вводятся внутривенно. На раны накладываются асептические сухие повязки. Если транспортировка предстоит не длительная (в пределах 20—30 мин), то этим можно ограничиться. Если же она займет 1 ч и более, то нужно начать проведение противошоковой инфузионной терапии.

Обожженного следует доставить в ближайшее лечебное учреждение, где может быть проведена квалифицированная противошоковая терапия. Это может быть центральная районная больница.

15. Поверхностные ожоги до 5% не требуют квалифицированного и специализированного лечения. Локализация их в функционально неактивных областях тела (туловище, внесуставные сегменты конечностей) не затрудняет самообслуживания больного. Как правило, при неосложненном течении и правильном лечении ожогов I—II степеней средний срок лечения составляет от 1 нед. до 10 дней. Поэтому больной может быть успешно излечен в поликлинике по месту жительства.

Местное лечение ожоговой раны начинается с ее первичного туалета, который должен проводиться на фоне предварительного обезболивания (парентеральное введение 1—2 мл 1% раствора промедола или омпопона) со строгим соблюдением правил асептики. Обожженная рука, включая плечо и кисть, циркулярно моется теплой проточной водой с мылом. Наиболее загрязненные мазутом и маслами участки тщательно отмываются тампонами, смоченными бензином. Затем непораженная кожа руки обрабатывается спиртом или слабым спиртовым раствором йода. После такой подготовки производится непосредственный туалет обожженной поверхности с помощью тампонов, смоченных 3% раствором перекиси водорода, и высушивание ее стерильными салфетками. Пинцетом и ножницами удаляются спущенные участки эпидермиса и инородные тела. Надрезаются большие напряженные пузыри и эвакуируется их содержимое. Обожженная поверхность вновь моется раствором перекиси водорода или имеющимся в распоряжении раствором антисептика (0,002% фурациллина, 3—5% борной кислоты, 0,1% риванола и др.). Затем на стерильные салфетки (соответствующие по площади ожоговой ране) наносится тонким слоем 0,3—0,5 мм имеющаяся мазь (синтомициновая, тетрациклиновая, эритромициновая, эмульсия Вишневского и др.). В таком виде салфетки укладываются на рану. Поверх салфеток следует наложить ватно-марлевую повязку и зафиксировать ее бинтом. Последующие перевязки должны проводиться подобным же образам с соблюдением правил асептики. Частота перевязок будет диктоваться степенью промокания повязок раневым отделяемым. При благоприятном течении повязки меняют через 2—3 дня, при обильном промокании или присоединении инфекции - ежедневно.

16. Врач ТМО три невнимательном первичном осмотре не смог правильно оценить степень ожога, приняв его за поражение I степени. Он не придал значения обширности и локализации ожога, не произвел первичного туалета ожоговых ран, что явилось бы профилактикой (последующих инфекционных осложнений. Кроме того, им были переоценены свои возможности по лечению такого рода пострадавших, не учтено, что сроки выздоровления больных с дермальными ожогами даже при правильном лечении и неосложненном течении могут достигать 6 нед. Из всего этого вытекает основная ошибка: госпитализация больного в лазарет МП.

В госпиталь пострадавший поступил с обширным поверхностным ожогом, включающим поражение дермы и осложненным местной гнойной инфекцией. Острое нагноение ожоговых ран требует не только местного лечения, но и активной общей противовоспалительной и антибактериальной терапии. Для ликвидации местного гнойного воспаления больному необходимы ежедневные перевязки с тщательным туалетом ран и применением влажных высыхающих повязок с растворами сильных антисептиков вплоть до прекращения обильного отделения гноя. После полного очищения ран от омертвевших тканей и появления «островков эпителизации» следует перейти на мазевые повязки, которые могут сменяться реже - по мере пропитывания повязок раневым отделяемым. Местное гнойное воспаление в ожоговых ранах вызвало у больного общую реакцию организма в виде гипертермии, слабости, адинамии. В этих условиях нельзя забывать и следует исключить наиболее часто встречающееся осложнение - пневмонию, а также возможное развитие абсцессов, артритов, флебитов и др. С целью профилактики дальнейших инфекционных осложнений и быстрейшей ликвидации местного гнойного воспаления следует начать активную общую антибактериальную терапию антибиотиками широкого спектра действия с параллельным введением антипиретиков, антигистаминных препаратов и витаминов.

17. У больного во время осмотра были явные признаки развивавшейся ишемии дистальных отделов правой руки: отек мягких тканей, цианоз кожи, резкое ослабление пульсации лучевой артерии, похоладание конечности. Причиной этому явился глубокий ожоговый струп, циркулярно охватывавший правое плечо. Его высыхание привело к сдавлению подлежащих отечных мягких тканей, что и обусловило развившиеся циркуляторные нарушения. Дальнейшая ишемия могла привести к вторичному некрозу руки сдавливавшего струпа.

Пострадавшему показано срочное хирургическое вмешательство - некротомия. Больного нужно взять в перевязочную, уложить на стол, сделать полноценную обработку операционного поля в области сдавливающего струпа. Без обезболивания, но с соблюдением правил хирургической асептики, нанести на равном расстоянии друг от друга 3-4 продольных послабляющих разреза в пределах глубокого ожога по всему периметру плеча. В глубину разрезы должны распространяться до подкожной жировой клетчатки. Критерием эффективности проведенной некротомии должны быть: расхождение краев рассеченного струпа на 1-1,5 см, потепление дистальных отделов конечности, появление пульсации лучевой или локтевой артерий, постепенное исчезновение цианоза. По показаниям нужно осуществить тщательный гемостаз. После проведенной манипуляции следует наложить сухую асептическую или влажную высыхающую антисептическую повязку на всю обожженную поверхность.

Учитывая тяжесть и локализацию поражения, больному показано лечение в специализированном ожоговом отделении. Поэтому сопровождающему фельдшеру нужно рекомендовать направить пострадавшего в областную больницу, где будет принято решение о месте дальнейшего специализированного лечения.

18. Да, возможно. В условиях областной больницы могут использоваться методы местной некролитической терапии с целью ускорения очищения раны от мертвых тканей. Более того, в данной ситуации она показана, т. к. оперативная некрэктомия при наличии нагноения в зоне окружающего дермального ожога опасна нарушением демаркационного барьера и генерализацией инфекции Некролитические средства, не нарушая этого барьера, способствуют быстрому отторжению струпа пластом по линии демаркации. Как правило, этот метод позволяет ускорить подготовку раны к оперативному восстановлению кожного покрова на 1,5 - 2 нед.

Наиболее часто некролитическая терапия проводится с помощью 40% салициловой мази на вазелиновой основе. Могут использоваться и другие, более сложные по составу мази, как, например: салициловая кислота - 48,0; молочная кислота - 24,0; анестезин — 4,0; новокаин — 2,0; ланолин — до 200,0.

Для ускорения отторжения сухого струпа некролитики применяются с 6 - 8-го дня после ожога да площади не более 5 - 7% -поверхности тела. При нанесении мази на более обширные площади массивный некролиз и вызванное им острое воспаление в ранах могут стать причиной тяжелой интоксикации организма и даже генерализации инфекции.
Применение метода. После тщательного туалета ожоговых ран с использованием антисептиков на участки сухого струпа шпателем наносится некролитическая мазь слоем до 2 - 3 мм. Затем рана покрывается толстой ватно-марлевой повязкой с индифферентной мазью (бальзам Вишневского). На очередной перевязке (через 1—2 дня) под разбухшим струпом часто можно определить флуктуацию, что свидетельствует о его отторжении. Струп надсекается в центре и затем удаляется по направлению к периферии с помощью ножниц и пинцета. Иссечение производится по возможности бескровно, т. к. имеется опасность нарушения демаркационного вала. Дном раны чаще всего является обнаженная жировая клетчатка с элементами молодой соединительной (грануляционной) ткани. После обильного промывания 3% раствором перекиси водорода и каким-либо другим антисептиком на рану целесообразно наложить повязку с бальзамом Вишневского. Последний обладает слабым раздражающим действием благодаря входящему в его состав дегтю, что стимулирует развитие грануляций. Удаление отторгающегося струпа должно производиться под надежным обезболиванием. Если демаркация струпа не произошла после однократного применения некролитика, то следует произвести смену повязки с повторным нанесением того же некролитического средства.
19. Показано активное хирургическое лечение с выполнением хирургической некрэктомии. Завершающие этапы операции по иссечению погибших тканей на спине и бедре должны быть разными. На спине после удаления каждого из участков струпа в пределах здоровой кожи и до жизнеспособной фасции ожоги превратятся в чистые хирургические раны линейной формы. Их следует ушить кожно-подкожными уздовыми швами. Для уменьшения натяжения края ран можно мобилизовать над фасцией.
После иссечения струпа и подкожной жировой клетчатки до фасции на задней поверхности бедра значительный по площади дефект кожи ушить не представится возможным. Поэтому здесь показано замещение раны с помощью кожных аутотрансплантатов, срезанных с правого бедра. В ране необходимо выполнить тщательный гемостаз, т. к. над возможными гематомами пересаженные кожные трансплантаты неизбежно омертвеют. При наличии перфоратора кожи рану можно закрыть сетчатым трансплантатом, а при его отсутствии сплошными трансплантатами, перфорированными скальпелем. Трансплантаты, если их несколько, сшиваются друг с другом и единым пластом подшиваются к краям раны. При отсутствии косвенных показателей воспаления в ране: повышенная темпеткосвенных показателей воспаления в ране: повышенная температура тела, боль, отек, гиперемия окружающей кожи и неприятный запах от повязок, первая перевязка может выполняться через 5—7 дней.
20. У больного с обширным глубоким ожогом (20% поверхности тела) развивается клиническая картина ожогового истощения. Об этом свидетельствуют анемия, гипопротеинемия, значительная потеря в массе тела, снижение регенеративных процессов в ранах. Успешное лечение пострадавшего невозможно без оперативного восстановления кожного покрова. Но, учитывая его общее состояние, неподготовленность гранулирующих ран к аутодермопластике, операция в настоящее время противопоказана. Хирургическое вмешательство на фоне истощения ухудшит общее состояние больного, а кожные трансплантаты могут не прижить. С целью подготовки больного и ран к операции необходимо провести активную общеукрепляющую терапию с включением в нее гемотрансфузий, переливания белковых препаратов крови (по 500,0×3—4 раза в неделю) и концентрированных глюкозо-солевых растворов. Показаны более мощная антибактериальная терапия и усиленное питание с подключением зондового, т. к. у пострадавшего отсутствует аппетит. Перевязки в этот период должны проводиться не реже чем через день, очень аккуратно, во избежание необоснованных кровопотерь. Показано чередование местно применяемых лекарственных средств.

После улучшения общего состояния и лабораторных показателей красной крови, стойкого повышения общего белка и коррекции диспротеинемии должно последовать и улучшение состояния гранулирующих ран. О повышении регенераторного потенциала ран будут свидетельствовать: уменьшение гнойного отделяемого, появление плотных ярко-розовых некровоточивых грануляций, поверхность которых обладает клейкостью. Об этом же будет свидетельствовать активизация краевой эпителизации.

Методом выбора оперативного восстановления кожного покрова являются варианты экономной пластики («почтовых марок», «полосок», сетчатых трансплантатов), а наиболее целесообразным и обоснованным — метод аутоаллопластики. Поэтому в период проведения активной общеукрепляющей терапии следует позаботиться о заготовке свежей трупной кожи или подобрать и госпитализировать на отделение доноров кожи.

21. Несмотря на то, что в момент осмотра явных признаков ожогового шока еще нет (больной находится в фазе относительной компенсации), распространенность глубокого ожога (19% поверхности тела), умеренная тахикардия и бледность кожных покровов указывают на большую вероятность его развития.

Последовательность лечебных действий в данном случае следующая:

- ввести наркотический анальгетик в сочетании с антигистаминным средством и транквилизатором;
- по показаниям ввести сердечные средства и дыхательные аналептики;
- рассечь ножницами и осторожно снять обгоревшую одежду, после чего оценить общую площадь ожога и площадь глубокого поражения;
- наложить сухую асептическую повязку;
- утолить жажду, давая дробно содово-солевой раствор;
- осуществить ингаляцию кислорода;
- ввести ПСС и СА;
- при невозможной срочной эвакуации или предполагаемой большой длительности (более 1 ч) транспортировки в областную больницу осуществить в порядке предэвакуациоиной подготовки короткий курс инфузионной терапии (перелить до 1,5—2,0 л жидкости быстро капельно);
- согреть пострадавшего;
- транспортировать лежа на носилках санитарным автотранспортом в областную больницу в сопровождении медперсонала.

22. У пострадавших с обширными ожогами туалет ожоговой раны проводить не следует до выведения их из состояния ожогового шока. Учитывая большие сложности в диагностике глубины поражения, а также влажный характер некроза при ожогах горячей водой, необходимо создать условия, способствующие переводу влажного струпа в сухой. Поэтому больному целесообразно наложить сухие асептические повязки или повязки с раствором какого-либо антисептика (фурациллин, риванол, борная кислота, диоксидин, йодопирон и др.). Могут быть с успехом использованы повязки с мазями на водорастворимой основе.

Наблюдение за тяжелообожженным включает учет не реже чем через каждые 3 ч частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, артериального давления, температуры тела, количества выпитой и введенной внутривенно жидкости, количества выделенной мочи.

В связи с трудностью диагностики тяжести ожогового шока (легкий или тяжелый) в неясных случаях, особенно у лиц молодого возраста без сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы, допустима гипердиагностика. Рациональней ориентироваться на лечение тяжелого шока. В первые сутки в зависимости от массы тела больного необходимо внутривенно ввести 4-5 л жидкости. В первые 12 ч. переливают 2/3 этого объема (2,5-3 л инфузионных сред), например, раствор NaCl 0,9% - 400,0 мл, 5% раствор глюкозы - 500,0, раствор Ринтер-Локка - 500,0, плазма или альбумин - 400,0, 15% раствор мафусола - 200,0, реамберин – 400,0. При отсутствии некоторых препаратов допустима их замена аналогичным или, в крайнем случае, изотоническим раствором

хлорида натрия, но в больших количествах. Кроме того, вводятся сердечные гликозиды, эуфиллин, витамины B_1 и B_6, витамин С, при стойкой гипотонии - кортикостероидные гормоны, при олигоурии - диуретики.

23. Клиническая картина и имеющиеся данные лабораторных исследований свидетельствуют о том, что обожженный еще находится в состоянии шока. Сохраняются признаки выраженной гиповолемии (тахикардия, низкие цифры ЦВД, гемоконцентрация, олигоурия, жажда). Причиной тому являются недостаточный объем вливаемых жидкостей и малая скорость инфузии.

Следует увеличить объем и скорость инфузии, после чего назначить осмотические диуретики (маннитол, лазикс и др.).

24. Причиной ухудшения состояния пострадавшего явился бронхоспазм, осложнивший не распознанное врачом поражение дыхательных путей раскаленными газами и продуктами горения.

При ознакомлении с обстоятельствами травмы врач не обратил должного внимания на то, что пострадавший некоторое время находился в атмосфере дыма и огня в замкнутом пространстве кабины автосамосвала. При обследовании поступившего врач не осмотрел носовые ходы и не зафиксировал опаления в них волосков, не осмотрел полость рта и глотку, где мог бы обнаружить отек и гиперемию слизистой, белесовато-серые пятна некроза на ней, местами - наложения копоти.

Развившийся у обожженного бронхоспазм может смениться отеком легких.

В целях купирования развившегося осложнения необходимо:

- придать пострадавшему возвышенное положение;
- начать ингаляцию увлажненного кислорода через носовые катетеры;
- ввести внутримышечно 1,0 5% раствора эфедрина гидрохлорида;
- наладить систему для внутривенного вливания и перелить 500 мл 5% раствора глюкозы, добавив во флакон 0,06% раствора коргликона - 1,0, 90 мг преднизолона, 2,4% раствора эуфиллина - 10,0, 10% раствора кальция хлорида - 10,0, 2% раствора димедрола — 2,0.

Больного (необходимо срочно, в полусидячем положении на носилках, в сопровождении врача транспортировать в ЦРБ, продолжая оксигенацию.

25. Диагноз:

Ожог пламенем $\frac{60\%(40\%)}{\text{II-IIIб ст.}}$ лица, туловища, обеих верхних конечностей. Термическое поражение дыхательных путей. Крайне тяжелый ожоговый шок.

Необходимо:

наложить асептические повязки или завернуть обожженного в стерильное белье;

- начать ингаляцию кислорода;
- утолить жажду содово-солевым раствором (1 чайная ложка поваренной соли и 1/2 чайной ложки пищевой соды на 1 л воды);
- наладить систему для внутривенной инфузии жидкости и ввести внутривенно:

Sol. Omnoponi 2% — 1,0
Sol. Dimedroli 2% — 2,0
Sol. Seduxeni 0,5% —2,0
Sol. Glucosae 5% —500,0
Sol. Corglyconi 0,06% — 1,0
Insulini —10 ЕД
Sol. Ac. ascorbinici 5% — 10,0
Sol. Euphyllini 2,4% — 10,0
Prednisoloni — 90 мг
Sol. Ringeri (Sol. Natrii chloridi 0,9%)—1000,0

В сопровождении врача, продолжая инфузионную терапию в пути, эвакуировать пострадавшего в положении лежа санитарным автотранспортом (или вертолетом) в областную больницу.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ И ПОРАЖЕНИЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

26. Сок некоторых растений при длительном воздействии на кожу может вызывать токсико-аллергические изменения. Однако, в отличие от агрессивных химических веществ, характер поражения не некротический, а воспалительно-экссудативный, что объясняет картину местной патологии кожи: отек, гиперемия, наличие пузырей, боли и жжение. Все это позволяет относить такие поражения к контактным дерматитам. Расширение границ гиперемии за пределы компресса, субфебрилитет свидетельствуют о местном присоединении инфекции.

Диагноз: контактный инфицированный дерматит области поясницы, вызванный соком подснежника.

Местное лечение больного принципиально не должно отличаться от аналогичного по глубине и протяженности термического поражения кожи. Следует лишь усилить антибактериальную и антиаллергическую терапию. В госпитализации больной не нуждается.

27. Обладая выраженными окислительными свойствами, марганцевокислый калий действует на ткани подобно крепким кислотам - вызывает коагуляцию белка. Это позволяет отнести его к агенту, вызывающему истинный химический ожог.

Диагноз: химический ожог перманганатом калия 30 $см^2$ III ст. левого плеча.

Необходимо тщательно промыть проточной водой обожженную поверхность, удалив все оставшиеся крупинки агрессивного вещества. Обработать струп и окружающую кожу спиртом, после чего наложить сухую асептическую повязку. Не должна вызывать сомнений бесперспективность местной консервативной терапии ожога. Дальнейшее лечение должно проводиться в хирургическом отделении ЦРБ. До развития гнойной демаркации целесообразно осуществить раннюю некрэктомию с одномоментной аутодермопластикой. Если позволяет опыт хирурга и возможности окружающих тканей, раневой дефект можно заместить с помощью того или иного метода местной пластики.

28. Пострадавшему необходимо ввести анальгетик и, несмотря на значительный (1,5 ч) срок после аварии, начать интенсивное промывание участков поражения проточной водой. Обмывание продолжать до прекращения или уменьшения жжения, но не менее 1 ч. После этого кожу высушить ватно-марлевыми тампонами и наложить сухую асептическую повязку. Мазевые повязки на жировой основе противопоказаны.

Учитывая сложность диагностики глубины поражения в ранние сроки после химического ожога, больного следует лечить в хирургическом отделении ЦРБ. Далее лечение будет осуществляться, в зависимости от степени повреждения кожи, консервативным или оперативным путем, не отличаясь от такового при аналогичных термических поражениях.

29. Раннее начало и достаточно продолжительное обмывание пораженных участков водой являются залогом успешного предотвращения дальнейшего действия кислоты и углубления ожога. Если невозможно организовать промывание пораженных участков проточной водой под напором (под душем или шлангом), необходимо обмывать их, поливая водой из любой емкости. Ничего этого не было сделано на месте происшествия.

У больного химический ожог кистей II—III степеней. Несмотря на упущенное время, следует провести обильное и длительное промывание пораженных участков проточной водой. По окончании мытья обожженная кожа должна быть осушена, обработана спиртом и закрыта сухими повязками. Больного необходимо лечить в условиях хирургического отделения ЦРБ. Срок лечения более 1 мес. Не исключена возможность нарушения функции кистей и инвалидизации вследствие последующего рубцевания.

30. Агрессивный компонент ракетного топлива вызвал глубокий распространенный химический ожог 30% III ст. туловища, нижних конечностей. Показатель индекса Франка (30×3=90), выраженные нарушения гемодинамики, продолжающаяся резорбция токсических веществ свидетельствуют о развитии тяжелого шока. Пострадавший

нуждается в неотложных реанимационных мероприятиях в перевязочной. Ему необходимо быстро капельно перелить 0,9 % раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы общим объемом 1,5 л, внутривенно ввести обезболивающие (промедол, морфин), сердечные (коргликон, строфантин), десенсибилизирующие (димедрол, пипольфен) средства, а также, при наличии, кортикостероиды. Постоянно должна проводиться ингаляция кислорода. Параллельно с этими мероприятиями необходимо завершить санитарную обработку проточной водой для окончательного вымывания остатков агрессивной жидкости.

По завершении неотложных мероприятий первой врачебной помощи пострадавший должен находиться в отделении интенсивной терапии, где можно продолжить комплексную противошоковую терапию. После выхода из шока и стабилизации состояния дальнейшее лечение, в том числе и оперативное восстановление кожного покрова, нужно провести в специализированном ожоговом отделении областной больницы.

31. У пострадавшего ожог I—II степеней лица и кистей пламенем электрической дуги. Травма по степени тяжести относится к легкой. Может лечиться в условиях поликлиники. Лечение консервативное: обработка пораженных участков на лице 2—6% раствором марганцовокислого калия, мазевые повязки на участки поражения кистей. Продолжительность лечения до 10—12 сут. Прогноз благоприятный.

32. При поступлении пострадавшему целесообразно внутривенно ввести 40,0 40% раствора глюкозы, 0,5 0,06% раствора коргликона, 3,0 0,5% раствора витамина С. Назначить седативные средства, на ночь - снотворные. Первые 3—5 сут строгий постельный режим, затем двигательный режим постепенно расширять.

Лечение больного возможно в условиях ЦРБ. При поступлении и затем регулярно должны выполняться электрокардиографические исследования. При появлении признаков нарушения ритма или ишемических изменений в миокарде пострадавший должен быть переведен в отделение интенсивной терапии. Прогноз при такой форме поражения, как правило, благоприятный.

33. У больного тяжелый электроожог IV степени области правого голеностопного сустава. Учитывая специфику повреждения тканей электрическим током, можно с уверенностью сказать, что мягкие ткани поражены в проксимальном направлении как минимум до уровня границы средней и нижней третей голени. Проведенная некротомия (отмечено первичное омертвение капсулы голеностопного сустава) свидетельствует о гибели костей, составляющих сустав. Наиболее вероятные осложнения: аррозионное кровотечение из передних большеберцовых сосудов, гнойный артрит голеностопного сустава, гнойные затеки по ходу некротизироваиных сухожилий, три несвоевременном хирургическом лечении - генерализация инфекции.

Хирургическая тактика должна строиться с учетом предупреждения этих возможных осложнений. Операцию начинают с диагностической некрэктомии, которая при описанной клинике поражения, по всей видимости, закончится ампутацией голени в ее средней трети. Если по мере иссечения тканей обнаружится жизнеспособность голеностопного сустава то завершающий этап операции может быть сберегающим конечность. Раневой дефект после некрэктомии должен быть закрыт сложным тканевым комплексом (кожно-жировым или кожно-мышечным лоскутом) с наложением микрососудистого анастомоза. Учитывая тяжесть поражения тканей стопы необходимость сложного и длительного органосберегающего оперативного лечения, больной должен быть переведен в областную больницу.

34. Пострадавший получил тяжелую электротравму, электроожог и ожог пламенем загоревшейся одежды. Тяжелый ожоговый шок, отягощенный электротравмой, требует продолжения реанимационных мероприятий, направленных в первую очередь на поддержание функции сердечно-сосудистой системы, а также на устранение развивающейся гиповолемии.

Учитывая ограниченные возможности, медикаментозная терапия должна состоять из введения наркотических анальгетиков, седативных средств, сердечных гликозидов и аналептиков. Если есть возможность, следует наладить инфузию любых противошоковых растворов или кровезаменителей. Постоянный доступ к венозному руслу необходим и на случаи внезапного ухудшения состояния. Сухие повязки необходимо наложить хотя бы на участки наиболее глубокого поражения (места входа и выхода тока). Пострадавшего надо удобно уложить на место с хорошим доступом свежего воздуха, согреть, поить щелочно-солевым раствором, установить за ним постоянное наблюдение.
Через начальника поезда связаться с ближайшим населенным пунктом, где имеется ЦРБ или другие учреждения квалифицированной медицинской помощи. Изложить суть диагноза и состояния пострадавшего. Ко времени прохождения поезда через этот пункт на станцию должен быть вызван санитарный транспорт для эвакуации больного в лечебное учреждение с целью проведения полноценной противошоковой терапии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ

35. У больного отморожение кистей I степени. Показано консервативное лечение: УВЧ, спазмолитические средства, витамины, теплые ванночки, парафиновые аппликации. Лечение можно проводить в поликлинике. Ориентировочный срок его составит – 7-14 сут. С пострадавшим следует провести разъяснительную беседу о мерах по предупреждению повторных отморожений.
36. У больного отморожение кистей II степени. Травма по степени тяжести относится к легкой. Показано консервативное лечение: спазмолитические препараты, витамины, УВЧ; местно-мазевые или сухие ватно-марлевые повязки. В связи с вероятным развитием тугоподвижности в межфаланговых суставах пальцев необходима лечебная физкультура и физиотерапевтическое лечение (парафиновые аппликации, теплые ванночки) после завершения эпителизации всех ран. Прогноз благоприятный. Ориентировочный срок стационарного лечения около 2 нед., затем 2—3 нед. амбулаторное лечение. Срок восстановления трудоспособности – 1 - 1,5 мес.
37. У пострадавшего отморожение II степени ушных раковин. Травма по степени тяжести относится к легкой. Может лечиться в условиях поликлиники. Лечение консервативное: УВЧ, витамины, мазевые или сухие повязки. Продолжительность – 12-14 сут. После этого нуждается в освобождении от наружных вахт сроком на трое суток. В дальнейшем возможна повышенная чувствительность кожи ушных раковин к действию сухого мороза, что увеличивает вероятность повторных отморожений.
38. У больного отморожение IV степени дистальных отделов IV и V пальцев левой кисти с явлениями мумификации. Травма средней тяжести. Показана ампутация IV и V пальцев на уровне ногтевых фаланг. Больной готов к оперативному вмешательству, которое может быть выполнено под местной анестезией. При гладком послеоперационном течении общий ориентировочный срок лечения 30-45 сут.
39. У больного отморожения IV степени всех пальцев обеих стоп. Травма по степени тяжести должна быть отнесена к тяжелой. Мумификация пораженных участков полностью не завершилась, имеются воспалительные явления в области демаркации. Показано оперативное лечение - ампутация всех пальцев стоп. Оно должно быть осуществлено после полного стихания гнойно-воспалительного процесса. С целью подготовки больного к операции необходимы: антибактериальная терапия, ежедневные перевязки с растворами антисептиков, строгий постельный режим. Ориентировочный срок лечения при гладком послеоперационном течение около 2 мес.
40. Диагноз: Отморожение кистей. Дореактивный период. Алкогольное опьянение.
Показано согревание пораженных участков в течение 1 ч. в теплой (35—37° С) воде или общая ванна. При невозможности провести согревание в теплой воде необходимо на кисти наложить толстые ватно-марлевые теплоизолирующие повязки. Уложить больного в постель,

накрыть одеялом, напоить 2-3 кружками горячего чая. Внутримышечно ввести 2 мл кордиамина и 2 мл кофеина, Внутривенно: 40 мл 40% раствора глюкозы с витаминами.
Достоверная диагностика глубины и распространенности поражения в дореактивном периоде невозможна. После согревания и оказания первой врачебной помощи пострадавшего необходимо наблюдать в условиях ЦРБ.
41. Оптимальным вариантом следует считать некрэктомию на 7-9-е сутки — вычленение погибшего сегмента конечности в суставе, расположенном дистальнее демаркации. После улучшения общего состояния, стихания гнойно-воспалительных явлений показана ампутация голеней на границе нижней и средней третей. Возможные осложнения: гнойные затеки по ходу сухожилий, флегмона голени, сепсис, пневмония. Больному показано антибактериальное инфузионно-трансфузионное, симптоматическое лечение. Травма по степени тяжести относится к тяжелой. По заживлении ран культей должен быть представлен на ВТЭК для определения группы инвалидности (вторая).
В военно-учетном столе РВК. с учета будет снят—«Негоден к военной службе с исключением с воинского учета». Первая помощь оказана неправильно, оттирать стопы снегом нельзя — это отягощает поражение. Больного необходимо было сразу же доставить в лечебное учреждение, наложив теплоизолирующие повязки из подручных материалов.
42. У больного общее охлаждение средней степени тяжести (ступорозная стадия); отморожение кистей и стоп, дореактивный период.
Показано согревание в ванне с теплой водой (37—40° С) не менее 30 мин до достижения температуры тела в прямой кишке 35° С. Внутримышечно - кордиамин, кофеин. Внутривенно 40,0 40% глюкозы с витаминами. После согревания больного необходимо поместить в палату интенсивной терапии и продолжить согревание соллюксом и грелками (осторожно, не нанося ожогов!) в условиях динамического наблюдения и проведения инфузионной терапии. Срочные диагностические назначения:
- рентгенография черепа,
- лабораторное исследование кислотно-основного состояния крови, ее электролитного состава, содержания сахара и алкоголя.
Возможные осложнения в связи с общим охлаждением: отек головного мозга, отек легких, острая почечная недостаточность.
Достоверная диагностика глубины и распространенности отморожения в дореактивном и раннем реактивном периодах невозможна, однако можно заподозрить глубокое отморожение кистей и стоп, которое будет уточнено через 7— 10 сут.
43. Несмотря на обстоятельства случившегося, клиническая картина у больного резко отличается от свойственной общему охлаждению или отморожению. При ректальной температуре 35,8°С он без сознания, отсутствуют фиксационные контрактуры конечностей, нет цианоза или мраморного рисунка кожи кистей и стоп. При этом надо учесть что больной найден в светлое время суток, достаточно тепло одетым, что еще более уменьшает вероятно холодовой травмы. Следовательно, у больного кома неясного генеза. Диагностические назначения должны быть направлены на распознавание возможной причины коматозною состояния.
Нуждается в лечении в условиях палаты интенсивной терапии. Характер и объем лечебных назначений будут определены после завершения дифференциальной диагностики.

Перечень контрольных вопросов по темам 2 и 3

1. Классификация ожогов. Диагностика глубины поражения. Оценка площади поражения. Первая помощь при термических ожогах.
2. Паховый лоскут. Анатомические предпосылки. Применение. Техника выкраивания

3. Полнослойный и расщепленный кожные трансплантаты. Классификация. Физиология приживления Применение. Техника формирования и ведение послеоперационного периода.
4. Место дермотензии среди других методов кожной пластики. Виды дермотензии. Морфологические изменения мягких тканей при их дозированном растяжении.
5. Роль и место экспандерной дермотензии при реконструкции молочных желез после мастэктомии.
6. Торакодорзальный лоскут и лоскут на основе прямых мышц живота. Анатомическое обоснование. Варианты применения. Техника формирования.
7. Особенности клинических проявлений и лечения келоидных рубцов кожи.
8. Ограниченные ожоги (термические). Определение. Принципы ведения.
9. Ожоговый шок и ожоговая болезнь. Этиология. Патогенез. Принципы лечения.
10. Пластика встречными треугольными лоскутами. Виды лоскутов.
11. Строение и функции кожи. Особенности кожи лица
12. Анатомо-функциональные особенности лица с точки зрения пластической хирургии
13. Основные «опасные» зоны лица
14. Диагностика и анализ дефектов в области лица и шеи
15. Местная пластика: определение, виды, особенности местнопластических операций в области лица и шеи
16. Пластика треугольными лоскутами: виды, показания, особенности проведения в области лица и шеи
17. Основные способы закрытия треугольного, круглого, четырёхугольного изъянов. Особенности планирования операции в области лица.
18. Свободная кожная пластика, нереваскуляризированные лоскуты: виды, показания к использованию, биологические основы их применения, донорские зоны, особенности планирования и проведения операции в области лица и шеи.
19. Раневой процесс. Определение понятия. Фазы и стадии.
20. Виды заживления. Различия.
21. Системная воспалительная реакция.
22. Виды швов, показания к примненению.

Тема 4 Врожденные и приобретенные нарушения контуров головы и шеи

(ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11; УК-1; УК-12, УК-3)

Тестовые вопросы по теме 4

I. Анатомия и физиология челюстно-лицевой области

1. **Верхняя челюсть состоит из:**

A. тела и двух отростков;
B. тела и трех отростков;
C. тела и четырех отростков
D. тела и пяти отростков.

2. **Слёзная борозда находится:**

A. позади лобного отростка;
B. на лобном отростке;
C. впереди лобного отростка;
D. на скуловом отростке.

3. **Какого отростка нет на верхнечелюстной кости?:**
A. лобного;
B. альвеолярного;
C. верхнечелюстного;
D. нёбного;
E. скулового.

4. Косая линия на нижней челюсти начинается:
A. ниже подбородочного отверстия;
B. на уровне подбородочного отверстия,
C. выше подбородочного отверстия.

5. Torus mandibulae находится на:
A. наружной поверхности ветви нижней челюсти;
B. внутренней поверхности ветви нижней челюсти.

6. Fovea pterygoidea это место прикрепления:
A. наружной крыловидной мышцы;
B. внутренней крыловидной мышцы.

7. Жевательная мышца:
A. начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;
B. занимает все пространство височной ямы черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти;
C. начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти;
D. начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мыщелкового отростка, к сумке и диску височнонижнечелюстного сустава.

8. Двубрюшная мышца:
A. начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;
B. начинается от сосцевидного отростка височной кости, идёт к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти
C. начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости;
D. начинается от spina mentalis нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка.

9. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:
A. жевательная;
B. двубрюшная;
C. височная;
D. медиальная крыловидная;
E. латеральная крыловидная.

10. К мышцам окружности глаз не относится:
A. мышца гордецов;
B. круговая мышца глаза;
C. большая скуловая мышца

11. Боковую стенку ротовой полости образует:
A. мышца смеха;
B. мышца, опускающая угол рта;
C. мышца, опускающая нижнюю губу;
D. щёчная мышца;
E. круговая мышца рта;
F. мышца, поднимающая верхнюю губу

12. К мышцам, лежащим выше подъязычной кости не относится:
A. челюстноподъязычная мышца;
B. двубрюшная мышца;
C. грудиноподъязычная мышца;
D. подбородочноподъязычная мышца,
E. шилоподъязычная мышца.

13. Щечную мышцу покрывает следующая фасция:
A. f.temporalis;
B. f.masseterica;
C. f.buccopharyngea

14. Поверхностная пластинка, выделяемая согласно Парижской анатомической номенклатуре, соответствует какой фасции по В.Н. Шевкуненко?:
A. поверхностному листку собственной фасции шеи;
B. глубокому листку собственной фасции шеи;
C. поверхностной фасции шеи;
D. внутренней фасции шеи,
E. предпозвоночной фасции.

15. Претрахеальная пластинка, выделяемая согласно Парижской анатомической номенклатуре, соответствует какой фасции по В.Н. Шевкуненко?:
A. поверхностной фасции шеи;
B. собственной фасции шеи;
C. внутренней фасции шеи;
D. предпозвоночной фасции;

16. Какая фасция не выделяется Парижской анатомической номенклатурой, но есть в классификации фасций по В.Н. Шевкуненко?:
A. поверхностная фасция шеи,
B. поверхностный листок собственной фасции шеи;
C. глубокий листок собственной фасции шеи;
D. внутренняя фасция шеи;
E. предпозвоночная фасция.

17. К какому шейному позвонку прижимают общую сонную артерию для временной остановки кровотечения из неё?:
A. IV;
B. V;
C. VI;
D. VII;
E. VIII.

18. Нижняя альвеолярная артерия является ветвью:
A. лицевой артерии;
B. верхнечелюстной артерии;
C. поверхностной височной артерии;
D. язычной артерии.

19. Угловая артерия является ветвью:
A. лицевой артерии;
B. верхнечелюстной артерии;
C. поверхностной височной артерии;
D. язычной артерии.

20. Лицевая вена впадает:
A. во внутреннюю яремную вену;
B. в наружную яремную вену.

21. Общая лицевая вена впадает:
A. во внутреннюю яремную вену;
B. в наружную яремную вену.

22. Лицевая вена (передняя) и позадичелюстная вена сливаясь, впадают:
A. в общую лицевую вену;
B. в наружную яремную вену,
C. в крыловидное венозное сплетение

23. Наружная и передняя яремные вены, соединяясь, вливаются:
A. во внутреннюю яремную вену;
B. в подключичную вену;
C. в крыловидное венозное сплетение.

24. Тройничный нерв является:
A. чувствительным;
B. двигательным;
C. смешанным.

25. К какой ветви тройничного нерва (чувствительной) присоединяются двигательные веточки и делают эту ветвь смешанной?:
A. глазничной;
B. верхнечелюстной;
C. нижнечелюстной.

26. I ветвь тройничного нерва делится на:
A. лобный, носоресничный, слезный нерв;
B. скуловой, подглазничный нерв,
C. ушновисочный, нижнеальвеолярный и язычный нерв.

27. II ветвь тройничного нерва делится на:
A. лобный, носоресничный, слезный нерв;
B. скуловой, подглазничный нерв,
C. ушновисочный, нижнеальвеолярный и язычный нерв.

28. III ветвь тройничного нерва делится на:

A. лобный, носоресничный, слезный нерв,
B. скуловой, подглазничный нерв;
C. ушновисочный, нижнеальвеолярный и язычный нерв.

29. Лицевой нерв это какая пара черепномозговых нервов?
A. V пара;
B. VI пара;
C. VII пара;
D. VIII пара;
E. IX пара;
F. X пара

30. Лицевой нерв является:
A. чувствительным нервом;
B. секреторным нервом;
C. вкусовым нервом
D. двигательным нервом.

31. Лицевой нерв кроме двигательных волокон несет:
A. чувствительные волокна,
B. вкусовые и секреторные волокна;
C. симпатические волокна;
D. парасимпатические волокна.

32. Лицевой нерв выходит из полости черепа через:
A. круглое отверстие,
B. овальное отверстие;
C. шилососцевидное отверстие;
D. foramen caroticum externum.

33. Какой нерв, отходящий от n.facialis, не относится к разветвлению этого нерва:
A. большой каменистый нерв;
B. барабанная струна;
C. задний ушной нерв;
D. блоковидный нерв,
E. височная и скуловая ветви,
F. щечная ветвь;
G. краевая ветвь.

34. С каким нервом не анастомозируется n.facialis?:
A. ушновисочным нервом;
B. скуловым нервом;
C. подъязычным нервом;
D. щечным нервом,
E. скуловым нервом
F. блуждающим нервом

35. Височная и скуловая ветви (для мышц наружного уха, лба, скуловой и височной мышцы глазницы) являются частью:
A. тройничного нерва;
B. лицевого нерва;
C. блуждающего нерва;

D. языкоглоточного нерва,
E. подъязычного нерва.

36. Щечная ветвь является частью какого нерва?:
A. блуждающего нерва;
B. тройничного нерва;
C. подъязычного нерва;
D. лицевого нерва;
E. языкоглоточного нерва.

37. Краевая ветвь это часть какого нерва?:
A. лицевого нерва;
B. тройничного нерва;
C. блуждающего нерва;
D. языкоглоточного нерва,
E. подъязычного нерва.

38. Подкожная мышца шеи иннервируется:
A. тройничным нервом;
B. верхним шейным симпатическим ганглием;
C. звездчатым ганглием шеи;
D. лицевым нервом;
E. крылонёбным ганглием

1.	A
2.	C
3.	C
4.	A
5.	B
6.	A
7.	A
8.	B
9.	B
10.	C
11.	D
12.	C
13.	C
14.	C
15.	B
16.	D
17.	C
18.	B
19.	A
20.	A
21.	A
22.	A
23.	B
24.	C
25.	C
26.	A
27.	B

28.	C
29.	C
30.	D
31.	C
32.	D
33.	C
34.	B
35.	D
36.	D
37.	A
38.	D

II Доброкачественные заболевания кожи и подкожной клетчатки челюстнолицевой области.

1. С каким клетчаточным пространством не сообщается клетчаточное пространство скуловой области?:

A. с клетчаткой подглазничной области;
B. с клетчаткой височной области
C. с клетчаткой щечной области;
D. с клетчаткой околоушножевательной области;
E. с крыловиднонижнечелюстным пространством;
F. с клетчаткой подвисочной и височной ямок.

2. Границы подвисочной ямки:

A. переднюю стенку составляет задняя поверхность тела верхней челюсти и глазничный отросток небной кости сзади

B. ямка ограничена крыловидным отростком клиновидной и медиально наружной поверхностью вертикальной части небной кости, сверху нижней поверхностью тела и основанием большого крыла клиновидной кости;

C. сверху нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости, спереди бугор верхней челюсти и нижний отдел височной поверхности скуловой кости снизу щечноглоточная фасция, сзади шиловидный отросток височной кости с отходящими от него мышцами и передняя поверхность мыщелкового отростка нижней челюсти, изнутри

D. наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости, снаружи внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

3. Какой отдел окологлоточного пространства сообщается с крылонёбной ямкой?:

A. передний,
B. задний;
C. никакой.

4. В каком отделе окологлоточного пространства располагается внутренняя яремная вена?:

A. переднем;
B. заднем

5. Какой отдел окологлоточного пространства сообщается со средостением?:

A. передний,
B. задний.

6. Для флегмоны мягких тканей дна полости рта характерно:
A. боль при глотании, высокая температура, острое начало заболевания, воспалительная контрактура нижней челюсти, припухлость и болезненность под нижнечелюстных областей;
B. субфебрильная температура, медленное начало заболевания, отечность в нижних отделах височной области, болезненность по ходу протока околоушной железы.

7. Оперативный доступ при поднижнечелюстной флегмоне:
A. срединный (в подподбородочной области);
B. внутриротовой;
C. воротникообразный,
D. в поднижнечелюстной области

8. Инфекция в тело языка не проникает:
A. контактным путем,
B. лимфогенным путем;
C. по ходу нервных стволов;
D. по межфасциальным щелям;
E. по ходу мышечных волокон

9. Для флегмоны корня языка характерно:
A. резкие боли, острое начало, рот полуоткрыт, высокая температура, увеличение размеров языка, ограничение подвижности языка, затруднены глотание и дыхание;
B. ограничение открывания рта, куполообразное выпячивание боковой стенки глотки,
C. болезненный инфильтрат в области челюстноязычного желобка.

10. Оперативный доступ вскрытия флегмоны корня языка:
A. внутриротовой;
B. срединный разрез;
C. воротникообразный разрез;
D. поднижнечелюстной разрез;
E. разрез, окаймляющий угол нижней челюсти.

11. Флегмона околоушножевательной области развивается при заболевании:
A. верхних и нижних резцов;
B. верхних и нижних клыков,
C. верхних и нижних премоляров
D. нижних моляров и ложном паротите Герценберга.

12. Оперативный доступ вскрытия флегмоны околоушножевательной области:
A. поднижнечелюстной разрез;
B. по Ковтуновичу (в области угла нижней челюсти),
C. внутриротовой;
D. подскуловой.

13. Типичные причины флегмоны глазницы:
A. флегмона мягких тканей дна полости рта
B. флегмона височной области,
C. флегмона окологлоточного пространства;
D. тромбофлебит угловой вены, острый гнойный гайморит или обострение хронического гайморита

14. Для флегмоны глазницы характерно:

A. диплопия, экзофтальм, отечность век, боль при надавливании на глазное яблоко понижение зрения,

B. свищевые ходы в области угла глаза, наличие гнойного отделяемого из носа.

15. Причиной расширения вен сетчатки глаза являются:

A. нарастающая интоксикация;

B. ограничение подвижности глазного яблока;

C. повышение содержания протромбина в периферической крови

D. распространение воспалительного процесса на глазное яблоко, застойные явления

16. Оперативные доступы при вскрытии флегмоны глазницы:

A. поднижнечелюстной разрез, у внутреннего края глазницы

B. по нижнему и верхнему краю глазницы, доступ через верхнечелюстную пазуху.

17. Для флегмоны щеки характерно:

A. разлитая отечность мягких тканей щеки сглаженность носогубной складки, открывание рта болезненное;

B. ограниченный инфильтрат в центре щеки, открывание рта свободное, боли при глотании,

затруднение носового дыхания с одной стороны;

C. резкое ограничение открывания рта.

18. Для флегмоны щеки характерно:

A. острое начало высокая температура разлитой инфильтрат и отечность слизистой оболочки щеки, хронический периодонтит моляра;

B. медленное начало субфебрильная температура ограниченный инфильтрат, хронический периодонтит клыка, затруднение глотания, резкое ограничение открывания рта.

19. Для флегмоны височной области характерно:

A. осиплость речи, боль при глотании, обильная саливация;

B. высокая температура глубокая флюктуация в височной области воспалительная контрактура нижней челюсти,

C. свободное открывание рта, пальпация малоболезненная одностороннее снижение слуха.

20. Симптомы флегмоны крылонёбной ямки:

A. сухость во рту, асимметрия лица, боли в области тела нижней челюсти;

B. болезненное ограничение открывания рта, отечность и болезненность слизистой оболочки за бугром верхней челюсти, распирающая головная боль

21. Для флегмон подвисочной ямки характерно:

A. сухость во рту резкая боль при глотании, сглаженность передней нёбной дужки, передняя нёбная дужка смещена медиально, болезненный инфильтрат поднижнечелюстной области, отечность и гиперемия кожи скуловой и височной областей

B. ограничение открывания рта, острое начало с высокой температурой тела болезненный инфильтрат за бугром верхней челюсти отек мягких тканей щечной и нижнего отдела височной области.

22. С флегмонами каких клетчаточных пространств дифференцируется флегмона подвисочной и крылонёбной ямок:

A. флегмона мягких тканей дна полости рта,
B. флегмона височной области и глазницы;
C. флегмона окологлоточного пространства,
D. флегмона щеки,
E. флегмона языка

23. Фурункул это:

A. острое гнойнонекротическое воспаление фолликула волоса и окружающей ткани;
B. острое гнойнонекротическое воспаление нескольких, расположенных рядом волосяных фолликулов и сальных желез, распространяющееся на окружающую кожу и подкожную клетчатку.

24. Возбудителем фурункулов и карбункулов является:

A. монокультура стрептококка
B. монокультура стафилококка;
C. монокультура кишечной палочки;
D. монокультура протея;
E. ассоциации стафилококка и протея;
F. ассоциации стафилококка, стрептококка и кишечной палочки.

25. Остиофолликулит это:

A. плотная, болезненная коническая или полушаровидная папула с пустулой на вершине, окруженная островоспалительным красным венчиком
B. пустула пронизанная в центре волосом, которая ограничивается воспалением поверхностной расширенной части тела волосяного фолликула;
C. серозное воспаление мягких тканей губы

26. Предрасполагающий фактор, на фоне которого возникают флебиты и тромбофлебиты при фурункулах и карбункулах:

A. остиофолликулит;
B. глубокий лимфангоит;
C. гнойный лимфаденит,
D. периаденит;
E. хейлит,
F. рожистое воспаление;
G. фурункулез.

27. Возможно ли наложение на рану первичных швов после вскрытия осложненных форм фурункулов?:

A. да, возможно всегда;
B. возможно в некоторых случаях,
C. этого делать нельзя

28. Рожаэто:

A. инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией поражением кожи и лимфатического аппарата;
B. инфекционная болезнь характеризующаяся очаговым серозным или серозногеморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки), лихорадкой и интоксикацией,

C. инфекционное заболевание, которое протекает в виде быстро прогрессирующей формы влажной гангрены лица, челюстей и тканей полости рта, возникающей на фоне резкого снижения реактивности организма больного

29. Номаэто:
A. инфекционная болезнь которая характеризуется тяжелой интоксикацией, поражением кожи и лимфатического аппарата
B. инфекционная болезнь характеризующаяся очаговым серозным или серозногеморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки), лихорадкой и интоксикацией;
C. инфекционное заболевание, которое протекает в виде быстро прогрессирующей формы влажной гангрены лица, челюстей и тканей полости рта возникающей на фоне резкого снижения реактивности организма больного

30. Возбудителем рожи является:
A. стафилококк;
B. бактероиды;
C. вейлонеллы;
D. стрептококк;
E. спирохеты,
F. грибки,
G. клостридиальные анаэробы;
H. неклостридиальные анаэробы

31. Различают следующие формы лимфедемы:
A. эритематозная, эритематознобуллезная, эритематозногеморрагическая, буллезногеморрагическая;
B. первичную, повторную, рецидивирующую;
C. транзиторную лабильную и стабильную
D.
дискоидная диссеменированная и симметричная;
E. карбункулезная, дерматозная, буллезная и рожистоподобная

32. Различают следующие формы красной волчанки (зритематоза):
A. эритематозная, эритематознобуллезная, эритематозногеморрагическая буллезногеморрагическая;
B. первичную, повторную, рецидивирующую;
C. транзиторную, лабильную и стабильную;
D. дискоидная, диссеменированная и симметричная,
E. карбункулезная дерматозная, буллезная и рожистоподобная

33. Эритематозное пятно имеет следующий вид: центральная часть западает и имеет яркий розовокрасный цвет (двухконтурная окраска или кольцевидная форма). Периферия очага возвышается. Для какого заболевания это характерно?:
A. рожистое воспаление;
B. опоясывающий лишай;
C. простой пузырьковый лишай;
D. полиморфная экссудативная эритема;
E. эритематоз (красная волчанка);
F. туберкулез;
G. сифилис;
H. микробная экзема.

34. Для какого заболевания характерны следующие зритематозные пятна: увеличивающиеся по периферии, сливающиеся между собой; скопления чешуек находится в центральной части, а периферия представлена бледнокрасной полоской, свободной от чешуек; по мере роста центральная часть западает и депигментируется, а по периферии появляется зона гиперкератоза различной величины, окруженная бледно красным валиком папуллезного инфильтрата?:

A. рожистое воспаление,
B. опоясывающий лишай,
C. простой пузырьковый лишай;
D. полиморфная экссудативная эритема;
E. эритематоз (красная волчанка);
F. нома;
G. туберкулез;
H. сифилис
I. микробная экзема.

35. Для какого заболевания характерна безболезненная, покрытая чешуйками эритема в виде «бабочки без крыльев»?:

A. опоясывающий лишай;
B. простой пузырьковый лишай;
C. эритематоз (красная волчанка),
D. рожистое воспаление
E. сифилис;
F. туберкулез;
G. полиморфная экссудативная эритема;
H. микробная экзема;
I. нома.

36. Для установления какого заболевания необходимо проведение внутрикожных проб с антраксином?:

A. рожистого воспаления;
B. номы;
C. сибирской язвы;
D. туберкулеза;
E. сифилиса;
F. красной волчанки
G. полиморфной экссудативной эритемы.

37. Какое инфекционное заболевание часто начинается с язвеннонекротического стоматита или гингивита?:

A. рожа;
B. сибирская язва;
C. нома;
D. актиномикоз;
E. туберкулез,
F. сифилис,
G. эритематоз

38. Для какого заболевания характерно: кожа вокруг патологического очага имеет бледную восковую окраску с перламутровым оттенком (восковидная зона), а по периферии лоснящаяся, стекловидная (стекловидный отек)?:

A. рожа,
B. сибирская язва;
C. нома,
D. туберкулез;
E. актиномикоз;
F. сифилис;
G. эритематоз.

39. Первичный отсроченный шов это:
A. шов, наложенный на гнойную рану во время вскрытия гнойного очага;
B. шов, наложенный на гнойную рану во время хирургической обработки (вскрытие гнойного очага), но затягиваемый через 2472 часа при стихании клинических признаков воспаления или шов, накладываемый на 27 сутки после операции (вскрытия гнойника);
C. шов, накладываемый на 810 сутки после операции.

40. Вторичный ранний шов это:
A. шов, накладываемый на 27 сутки после операции;
B. шов, накладываемый на 814 сутки после операции без предварительного иссечения грануляции;
C. шов, накладываемый на 1530 сутки после операции вскрытия гнойника.

41. Вторичный поздний шов это:
A. шов, накладываемый на 814 сутки после операции, после предварительного иссечения грануляции;
B. шов, накладываемый на 814 сутки после операции, без предварительного иссечения грануляции,
C. шов, накладываемый на 1530 сутки после операции, после предварительного иссечения грануляций, рубцов и мобилизации краев раны.

42. Тромбофлебиты лицевых вен значительно чаще развиваются путем возникновения:
A. эндофлебита,
B. перифлебита

43. При нагноении мягких тканей в области лица воспалительный процесс переходит на синусы головного мозга чаще по:
A. угловой вене лица;
B. лицевой артерии,
C. анастомозам лицевых вен;
D. поперечной артерии лица;
E. височной вене

44. Веки могут плотно инфильтрироваться при:
A. тромбофлебите лицевых вен,
B. рожистом воспалении;
C. фурункуле;
D. карбункуле;
E. сибирской язве.

45. Припухлость и краснота кожи не имеют резких границ при:
A. рожистом воспалении;

B. тромбофлебите лицевых вен

46. Болезненный инфильтрат в виде «тяжа» наблюдается при:
A. фурункуле;
B. карбункуле;
C. тромбофлебите угловой вены;
D. рожистом воспалении;
E. номе.

47. При тромбофлебите пещеристого синуса не выпадает функция какого черепномозгового нерва?:
A. глазодвигательного;
B. блоковидного,
C. отводящего;
D. лицевого,
E. тройничного

48. Расширение зрачка и вен глазного дна наблюдается при:
A. тромбозе угловой вены;
B. медиастините;
C. тромбозе пещеристого синуса,
D. сибирской язве;
E. номе;
F. фурункуле и карбункуле.

49. Парез глазодвигательных нервов наблюдается при:
A. тромбозе угловой вены,
B. медиастините,
C. тромбозе пещеристого синуса;
D. сибирской язве;
E. номе,
F. фурункуле и карбункуле

50. Симптом Герке это:
A. усиление загрудинной боли при запрокидывании головы,
B. втягивание области яремной впадины при вдохе;
C. припухлость и крепитация в яремной впадине,
D. постоянное покашливание.

51. Симптом Иванова это:
A. усиление загрудинной боли при запрокидывании головы;
B. усиление загрудинной боли при смещении нервнососудистого пучка шеи кверху;
C. вынужденное положение больного,
D. припухлость и крепитация в области грудины.

52. Югулярный симптом РавичЩербо это:
A. появление пастозности в области грудины
B. припухлость и крепитация в яремной впадине;
C. втягивание области яремной впадины при вдохе;
D. постоянное покашливание;
E. усиление загрудинных болей, одышка и дисфагия при пассивных смещениях трахеи.

53. Компрессионный синдром это:
A. боль при надавливании на грудь;
B. боль при поколачивании по грудине,
C. усиление боли в области средостения при поколачивании по пяткам вытянутых ног в горизонтальном положении больного;
D. усиление загрудинной боли, одышка и дисфагия при пассивных смещениях трахеи.

54. Пульсирующая боль в области груди, иррадиирующая в межлопаточную область и усиливающаяся при надавливании на остистые отростки грудных позвонков, усиление боли при попытке проглотить пищу или во время глубокого вдоха наблюдается при:
A. флегмоне дна полости рта
B. сепсисе;
C. переднем медиастините;
D. заднем медиастините;
E. воспалении легких.

55. Рентгенологические признаки медиастинита:
A. сужение тени средостения;
B. расширение тени средостения;
C. появление горизонтального уровня жидкости с пузырьками воздуха или наличие свободного газа в средостении и расширение тени средостения

56. В переднее средостение не входит:
A. сердце;
B. дуга аорты;
C. пищевод;
D. верхняя полая вена;
E. легочные артерии и вены;
F. диафрагмальные вены и нервы
G. трахея;
H. вилочковая железа.

57. В заднее средостение не входит:
A. пищевод;
B. грудной лимфатический проток нисходящая аорта,
C. трахея;
нижний отдел блуждающего нерва;
D. непарная и полунепарная вены.

58. Разрез при боковой чрезшейной медиастинотомии делают:
A. в яремной ямке;
B. по переднему краю грудиноключичнососцевидной мышцы;
C. по заднему краю грудиноключичнососцевидной мышцы;
D. по срединной линии шеи;
E. по верхнему краю ключицы.

1.	**A**
2.	**C**

3.	A
4.	**B**
5.	**B**
6.	**A**
7.	**D**
8.	**C**
9.	**A**
10.	**B**
11.	**D**
12	**B**
13.	**D**
14.	**A**
15.	**D**
16.	**B**
17.	**A**
18.	**A**
19.	**B**
20.	**B**
21.	**B**
22.	**B**
23.	**A**
24.	**B**
25.	**B**
26.	**E**
27.:	C
28.	**B**
29.	**C**
30.	**D**
31.	**C**
32.	**D**
33.	**D**
34.	**E**
35:	**C**
36.:	**C**
37.:	**C**
38.	C
39.	**B**
40.	**B**
41.	**C**
42.	**B**
43.	**C**
44.	**A**
45.	**B**
46.	**C**
47.	**D**
48.	**C**
49.	**C**
50.	**A**
51.	**B**
52.	**C**

53.	**C**
54.	**D**
55.	**C**
56.	**C**
57.	**C**
58.	**B**

III неогнестрельные повреждения мягких тканей челюстнолицевой области.

1. Сочетанная травма это:
A. одновременная травма (бытовая, транспортная, уличная и др.);
B. одновременно возникшая травма двух и более органов, принадлежащих к различным анатомофункциональным системам;
C. одновременная уличная и дорожная травма;
D. одновременная травма костной системы и мягких тканей челюстнолицевой области, а также органов полости рта.

2. Ссадина это:
A. закрытое механическое повреждение мягких тканей без видимого нарушения их анатомической целостности;
B. механическое повреждение поверхностных слоев кожи или слизистой оболочки;
C. нарушение целостности кожи или слизистой оболочки на всю их толщину, вызванное механическим воздействием.

3. Как называется рана, при которой произошло раздавливание и разрыв тканей?
A. : ушибленная;
B. резаная;
C. колотая;
D. укушенная;
E. размозженная;
F. скальпированная.

4. Имеется ли несоответствие величины раны на коже и слизистой оболочке при сквозных повреждениях мягких тканей?:
A. нет, несоответствия нет;
B. раны на коже всегда больших размеров, чем на слизистой оболочке;
C. рана на слизистой оболочке всегда больших размеров, чем на коже.

5. Эпикантус это:
A. опущение верхнего века, которое собирается в складку;
B. горизонтальная кожная складка в области внутреннего угла глаза;
C. вертикальная кожная складка, прикрывающая медиальный угол глазной щели; рубцовый выворот кожи в области внутреннего угла глаза;
D. рубцовый выворот нижнего века в области медиального угла глазной щели.

6. «Скуловой синдром» это:
A. гиперестезия кожи в зоне иннервации скулолицевой и скуловисочной веточек второй ветви тройничного нерва;
B. гипестезия кожи в зоне иннервации скулолицевой и скуловисочной веточек второй ветви тройничного нерва;

C. перелом скуловой кости и дуги;
D. перелом только скуловой кости;
E. перелом только скуловой дуги.

7. Больной с ушибленной раной щечной области обратился к врачу за медицинской помощью. Из анамнеза установлено, что больной получил травму 26 часов тому назад. Травма бытовая. За медицинской помощью не обращался. Врач, осмотрев больного решает проведение хирургической обработки раны. Назовите, какая обработка будет проводиться у этого больного?:
A. ранняя хирургическая обработка;
B. первичная отсроченная хирургическая обработка раны;
C. поздняя хирургическая обработка раны;
D. вторичная хирургическая обработка раны.

8. Вторичная хирургическая обработка раны это:
первая по счету обработка раны у больного; хирургическая обработка раны в первые 24 часа после ранения;
A. хирургическая обработка раны через 2448 часов после ранения;
B. хирургическая обработка раны через 48 часов после ранения;
C. хирургическая обработка по поводу изменений, связанных с развитием инфекции.

9. Когда проводят сшивание кожи со слизистой оболочки во время хирургической обработки раны?:
A. при ранении мягких тканей околоушножевательной области;
B. при больших сквозных дефектах в области щек;
C. при нагноившихся ранах мягких тканей щек или губ;
D. при вскрытии гнойных лимфаденитов.

10. При западении языка у больного возникает асфиксия:
A. обтурационная;
B. дислокационная;
C. стенотическая;
D. клапанная;
E. аспирационная.

11. При дислокационной асфиксии следует проводить:
A. трахеобронхоскопию;
B. прошить язык и фиксировать его к шее;
C. крикотомию;
D. коникотомию;
E. трахеоцентез;
F. коникоцентез;
G. трахеотомию.

12. Вскрытие гортани путем рассечения перстневидного хряща это:
A. коникотомия;
B. крикотрахеотомия;
C. крикотомия
D. ; коникоцентез;
E. трахеоцентез;
F. трахеотомия.

13. Пункция иглами участка гортани в промежутке между перстневидным и щитовидным хрящами для устранения асфиксии это:

A. крикотомия;
B. крикотрахеотомия;
C. коникотомия;
D. коникоцентез;
E. трахеоцентез;
F. трахеотомия.

14. Оптимального косметического эффекта при лечении ран на лице можно достигнуть в том случае, если линии швов проходят:

A. по направлению силовых линий;
B. перпендикулярно силовым линиям,
C. косо по отношению к силовым линиям;
D. направление силовых линий не имеет значения.

15. Укажите правильную последовательность формирования рубца:

A. набухание, уплотнение, эпителизация, размягчение;
B. уплотнение, эпителизация, набухание, размягчение;
C. эпителизация, набухание уплотнение, размягчение;
D. эпителизация, уплотнение, набухание, размягчение.

1.	B
2.	B
3.	E
4.	B
5.	C
6.	B
7.	B
8.	C
9.	B
10.	B
11.	B
12.	C
13.	D
14.	A
15.	C

IV. неогнестрельные переломы костей лицевого черепа

1. В среднюю зону лица включены следующие кости:

A. носа, верхняя челюсть, скуловая кость, орбита,
B. носа, верхняя челюсть, скуловая дуга, орбита;
C. носа, верхняя челюсть, скулового комплекса, орбиты;
D. носа, верхняя челюсть, клиновидная, скулового комплекса, орбиты;
E. носа, верхняя челюсть, решетчатая, клиновидная, скулового комплекса, орбиты.

2. Иммобилизация отломков лицевого скелета у больных с сочетанными краниофациальными повреждениями необходимо проводить:

A. как можно раньше после травмы;
B. не ранее, чем через 34 дня после травмы,

C. не ранее, чем через 7 дней после травмы;
D. не ранее, чем через 14 дней после травмы

3. Присутствие крови в верхнечелюстной пазухе при переломе верхней челюсти является ли показанием к гайморотомии?
A. является абсолютным показанием;
B. является относительным показанием;
C. не является показанием к гайморотомии.

4. Наличие в верхнечелюстной пазухе инородных тел и осколков кости при огнестрельных переломах верхней челюсти является ли показанием к обязательной гайморотомии:
A. является абсолютным показанием;
B. является относительным показанием;
C. не является показанием к гайморотомии.

5. Отличие «симптома очков» при изолированном переломе верхней челюсти и переломе костей основания черепа заключается:
A. в локализации кровоизлияний;
B. во времени его появления и распространенности;
C. по интенсивности (выраженности) окраски;
D. по распространенности и выраженности окраски.

6. При изолированных переломах верхней челюсти «симптом очков»:
появляется не ранее, чем через 12 часов после травмы и не выходит за пределы круговой мышцы глаза;
A. появляется сразу после травмы и имеет распространенный характер;
B. появляется не ранее, чем через 2448 часов после травмы и имеет распространенный характер;
C. появляется сразу после травмы и имеет ограниченный характер (не выходит за пределы круговой мышцы глаза).

7. При изолированных переломах костей основания черепа «симптом очков»:
A. появляется не ранее, чем через 12 часов после травмы и не выходит за пределы круговой мышцы глаза;
B. появляется сразу после травмы и имеет распространенный характер;
C. появляется не ранее, чем через 2448 часов после травмы и имеет распространенный характер
D. появляется сразу после травмы и имеет ограниченный характер (не выходит за пределы круговой мышцы глаза).

8. Назальная ликворея это:
A. ликворея, возникающая при переломе пирамиды височной кости;
B. ликворея через дефект твердой мозговой оболочки в области пластинки решетчатой кости или в месте перелома клиновидной кости;
C. ликворея, возникающая при переломе височной кости

9. Ушная ликворея это:
A. ликворея, возникающая при переломе пирамиды височной кости;
B. ликворея через дефект твердой мозговой оболочки в области пластинки решетчатой кости или в месте перелома клиновидной кости;
C. ликворея, возникающая при переломе височной кости.

10. При пробе двойного пятна в центре марлевой салфетки:
A. желтое пятно цереброспинальной жидкости, а по периферии марлевой салфетки
B. бурый венчик истекшей крови;
C. в центре марлевой салфетки бурое пятно от истекающей крови, а по периферии марлевой салфетки желтый венчик цереброспинальной жидкости.

11. Офтальмоплегия, птоз, отсутствие чувствительности верхнего века и кожи лба, расширенное и фиксированное положение зрачка это:
A. челюстноцеребральный синдром;
B. синдром верхней глазничной щели;
C. синдром I жаберной дуги;
D. синдром II жаберной дуги
E. скуловой синдром

12. Понижение чувствительности в зоне иннервации скулолицевой и скуловисочной ветвей II ветви тройничного нерва, параличи отдельных мимических мышц это:
A. челюстноцеребральный синдром;
B. синдром верхней глазничной щели;
C. синдром I жаберной дуги;
D. синдром II жаберной дуги;
E. скуловой синдром.

13. При переломе верхней челюсти по второму типу симптом ступеньки локализуется:
A. в подглазничной области;
B. в области скулочелюстного шва;
C. в скуловой области;
D. в подглазничной области и в области скулочелюстного шва;
E. в области альвеолярного отростка и подглазничной области.

14. Симптом, не являющийся характерным для изолированного перелома скуловой кости: западение мягких тканей скуловой области;
A. симптом «ступеньки» в средней части нижнего края глазницы,
B. симптом «ступеньки» в области скулоальвеолярного гребня
C. онемение кожи подглазничной области;
D. ограничение открывания рта, кровоизлияние в клетчатку орбиты и в склеру глаза;
E. кровотечение из носа

15. Смещение костей носа у его основания указывает на перелом:
A. костей носа,
B. лобных отростков верхней челюсти и костей носа;
C. глазницы,
D. носового отростка лобной кости,
E. перегородки носа.

16. Подкожная крепитация при повреждении костей носа свидетельствует о переломе: верхней челюсти с разрывом слизистой оболочки;
A. решетчатой кости с разрывом слизистой оболочки;
B. клиновидной кости;
C. перегородки носа,
D. лобной кости.

17. Носовая ликворея свидетельствует о переломе:
A. решетчатой кости или клиновидной кости;
B. лобной кости;
C. верхней челюсти;
D. височной кости;
E. теменной кости.

18. Медиальная стенка глазницы образуется:
A. лобным отростком верхнечелюстной кости, слезной костью, глазничной пластинкой решетчатой кости и телом клиновидной кости,
B. глазничной поверхностью скуловой кости и большими крыльями клиновидной кости;
C. глазничной частью лобной кости и малыми крыльями клиновидной кости;
D. скуловой костью и верхней челюстью, а в задней части
E. глазничной поверхностью одноименного отростка нёбной кости.

19. Латеральная стенка глазницы образуется:
A. лобным отростком верхнечелюстной кости, слезной костью, глазничной пластинкой решетчатой кости и телом клиновидной кости;
B. глазничной поверхностью скуловой кости и большими крыльями клиновидной кости;
C. глазничной частью лобной кости и малыми крыльями клиновидной кости;
D. скуловой костью и верхней челюстью, а в задней части
E. глазничной поверхностью одноименного отростка нёбной кости.

20. Верхняя стенка глазницы образуется:
A. лобным отростком верхнечелюстной кости, слезной костью, глазничной пластинкой решетчатой кости и телом клиновидной кости;
B. глазничной поверхностью скуловой кости и большими крыльями клиновидной кости;
C. глазничной частью лобной кости и малыми крыльями клиновидной кости,
D. скуловой костью и верхней челюстью, а в задней части
E. глазничной поверхностью одноименного отростка нёбной кости

21. Нижняя стенка глазницы образуется:
A. лобным отростком верхнечелюстной кости, слезной костью, глазничной пластинкой решетчатой кости и телом клиновидной кости,
B. глазничной поверхностью скуловой кости и большими крыльями клиновидной кости;
C. глазничной частью лобной кости и малыми крыльями клиновидной кости;
D. скуловой костью и верхней челюстью а в задней части глазничной поверхностью одноименного отростка нёбной кости.

22. Через верхнеглазничную щель в глазницу входит:
A. тройничный нерв,
B. глазодвигательный нерв
C. отводящий нерв,
D. блоковидный нерв
E. тройничныи и глазодвигательный нервы,
F. тройничный, глазодвигательный и отводящий нервы;
G. тройничный, глазодвигательный, отводящий и блоковидный нервы.

23. Через верхнеглазничную щель из глазницы выходит:
A. глазная артерия;
B. верхняя глазная вена;
C. нижняя глазная вена
D. зрительный нерв

24. В зрительном канале проходит:
A. зрительный нерв;
B. глазная артерия;
C. зрительный нерв и глазная артерия;
D. верхняя глазная вена;
E. нижняя глазная вена

25. Через нижнюю глазничную щель в орбиту проникает:
A. подглазничный нерв;
B. скуловой нерв;
C. подглазничный и скуловой нервы;
D. отводящий и блоковидный нервы,
E. тройничный и глазодвигательный нервы,
F. тройничный и отводящий нервы.

26. Через нижнюю глазничную щель из орбиты выходит:
A. глазная артерия;
B. верхняя глазная вена;
C. нижняя глазная вена;
D. зрительный нерв;
E. отводящий нерв;
F. глазодвигательный нерв.

27. При переломах орбиты развивается:
A. экзофтальм;
B. синдром верхней глазничной щели;
C. экзофтальм и синдром верхней глазничной щели;
D. экзофтальм, синдром верхней глазничной щели, диплопия, снижение зрения.

28. Оскольчатые переломы нижней стенки орбиты лечатся:
A. путем репонирования осколка;
B. репонируют осколки путем тугой тампонады йодоформным тампономверхнечелюстной пазухи на срок 7 дней;
C. репонируют осколки путем тугой тампонады йодоформным тампоном верхнечелюстной пазухи на срок 14 дней;
D. репонируют осколки путем тугой тампонады йодоформным тампоном верхнечелюстной пазухи на срок не менее 21 дня.

29. При костных дефектах нижней стенки глазницы необходимо проведение:
A. тугой тампонады йодоформным тампоном верхнечелюстной пазухи на разные сроки;
B. костная пластика аутокостью или аллопластическими материалами;
C. подвешивание глазного яблока к неповрежденной кости.

1.	C
2.	A

3.	C
4.	A
5.	B
6.	A
7.	A
8.	B
9.	A
10.	C
11.	B
12.	E
13.	D
14.	D
15.	B
16.	A
17.	A
18.	A
19.	B
20.	C
21.	D
22.	G
23.	B
24.	C
25.	C
26.	C
27.	D
28.	C
29.	B

V. заболевания и повреждения нервов челюстнолицевой области.

1. Лицевой нерв содержит в себе волокна какого предназначения?:

A. двигательные;
B. чувствительные;
C. вегетативные;
D. двигательные и чувствительные
E. двигательные и вегетативные;
F. чувствительные и вегетативные;
G. двигательные, чувствительные и вегетативные.

2. Невриты лицевого нерва бывают:

A. при нарушении целостности нерва;
B. без нарушения целостности нерва;
C. при нарушении целостности нерва и без нарушения целостности нерва.

3. Паралич мимических мышц это:

A. уменьшение силы и (или) амплитуды произвольных движений мышц;
B. увеличение силы и (или) амплитуды произвольных движений мышц;
C. полное отсутствие произвольных движений мышц;
D. полное отсутствие произвольных движений мышц с одновременными их гиперкинезами

4. Парез мимических мышц это:

A. уменьшение силы и (или) амплитуды произвольных движений мышц;

B. увеличение силы и (или) амплитуды произвольных движений мышц;

C. полное отсутствие произвольных движений мышц;

D. полное отсутствие произвольных движений мышц с одновременными их гиперкинезами.

5. Клиническая картина поражения лицевого нерва характеризуется:

A. парезом мимической мускулатуры,

B. параличом мимической мускулатуры;

C. парезом и параличом мимической мускулатуры;

D. парезом и параличом мимической мускулатуры, чувствительными расстройствами;

E. парезом и параличом мимической мускулатуры, чувствительными расстройствами и вегетативными нарушениями

6. Симптом БергараВартенберга при неврите лицевого нерва это:

A. при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной ресницы четко видны;

B. при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи;

C. больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;

D. при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются;

E. невозможно закрыть глаз на стороне поражения;

F. при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;

G. отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

7. Симптом Вартенберга при неврите лицевого нерва это:

A. при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной ресницы четко видны;

B. при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи;

C. больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;

D. при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются;

E. невозможно закрыть глаз на стороне поражения;

F. при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;

G. отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

8. Симптом Равильо при неврите лицевого нерва это:

A. при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной ресницы четко видны;

B. при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи;
C. больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;
D. при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются;
E. невозможно закрыть глаз на стороне поражения;
F. при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;
G. отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

9. Симптом Говерса при неврите лицевого нерва это:
A. при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой
B. стороне, а на пораженной ресницы четко видны;
C. при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи,
D. больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;
E. при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются;
F. невозможно закрыть глаз на стороне поражения,
G. при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;
H. отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

10. Симптом Цестана при неврите лицевого нерва это:
A. при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной ресницы четко видны,
B. при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи;
C. больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;
D. при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются;
E. невозможно закрыть глаз на стороне поражения,
F. при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;
G. отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

11. Симптом Белла при неврите лицевого нерва это:
A. при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной ресницы четко видны;
B. при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи;
C. больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;

D. при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются;
E. невозможно закрыть глаз на стороне поражения
F. при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;
G. отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

12. Симптом «ресниц» при неврите лицевого нерва это:
A. при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной ресницы четко видны;
B. при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно чтобы закрыть глазную щель и видно что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи,
C. больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;
D. при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются
E. невозможно закрыть глаз на стороне поражения,
F. при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном' сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;
G. отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

13. Синкинезии это:
A. гиперкинезы мимических мышц лица,
B. рефлекторное содружественное движение группы мышц, которое сопутствует движению определенной части лица;
C. прогрессирующая гемиатрофия половины лица;
D. гемигипертрофия части лица.

14. Веколобная синкинезия это:
A. непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба,
B. при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина;
C. при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи;
D. при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне;
E. при закрывании глаз наморщивается лоб.

15. Векогубная синкинезия это:
A. непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба,
B. при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина;
C. при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи;
D. при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне;
E. при закрывании глаз наморщивается лоб

16. Векоплатизмовая синкинезия это:
A. непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба;
B. при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина;
C. при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи;
D. при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне,
E. при закрывании глаз наморщивается лоб

17. Векоушная синкинезия это:

A. непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба;
B. при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина
C. при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи;
D. при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне;
E. при закрывании глаз наморщивается лоб.

18. Лобногубная синкинезия это:
A. непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба
B. при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина
C. при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи;
D. при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне;
E. при закрывании глаз наморщивается лоб.

19. Тест мигания при диагностике неврита
A. лицевого нерва это:
B. глаза мигают асинхронно;
C. при закрытых глазах пациента вибрация век на больной стороне отсутствует
D. больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны;
E. больной не может надуть щеки;
F. больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя зажмурить оба глаза одновременно может.

20. Тест вибрации век при диагностике неврита лицевого нерва это:
A. глаза мигают асинхронно
B. при закрытых глазах пациента вибрация век на больной стороне отсутствует;
C. больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны'
D. больной не может надуть щеки;
E. больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя зажмурить оба глаза одновременно может

21. Тест исследования круговой мышцы рта при обследовании больных невритом лицевого нерва это:
A. глаза мигают асинхронно,
B. при закрытых глазах пациента вибрация век на больной стороне отсутствует,
C. больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны;
D. больной не может надуть щеки;
E. больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя зажмурить оба глаза одновременно может.

22. Тест надутых щек при обследовании больных с невритом лицевого нерва это?:
A. глаза мигают асинхронно;
B. при закрытых глазах пациента вибрация век на больной стороне отсутствует;
C. больной слабо удерживает полоску бу маги углом губ пораженной стороны;
D. больной не может надуть щеки;
E. больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя зажмурить оба глаза одновременно может.

23. Тест на раздельное зажмуривание при обследовании больных с невритом лицевого нерва это:
A. глаза мигают асинхронно;
B. при закрытых глазах пациента вибрация век на больной стороне отсутствует;
C. больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны

D. больной не может надуть щеки;
E. больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя зажмурить оба глаза одновременно может.

24. Кантопластика это:
A. вскрытие нагноившегося слезного мешка;
B. рассечение наружной спайки век;
C. пластическая операция удлинения, расширения или сужения глазной щели;
D. рассечение внутренней спайки век;
E. пластика встречными треугольными лоскутами (при иссечении рубцов) в области наружного угла глаза;
F. пластика встречными треугольными лоскутами (при иссечении рубцов) в области внутреннего угла глаза.

25. Назовите, кто из врачей впервые описал, и в честь кого именуется заболевание, которое называется «прогрессирующая гемиатрофия лица»?:
A. Caldwell J.;
B. KazanjianV.;
C. Converse L.;
D. Parri C.H., Romberg M.H.;
E. Romberg M.H.;
F. LyerV.S.

26. Гемиатрофия лица протекает:
A. только как самостоятельное заболевание;
B. только как симптом основного заболевания;
C. как самостоятельное заболевание и как симптом основного заболевания

27. При прогрессирующей гемиатрофии лица наблюдается атрофия:
A. кожи;
B. кожи и подкожной клетчатки
C. кожи, подкожной клетчатки и мышц;
D. кожи, подкожной клетчатки, мышц и кости.

28. Изменяются ли волосы на стороне поражения при гемиатрофии лица?:
A. нет, не изменяются
B. волосы только депигментируются, но прочно находятся в волосяных луковицах;
C. волосы депигментируются и выпадают

29. Что происходит на пораженной стороне с жевательными мышцами при прогрессирующей гемиатрофии лица?:
A. ничего не происходит
B. они атрофируются;
C. они гипертрофируются;
D. жировое перерождение мышцы.

30. Если у больного наблюдается гемиатрофия лица с одной стороны, сочетающаяся с атрофией туловища и конечностей с другой стороны, то это заболевание называется?:
A. прогрессирующая гемиатрофия лица;
B. прогрессирующая атрофия лица;
C. перекрестная гемиатрофия.

31. У больных с прогрессирующей гемиатрофией лица имеется ли специфическое лечение?:

A. специфического лечения нет;
B. проводятся блокады звездчатого ганглия;
C. проводятся пластические операции.

1.	G
2.	C
3.	C
4.	A
5.	E
6.	G
7.	F
8.	E
9.	E
10.	C
11.	B
12.	A
13.	B
14.	E
15.	D
16.	C
17.	B
18.	A
19.	B
20.	B
21.	C
22.	D
23.	E
24.	C
25.	D
26.	C
27.	D
28.	C
29.	B
30.	C
31.	A

VI врожденные несращения верхней губы и неба.

1. К эндогенным причинам развития врожденных уродств лица следует отнести:

A. наследственность;
B. воздействие ионизирующей радиации;
C. воздействие патогенной микрофлоры;
D. воздействие медикаментов;
E. неполноценное питание;
F. воздействие термических факторов;
G. гипоксия;
H. травма живота в ранние сроки беременности.

2. К эндогенным причинам развития врожденных уродств лица следует отнести:
A. биологическая неполноценность половых клеток;
B. воздействие ионизирующей радиации;
C. воздействие патогенной микрофлоры;
D. воздействие медикаментов;
E. неполноценное питание;
F. воздействие термических факторов;
G. гипоксия;
H. травма живота в ранние сроки беременности.

3. К эндогенным причинам развития врожденных уродств лица следует отнести:
A. перенесенные матерью в первые месяцы беременности инфекционные заболевания;
B. воздействие ионизирующей радиации;
C. воздействие патогенной микрофлоры;
D. воздействие медикаментов;
E. неполноценное питание;
F. воздействие термических факторов;
G. гипоксия;
H. травма живота в ранние сроки беременности.

4. Формирование неба происходит в течение:
A. 1 2 месяца развития плода;
B. 23 месяца развития плода;
C. 45 месяца развития плода;
D. 67 месяца развития плода.

5. Верхняя губа окончательно формируется в конце:
A. первого месяца развития плода;
B. второго месяца развития плода;
C. третьего месяца развития плода;
D. четвертого месяца развития плода;
E. пятого месяца развития плода.

6. Нижняя губа образуется в конце:
A. первого месяца развития плода;
B. второго месяца развития плода;
C. третьего месяца развития плода;
D. четвертого месяца развития плода;
E. пятого месяца развития плода.

7. Скрытое несращение верхней губы это:
A. втянутая линейная борозда на коже губы и выемка на красной кайме;
B. дефект мягких тканей верхней губы, который не доходит до нижнего отдела носового отверстия;
C. имеется дефект верхней губы по всей высоте, который захватывает нижний отдел носового отверстия.

8. Неполное (частичное) несращение верхней губы это:
A. втянутая линейная борозда на коже губы и выемка на красной кайме;

B. дефект мягких тканей верхней губы, который не доходит до нижнего отдела носового отверстия;
C. имеется дефект верхней губы по всей высоте, который захватывает нижний отдел носового отверстия

9. Полное несращение верхней губы это:
A. втянутая линейная борозда на коже губы и выемка на красной кайме;
B. дефект мягких тканей верхней губы, который не доходит до нижнего отдела носового отверстия;
C. имеется дефект верхней губы по всей высоте, который захватывает нижний отдел носового отверстия

10. У ребенка 2х лет имеется линейная бороздка на коже верхней губы, а также выемка на красной кайме. Какой диагноз установите в этом случае?
A. скрытое несращение верхней губы;
B. неполное (частичное) несращение верхней губы;
C. полное несращение верхней губы

11. У ребенка 3х лет имеется врожденный дефект мягких тканей верхней губы, который не доходит до нижнего отдела носового отверстия. Какой диагноз установите в этом случае?
A. скрытое несращение верхней губы;
B. неполное (частичное) несращение верхней губы;
C. полное несращение верхней губы.

12. У ребенка 1го года имеется врожденный дефект мягких тканей верхней губы, который проходит по всей ее высоте и захватывает нижний отдел носового отверстия. Какой диагноз установите в этом случае?
A. скрытое несращение верхней губы;
B. неполное (частичное) несращение верхней губы;
C. полное несращение верхней губы.

13. Неполное несращение неба это:
A. несращение неба захватывает язычок или язычок и мягкое небо, а в некоторых случаях даже частично твердое небо, но не проходит через альвеолярный отросток;
B. дефект проходит через альвеолярный отросток, твердое и мягкое небо.

14. Полное несращение неба это:
A. несращение неба захватывает язычок или язычок и мягкое небо, а в некоторых случаях даже частично твердое небо, но не проходит через альвеолярный отросток;
B. дефект проходит через альвеолярный отросток, твердое и мягкое небо.

15. У ребенка 2х лет имеется несращение неба, которое захватывает мягкое небо и твердое небо, но не проходит через альвеолярный отросток. Какой диагноз Вы установите в этом случае?
A. изолированное неполное несращение неба,
B. изолированное полное несращение неба;
C. комбинированное несращение неба.

16. У ребенка 2х лет имеется врожденный дефект мягкого и твердого неба, который проходит через альвеолярный отросток верхней челюсти. Мягкие ткани губы без деформаций. Установите диагноз в этом случае:

A. изолированное неполное несращение неба;
B. изолированное полное несращение неба;
C. комбинированное несращение неба.

17. У ребенка 2х лет имеется врожденный дефект верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба. Какой диагноз установите в этом случае?
A. изолированное неполное несращение неба;
B. изолированное полное несращение неба;
C. комбинированное несращение неба

18. Лечение больных с врожденными несращениями верхней губы и неба должно быть:
хирургическим;
A. ортодонтическим;
B. хирургическим и ортодонтическим;
C. хирургическим, ортодонтическим и логопедическим.

19. Какой возраст является наиболее оптимальным для проведения первичной хейлопластики?
A. месячный возраст ребенка;
B. 612 месяцев;
C. 12 года;
D. 34 года;
E. 57 лет.

20. У ребенка 11 месяцев установлен диагноз одностороннее изолированное неполное несращение верхней губы. Каким методом необходимо проводить первичную хейлопластику этому ребенку?
A. Орловского;
B. ЛимбергаОбуховой;
C. Семенченко;
D. Милларда.

21. У ребенка 11 месяцев установлен диагноз одностороннее изолированное частичное несращение верхней губы. Каким методом необходимо проводить первичную хейлопластику этому ребенку?
A. Обуховой;
B. ЛимбергаОбуховой,
C. Семенченко;
D. Милларда.

22. Наиболее оптимальный возраст для проведения первичной уранастафилопластики:возраст ребенка
A. до одного года;
B. дошкольный возраст;
C. младший школьный;
D. старший школьный.

23. У ребенка при рождении установили диагноз изолированное несквозное несращение неба. В каком возрасте Вы будете рекомендовать родителям оперировать этого ребенка?
A. в возрасте до года;

B. в дошкольном возрасте;
C. в младшем школьном возрасте;
D. в старшем школьном возрасте.

24. Как называется пластическая операция устранения дефекта твердого неба?
A. уранопластика;
B. стафилопластика;
C. стафилорафия;
D. ураностафилопластика.

25. Как называется пластическая операция устранения дефекта мягкого неба?
A. уранопластика;
B. стафилопластика;
C. стафилорафия;
D. ураностафилопластика.

26. Как называется пластическая операция устранения дефекта твердого и мягкого неба?
A. уранопластика;
B. стафилопластика;
C. стафилорафия;
D. ураностафилопластика.

1.	A
2.	A
3.	A
4.	B
5.	B
6.	A
7.	A
8.	B
9.	C
10.	A
11.	B
12.	C
13.	A
14.	B
15.	A
16.	B
17.	C
18.	C
19.	B
20.	A
21.	A
22.	B
23.	B
24.	A
25.	B
26.	D

VII Эстетическая хирургия головы и шеи.

1. Методика пластики встречными треугольными лоскутами:
A. Аббе

B. Миларда
C. Седилло
D. Лимберга
E. Лапчинского

2. Верхней границей скуловой области является:
A. скуловисочный шов
B. скулолобный шов
C. передневерхний отдел щечной области
D. передненижний отдел височной области
E. нижний край глазницы

3. Нижнюю микрогнатию устраняют:
A. по Кохеру
B. по Бильроту
C. костной пластикой
D. пластикой лоскутом Филатова
E. свободной пересадкой кожи с клетчаткой

4. Полнослойный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности
A. тыла стопы
B. боковой поверхности шеи
C. наружной бедра
D. передней живота
E. внутренней плеча

5. Наиболее частой причиной ятрогенной седловидной деформации носа является:
A. Реконструкция хрящевого отдела носа
B. Остеотомия и репозиция костей носа
C. Сочетание подслизистой резекции перегородки носа и реконструкции костного отдела носа

6. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами:
A. мостовидными
B. опрокидывающимися
C. удвоеными по Рауэру
D. встречными треугольными

7. Опрокидывающиеся лоскуты используют для:
A. Устранения выворота век
B. Устранения дефектов кожи
C. Закрытия линейных разрезов
D. Создания внутренней выстилки

8. Продолжительность пластики тотального дефекта носа по Хитрову без учета коррегирующих операций:
A. 3 недели
B. 3 месяца
C. 6 месяцев

9. Толщина свободного кожного лоскута по Тиршу составляет мм:
A. 0,2 – 0,4

B. 0,5 – 0,6
C. 0,6 – 0,7
D. 0,8 – 1,0

10. Пересадку кожи на ожоговую рану без предшествующей некрэктомии производят:
A. Как можно позже
B. Как можно раньше
C. На 5 сутки после ожога
D. С момента эпителизиции
E. После отторжения струпа и развития грануляций

11. Расщепленный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности
A. Тыла стопы
B. Боковой шеи
C. Наружного бедра
D. Передней живота
E. Внутренней плеча

Перечень верных ответов.

1.	D
2.	B
3.	C
4.	E
5.	C
6.	C
7.	D
8.	C
9.	A
10.	E
11.	E

Перечень контрольных вопросов по теме 4
1. Основные принципы и виды современной цервикопластики. Отбор пациентов, профилактика осложнений.
2. Вертикальное деление лица на овалы. Границы. Объёмное старение лица. Варианты коррекции.
3. Прикладная анатомия верхнего века. Обоснование доступов при верхней блефаропластике.
4. Кантопексия. Показания и противопоказания. Техника различных видов кантопексии.
5. Понятие SMAS лоскута. Техника подъема SMAS, векторы перемещения и точки фиксации.
6. Манипуляции со SMAS при лифтинге боковых отделов лица и шеи: прикладная анатомия, основные виды вмешательств, отбор пациентов.
7. Лифтинги боковых отделов лица с «вертикальным вектором» подъёма. Короткорубцовые» лифтинги: показания, противопоказания, основные принципы проведения.
8. Верхняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания. Современная концепция хирургического омоложения верхних век. Осложнения, их профилактика.
9. Прикладная анатомия нижнего века. Ламелы. Связки.

10. Вектор орбиты. Разделение круговой мышцы глаза. Жировые пакеты нижнего века. Анатомическое объяснение доступов при нижней блефаропластике.
11. Нижняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания. Современная концепция хирургического омоложения нижних век. Осложнения, их профилактика.
12. Возрастные изменения лица и шеи: характеристика, оценка, общие принципы коррекции.
13. Фронто-темпоро-орбито-малярный лифтинг (ФТМОЛ): современная концепция, принципы отбора пациентов, профилактика осложнений.
14. Ботулотоксин. Принцип действия. Препараты на современном рынке. Принципы разведения. Шприцы. Расчет единиц в шприце. Определение точек для инъекции в области верхней трети лица и периорбитальной области.
15. Оценка возрастных изменений тканей периорбитальной области. Принципы хирургической коррекции. Основные виды оперативных вмешательств.
16. Строение и функции кожи. Особенности кожи лица
17. Анатомо-функциональные особенности лица с точки зрения пластической хирургии
18. Основные «опасные» зоны лица
19. Диагностика и анализ дефектов в области лица и шеи
20. Местная пластика: определение, виды, особенности местнопластических операций в области лица и шеи
21. Пластика треугольными лоскутами: виды, показания, особенности проведения в области лица и шеи
22. Основные способы закрытия треугольного, круглого, четырёхугольного изъянов. Особенности планирования операции в области лица.
23. Свободная кожная пластика, нереваскуляризированные лоскуты: виды, показания к использованию, биологические основы их применения, донорские зоны, особенности планирования и проведения операции в области лица и шеи
24. Обоснования для проведения восстановительных операций в области лица с помощью лоскутов на временных питающих ножках. Классификация лоскутов, биологические основы их применения
25. Изъяны губ: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
26. Операция Эстляндера.
27. Операция Аббе.
28. Изъяны щёк: классификации изъянов, основные способы закрытия.
29. Изъяны наружного носа: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
30. Методы устранения приобретённых тотальных и субтотальных изъянов носа
31. Операция Суслова
32. Изъяны век: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
33. Изъяны ушных раковин: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
34. Операции при тотальных и субтотальных изъянах ушных раковин.
35. Возможности проведения экспандерной дермотензии для устранения изъянов в области головы и шеи. Показания и ограничения.
36. Коррекция перегородки носа в общем плане хирургической коррекции носа. Влияние формы перегородки на строение наружного носа. Коррекция верхнего отдела перегородки при сколиозе носа.
37. Методы коррекции деформации перегородки носа (техника «качающейся двери», метод диска, метод насечек, экстракорпореальная пластика перегородки носа).

38. Способы восстановления носового дыхания (коррекция перегородки носа, пластика носовых раковин, коррекция носовых клапанов), профилактика образования синящий полости носа.
39. Перфорация носовой перегородки, клинические проявления, способы коррекции.
40. Методы количественной оценки носа в фас и профиль (основные точки, линии, углы, индексы), приемы оптической коррекции формы носа.
41. Принцип «треножника» при планировании коррекции кончика носа, способы изменения профильной линии кончика носа.
42. Способы коррекции ширины подвижной части носа, профилактика осложнений эстетического и функционального характера.
43. Реконструкция концевого отдела носа, понятие об эстетических единицах носа, основные техники при восстановлении кожи, слизистой оболочки, опорных структур.
44. Реконструкция опорных структур пирамиды носа, способы коррекции сквозных дефектов скатов носа.
45. Уменьшающая ринопластика, основные приемы коррекции, особенности хирургической тактики у пациентов с разной толщиной мягкотканного компонента.
46. Принципы выполнения вторичной ринопластики, основные задачи и способы их решения.
47. Применение хрящевых трансплантатов в ринопластике. Особенности их использования при вторичных и первичных вмешательствах.
48. Нехирургические способы коррекции формы носа (филлеры, жир, ботокс) показания, осложнения.
49. Способы коррекции назолабиального комплекса (крылья носа, основание ноздрей, колюмеллы, свободного края крыла).
50. Предоперационная оценка наружного носа и внутриносовых структур, принципы планирования хирургического вмешательства.
51. Способы коррекции профильной линии спинки носа, понятие о точке ротации линии спинки носа.

Тема 5 Врожденные и приобретенные нарушения контуров туловища и конечностей

(ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11; УК-1; УК-12, УК-3)

Перечень тестовых вопросов

I Реконструктивная хирургия туловища и конечностей.

1. Способ лечения, являющийся основным при переломе лучевой кости в типичном месте:

A. иммобилизационный (гипсовая повязка);
B. функциональный;
C. оперативный;
D. при помощи компрессионно-дистракционного аппарата;
E. иммобилизация эластичным бинтом.

2. Выделите определяющий клинический признак вывиха в любом суставе:

A. расслабление мышц, окружающих сустав;
B. напряжение мышц, окружающих сустав;
C. «пружинящее сопротивление» при попытке пассивных движений;
D. деформация сустава;
E. удлинение или укорочение вывихнутого сегмента.

3. Выделите клинические симптомы, абсолютные для перелома кости:

A. патологическая подвижность и крепитация костных отломков;
B. отечность и кровоизлияние в мягкие ткани;
C. локальная болезненность и нарушение функции;

D. деформация конечности;
E. гиперемия в области перелома.

4. Укажите наиболее вероятную причину несращения перелома кости:

A. кратковременность иммобилизации;
B. частые смены гипсовой повязки;
C. наличие интерпозиции мягких тканей между отломками;
D. перерастяжение отломков на скелетном вытяжении;
E. сохраняющееся смещение между отломками.

5. Назовите основное показание к иммобилизационному методу лечения переломов костей посредством наложения гипсовой повязки:

A. закрытый перелом;
B. оскольчатый перелом;
C. перелом без смещения костных фрагментов;
D. открытый перелом.

6. Когда следует сделать контрольную рентгенограмму с переломом после наложения гипсовой повязки?

A. сразу после наложения гипса;
B. через сутки, после высыхания гипсовой повязки;
C. после спадения травматического отека на конечности;
D. через три месяца после перелома.

7. После падения на левую руку больной ощущает боль, припухлость на границе нижней трети и средней трети плеча. Здесь же подвижность и костный хруст. Левая кисть «свисает», активное разгибание пальцев кисти и кисти отсутствует, первый палец кисти не отводится. Какое осложнение перелома плеча можно предположить?

A. разрыв двуглавой мышцы плеча;
B. повреждение лучевого нерва;
C. повреждение локтевого нерва;
D. повреждение срединного нерва;
E. повреждение мышц предплечья.

8. При переломе лучевой кости в типичном месте может повреждаться:

A. Длинный разгибатель большого пальца
B. Разгибатель указательного пальца
C. Длинный сгибатель большого пальца
D. Короткий лучевой разгибатель кисти
E. Длинный лучевой разгибатель кисти

9. При переломах лучевой кости в типичном месте в качестве иммобилизации используется:

A. Тыльный гипсовый лангет
B. Круглая гипсовая повязка до локтевого сустава
C. Круглая гипсовая повязка до нижней трети плеча
D. Ладонный гипсовый лангет
E. Тыльный и ладонный гипсовый лангет

10. В понятие "растяжение связок " входит:

A. Частичный надрыв связочного аппарата
B. Полный разрыв связок
C. Отрыв связок от места прикрепления
D. Отрыв связок с местом прикрепления
E. Отрыв связочного аппарата с разрывом мышц

11. Клиническая картина воспаления мышцы складывается из следующих симптомов: 1. Снижение функции конечности 2. Боли 3. Лимфаденита и лимфангоита 4. Отека сегмента конечности 5. Защитной контрактуры конечности

A. Верно 1,2,3,4

B. Верно 1,3,4,5
C. Верно 1,2,4,5
D. Верно 2,3,4,5
E. Верно 1,2,3,4,5

12. Какое вынужденное положение занимает верхняя конечность при разрыве лучевого нерва (n. radialis) в области локтевого сустава (art. cubiti)?
A. «кисть для поцелуя»
B. «обезьянья кисть»
C. «когтистая кисть»
D. «птичья кисть»
E. «рука акушера»

13. Назовите клетчаточные пространства ладони (palma manus):
A. латеральное клетчаточное пространство ладони
B. медиальное клетчаточное пространство ладони
C. срединное ладонное ложе
D. пространство Пирогова–Парона
E. подкожно–жировая клетчатка

14. Назовите мышцы возвышения большого пальца (hypotenor), иннервируемые срединным нервом(n.medianus):
A. мышца, противопоставляющая большой палец кисти (m. opponens pollicis)
B. короткий сгибатель большого пальца, поверхностная головка (m. flexor pollicis brevis, caput superficialis)
C. короткий сгибатель большого пальца, глубокая головка (m. flexor pollicis brevis, caput profundum)
D. короткая мышца, отводящая большой палец кисти (m. abductor pollicis brevis)
E. мышца, приводящая большой палец кисти (m. adductor pollicis)

15. Перечислите сухожилия мышц, проходящих в запястном канале (canalis carpalis):
A. поверхностный сгибатель пальцев (m. flexor digitorum superficialis)
B. глубокий сгибатель пальцев (m. flexor digitorum profundus)
C. длинный сгибатель большого пальца (m. flexor pollicis longus)
D. лучевой сгибатель запястья (m. flexor carpi radialis)
E. локтевой сгибатель запястья (m. flexor carpi ulnaris)

16. Что проходит в локтевом канале запястья(canalis carpalii ulnaris):
A. локтевой сгибатель запястья (m. flexor carpi ulnaris)
B. локтевой нерв (n. ulnaris)
C. локтевая артерия (a. ulnaris)
D. локтевая вена (v. ulnaris)
E. мышца, отводящая мизинец (m. abductor digiti minimi)

17. Что такое "запретная зона" для хирурга в области кисти:
A. отхождение ветви срединного нерва (n. medianus) к мышцам возвышения большого пальца (thenar)
B. проксимальная половина возвышения большого пальца (thenar)
C. второй межпальцевой промежуток
D. проксимальная половина возвышения мизинца (hypo thenar)
E. отхождение ветви локтевого нерва (n.ulnaris) к мышцам возвышения мизинца (hypothenar)

18. В какое клетчаточное пространство кисти распространяется гной из подкожно–жировой клетчатки ладони через комиссуральные отверстия:
A. подсухожильное клетчаточное пространство ладони
B. пространство Пирогова–Парона
C. подапоневратическое клетчаточное пространство ладони

D. глубокое субпекторальное пространство
E. срединное ладонное ложе

19. Перечислите пальцы, синовиальные влагалища сухожилий мышц которых заканчиваются в нижней трети предплечья:
A. мизинец кисти
B. четвертый палец кисти
C. третий палец кисти
D. второй палец кисти
E. большой палец кисти

20. Перечислите пути гноя при флегмоне латерального клетчаточного пространства ладони (thenar):
A. пространство Пирогова–Парона
B. большой палец кисти (pollex)
C. срединно–ладонное ложе
D. поверхностное субпекторальное пространство
E. медиальное клетчаточное пространство ладони (hypothenar)

21. Укажите, для чего применяют швы Кюнео, Казакова и Розова:
A. шов нерва
B. шов мелких сосудов
C. циркулярный сосудистый шов
D. сухожильный шов
E. сухожильный шов сгибателя пальцев

22. Укажите, где следует производить разрез для вскрытия флегмоны латерального клетчаточного пространства ладони:
A. на 1–2 см параллельно и латерально от складки tenor
B. по складке thenar
C. через тыл кисти
D. на 1–2 см параллельно и медиально от складки thenar
E. через пространство Пирогова–Парона

23. Укажите, где производят разрез при вскрытии комиссуральной флегмоны кисти:
A. продольный разрез между головками пястных костей на ладонной поверхности кисти
B. П–образный разрез у основания ногтя
C. дугообразный разрез по Клаппу
D. крестообразный разрез на ладонной поверхности ногтевой фаланги
E. разрез по Канавеллу

24. Укажите, через какие мышечно–фасциальные ложа ладонной поверхности кисти можно попасть в срединное фасциальное ложе при вскрытии флегмоны:
A. через возвышение большого пальца (thenar)
B. через возвышение мизинца (hypothenar)
C. через переднее мышечно– фасциальные ложе предплечья
D. через заднее мышечно– фасциальные ложе предплечья
E. разрез по Канавеллу

25. Где производят разрезы на пальцах кисти при тендовагинитах:
A. на ладонной поверхности кожи пальцев кисти
B. по передней боковой поверхности проксимальной фаланги (phalanxproximalis) на всю длину
C. по межфаланговой складке кожи пальцев кисти
D. дугообразный разрез по Клаппу
E. разрез по Канавеллу

26. Укажите, что должно быть видно в глубине раны при правильно вскрытом тендовагините:
A. проксимальная фаланга (phalanxproximalis)

B. подкожная жировая клетчатка
C. синовиальное влагалище сухожилий сгибателей пальцев кисти (vag. synovialiscommunismm. flexorum)
D. собственный ладонный пальцевой нерв (n. digitalespalmaresproprii)
E. ладонная пальцевая артерия (a. digitalispalmarisproprii)

27. Укажите, на каких поверхностях средней и основной фаланг II-IV пальцев кисти делают разрезы при тендовагините?

A. на боковых
B. на ладонной
C. на тыльной
D. крестообразный разрез на ладонной поверхности
E. возможны все варианты

28. С чем сообщается через комиссуральные отверстия ладонного апоневроза подкожная клетчатка ладони?

A. с подапоневротическим клетчаточным пространством ладони
B. с подсухожильными клетчаточными пространствами ладони
C. с синовиальными влагалищами II-Vпальцев
D. с клетчаточным пространством Пирогова
E. с футлярами червеобразных мышц

29. Что такое V-образная флегмона?

A. гнойный тендобурсит IиVпальцев
B. гнойный тендовагинит IIиIVпальцев
C. гнойный тендовагинит IIиIIIпальцев
D. гнойное поражение межмышечных промежутков возвышения IиVпальцев
E. все вышеприведенные элементы

30. Чем объясняется необходимость срочного оперативного вмешательства при гнойном тендовагините сухожилий сгибателей II,III,IVпальцев?

A. возможностью распространения гноя в клетчаточное пространство Н.И.Пирогова
B. возможностью перехода процесса на костные ткани
C. возможностью некроза сухожилий вследствие сдавления их брыжейки
D. возможностью развития сепсиса
E. возможностью восходящего распространения гноя по клетчаточным пространствам верхней конечности

31. Где можно определить пульсацию плечевой артерии?

A. у наружного края двуглавой мышцы плеча
B. у места прикрепления к плечевой кости дельтовидной мышцы
C. у внутреннего края дельтовидной мышцы
D. на середине медиальной поверхности плеча
E. пульсация артерии не может быть пропальпирована на плече

32. На какой поверхности предплечья делают разрезы при вскрытии флегмоны клетчаточного пространства Н.И.Пирогова?

A. на передней
B. на задней
C. только на латеральной
D. только на медиальной
E. на боковых поверхностях предплечья

33. Повреждением какого образования может осложниться разрез в области запретной зоны кисти?

A. повреждение сухожилий сгибателей пальцев

B. повреждение сухожилия длинного сгибателя
большого пальца кисти
C. повреждение двигательной ветви срединного нерва
с нарушением противопоставления большого пальца
D. повреждение поверхностной артериальной ладонной дуги
E. повреждение мышц возвышения большого пальца

34. Повреждение какого нерва сопровождается вялым параличом мышц, разгибающих пальцы и кисть?

A. ramus superficialis nervi radialis;
B. nervus medianus;
C. nervus interosseus;
D. ramus profundus nervi radialis;
E. nervus ulnaris.

35. Какой нерв расположен на передней поверхности нижней трети предплечья и по своему виду может быть принят за сухожилие?

A. nervus medianus;
B. nervus ulnaris;
C. ramus superficialis nervi radialis;
D. ramus profundus nervi radialis;
E. nervus interosseus.

36. Укажите, какое положение принимает верхняя конечность при повреждении лучевого нерва на уровне средней трети плеча:

A. «рука акушера»;
B. «когтистая лапа»;
C. «кисть обезьяны»;
D. «рука нищего»;
E. «плеть».

37. больной 26 лет поступил в клинику с жалобами на отек, боли и чувство тяжести в правой руке. при осмотре определяется отек правой верхней конечности, разница периметров на плече составила 5 см, на предплечье - 2 см. кисть и предплечье синюшного цвета, цианоз значительно усиливается при опускании руки. поверхностные вены плеча и редплечья усиленно контурируются, напряжены. артериальная пульсация на всем протяжении конечности отчетливая. укажите лечебные мероприятия, которые могут выполняться при данной патологии: а) антикоагулянтная терапия; б) тромболитическая терапия; в) тромбэктомия из подключичной вены; г) имплантация про-тивоэмболического фильтра в верхнюю полую вену; д) пликация подключичной вены механическим швом. выберите правильную комбинацию ответов:

A. а, б, в;
B. а, в, г;
C. б, г, д;
D. в, г, д;
E. все ответы верны.

38. на прием к хирургу в поликлинику пришла больная 56 лет с жалобами на боли в правом лучезапятстном суставе. 3 часа назад упала на правую кисть. что при этом является специфическим для диагностики перелома ладьевидной кости?

A. боли при активных и пассивных движениях в лучезапястном суставе;
B. отек сустава;
C. боли при надавливании на область анатомической табакерки;
D. крепитация;
E. лимфангиит.

39. после падения на левую руку больной ощущает боль, припухлость на границе нижней трети и средней трети плеча. здесь же подвижность и костный хруст. левая кисть «свисает», активное разгибание пальцев кисти и кисти отсутствует, первый палец кисти не отводится. какое осложнение перелома плеча можно предположить?
A. разрыв двуглавой мышцы плеча;
B. повреждение лучевого нерва;
C. повреждение локтевого нерва;
D. повреждение срединного нерва;
E. повреждение мышц предплечья.
40. повреждение какого нерва сопровождается вялым параличом мышц, разгибающих пальцы и кисть?
A. ramus superficialis nervi radialis;
B. nervus medianus;
C. nervus interosseus;
D. ramus profundus nervi radialis;
E. nervus ulnaris.
41. Укажите мышцы возвышения большого пальца кисти:
A. мышца, противопоставляющая большой палец кисти
B. короткий сгибатель большого пальца кисти
C. первая тыльная межкостная мышца
D. короткий разгибатель большого пальца кисти
42. Укажите сухожилия мышц, которые проходят в общем синовиальном влагалище сгибателей запястья:
A. сухожилие длинного сгибателя большого пальца кисти
B. сухожилие лучевого сгибателя запястья
C. сухожилие поверхностного сгибателя пальцев
D. сухожилие глубокого сгибателя пальцев
43. Укажите сухожилия мышц-разгибателей, которые находятся в четвертом костно-фиброзномканале запястья (счет от латерального края кисти):
A. сухожилие длинного разгибателя большого пальца кисти
B. сухожилие разгибателя мизинца
C. сухожилие разгибателя пальцев
D. сухожилие разгибателя указательного пальца
44. Укажите мышцы возвышения мизинца:
A. латеральная червеобразная мышца
B. короткая ладонная мышца
C. мышца, отводящая мизинец
D. мышца, противопоставляющая мизинец
45. Укажите мышцы-разгибатели, сухожилия которых проходят в первом костно-фибро-зном канале запястья:
A. длинная мышца, отводящая большой палец кисти
B. мышца — длинный лучевой разгибатель запястья
C. мышца — длинный разгибатель большого пальца кисти
D. мышца — короткий разгибатель большого пальца кисти
46. Укажите мышцы, сухожилия которых проходят в третьем костно-фиброзномканале запястья:
A. сухожилия мышцы — длинного разгибателя большого пальца кисти
B. сухожилие разгибателя пальцев
C. сухожилие разгибателя указательного пальца
D. сухожилие локтевого разгибателя запястья
47. Какие кости запястья находятся в его проксимальном ряду?

A. головчатая кость;
B. ладьевидная кость;
C. полулунная кость;
D. трехгранная кость.

48. Какие из костей запястья участвуют в образовании сустава с первой пястной костью (большого пальца)?

A. кость-трапеция;
B. крючковидная кость;
C. трапециевидная кость;
D. ладьевидная кость.

49. Какие кости участвуют в образовании лучезапястного сустава?

A. гороховидная кость;
B. трехгранная кость;
C. ладьевидная кость;
D. лучевая кость.

50. Какие движения возможны в лучезапястном суставе?

A. вращение лучевой кости;
B. вращение локтевой кости;
C. сгибание и разгибание кисти;
D. отведение и приведение кисти.

51. Какие кости участвуют в образовании среднезапястного сустава?

A. ладьевидная кость;
B. головчатая кость;
C. гороховидная кость;
D. крючковидная кость.

52. Укажите связки, укрепляющие межзапястные суставы.

A. лучистая связка запястья;
B. ладонные межзапястные связки;
C. тыльные межзапястные связки;
D. межкостные межзапястные связки.

53. К каким суставам (по строению) относятся запястно-пястные суставы?

A. к сложным суставам;
B. к простым суставам;
C. к комплексным суставам;
D. к комбинированным суставам.

54. К каким суставам (по форме) относится запястно-пястный сустав большого пальца кисти?

A. к цилиндрическим суставам;
B. к седловидным суставам;
C. к эллипсоидным суставам;
D. к шаровидным суставам.

55. К каким суставам (по форме) относятся межфаланговые суставы кисти?

A. к цилиндрическим суставам;
B. к шаровидным суставам;
C. к блоковидным суставам;
D. к плоским суставам.

56. Какие движения возможны в запястно-пястном суставе большого пальца кисти?

A. сгибание и разгибание;
B. приведение и отведение;
C. круговое движение;
D. противопоставление.

57.Укажите пальцы руки, где сухожилия сгибателей пальцев имеют собственное, изолированное от общего, синовиальное влагалище.
A. 5-й палец;
B. 4-й палец;
C. 3-й палец;
D. 2-й палец.
58. Укажите мышцы, образующие поверхностный слой передней группы мышц предплечья.
A. поверхностный сгибатель пальцев кисти;
B. локтевой сгибатель запястья;
C. круглый пронатор;
D. лучевой сгибатель запястья.
59. Укажите, на каких костях начинается мышца - круглый пронатор.
A. медиальный надмыщелок плеча;
C. латеральный надмыщелок плеча;
D. медиальная межмыщелковая перегородка плеча;
E. венечный отросток локтевой кости.
60. Укажите, к каким костям прикрепляется мышца - глубокий сгибатель пальцев.
A. проксимальная фаланга 2-5 пальцев;
B. дистальная фаланга 2-5 пальцев;
C. средняя фаланга 2-5 пальцев;
D. 2-5 пястные кости.
61. Укажите, к каким костям прикрепляются мышцы - длинный и короткий лучевые разгибатели запястья.
A. ладьевидная кость;
B. первая пястная кость;
C. вторая пястная кость;
D. третья пястная кость.
62. Укажите кости, к которым прикрепляется мышца - разгибатель пальцев.
A. дистальная фаланга 2-5 пальцев;
B. 2-5 пястные кости;
C. средняя фаланга 2-5 пальцев;
D. проксимальная фаланга 2-5 пальцев.
63. К каким костям прикрепляется короткий разгибатель большого пальца кисти?
A. 1-ая пястная кость;
B. основание проксимальной фаланги большого пальца;
C. дистальная фаланга большого пальца;
D. головка проксимальной фаланги большого пальца.
64. Укажите мышцы возвышения большого пальца кисти.
A. мышца, противопоставляющая большой палец кисти;
B. короткий сгибатель большого пальца кисти;
C. первая тыльная межкостная мышца;
D. короткий разгибатель большого пальца кисти.
65. Какие части имеет мышца - короткий сгибатель большого пальца кисти?
A. косая головка;
B. поверхностная головка;
C. поперечная головка;
D. глубокая головка.
66. Укажите сухожилия мышц, которые проходят в общем синовиальном влагалище сгибателей запястья.
A. сухожилие длинного сгибателя большого пальца кисти;
B. сухожилие лучевого сгибателя запястья;

C. сухожилие поверхностного сгибателя пальцев;
D. сухожилие глубокого сгибателя пальцев.

67. Укажите сухожилия мышц-разгибателей, которые находятся в 4-ом костно-фиброзном канале запястья (счет от латерального края кисти).

A. сухожилие длинного разгибателя большого пальца кисти;
B. сухожилие разгибателя мизинца;
C. сухожилие разгибателя пальцев;
D. сухожилие разгибателя указательного пальца.

68. Укажите мышцы возвышения мизинца.

A. латеральная червеобразная мышца;
B. короткая ладонная мышца;
C. мышца, отводящая мизинец;
D. мышца, противопоставляющая мизинец.

69. Укажите, на каких структурах начинаются червеобразные мышцы кисти.

A. удерживатель мышц-сгибателей пальцев;
B. сухожилие поверхностного сгибателя пальцев;
C. сухожилие глубокого сгибателя пальцев;
D. пястные кости.

70. Укажите функции, которые выполняют ладонные межкостные мышцы кисти.

A. приводят 2-й;4-й;5-й пальцы к среднему;
B. отводят 1-й;2-й;4-й пальцы от среднего;
C. сгибают 2-й;3-й;4-й;5-й пальцы;
D. разгибают 2-й - 5-й пальцы.

ОТВЕТЫ

1	A
2	C
3	A
4	C
5	C
6	A
7	B
8	A
9	E
10	A
11	C
12	A
13	A, B, C, E
14	A, B, D
15	A, B, C
16	B, C, D
17	A, B
18	A, C
19	A, E
20	A, B, C, E
21	D, E
22	A
23	A
24	A, B
25	B, C

26	A
27	A
28	A
29	C
30	D
31	D
32	E
33	C
34	D
35	A
36	D
37	A
38	C
39	B
40	D
41	A, B
42	C, D
43	C, D
44	B, C, D
45	A, D
46	A
47	B, C, D
48	A
49	B, C, D
50	C, D
51	A, B, D
52	A, B, C ,D
53	A
54	B
55	C
56	A, B, C
57	B, C, D
58	B, C, D
59	A, C, D
60	B
61	C, D
62	A, C
63	B
64	A, B
65	B, D
66	A, C, D
67	C, D
68	B, C, D
69	C
70	A

II Эстетическая хирургия туловища и конечностей.

1. Эмбриогенез молочной железы:

A. Самостоятельный зародышевый зачаток с независимым (осевым, аксиальным) кровоснабжением и иннервацией

B. Производное репродуктивных зачатков
C. Производное мезенхимы
D. Производное эктодермы с мезенхимальными включениями в виде сосудов, нервов, связок

2. Действие гормона инсулина на молочные железы:
A. Участие в дифференцировке альвеол
B. Участие в подготовке для восприятия действия глюкокортикоидов
C. Стимуляция синтеза альвеолярного эпителия
D. Вызывает деструкцию стромальных компонентов железы

3. Действие гормона прогестерона на молочные железы:
A. Способствует росту млечных протоков
B. Участвует в дифференцировке альвеол
C. Усиливает действие пролактина на эпителиальную секрецию
D. Сокращает миоэпителиальные клетки

4. Действие тиреоидного гормона на молочные железы:
A. Усиливает действие пролактина на эпителиальную секрецию
B. Способствует развитию млечных протоков у взрослых
C. Развивает альвеолярный аппарат, подготавливает ткани для восприятия инсулина, глюкокортикоидов, стимулирует продукцию пролактина
D. Участие в дифференциации альвеол

5. Секреция молока совершается:
A. По апокриновому типу
B. По мерокриновому типу

6. Железы Монтгомери расположены:
A. В ткани молочной железы
B. В области ареолы молочной железы
C. В области непигментированной части кожи молочной железы
D. В области подмышечной впадины

7. Птоз молочной железы обусловлен:
A. Увеличением ее объема
B. Постлактационным уменьшением объема
C. Действием момента силы тяжести
D. Снижением упругости кожи

8. Постлактационная инволюция ткани молочной железы обусловлена преимущественно:
A. Редукцией стромального компонента железы
B. Редукцией железистого компонента железы
C. Замещением ткани железы жировой клетчаткой

9. Куперовская трактовка поддерживающего аппарата молочной железы такова:
A. Связки Купера анатомически постоянны, крепят паренхиму к грудной фасции, могут быть идентифицированы и реконструированы
B. Связки крепят железу к фасции в зонах наибольшей фиксации «чехла» - в субмаммарной и по медиальной границе

C. Поддерживающий связочный каркас непрерывен от дермы до глубокой фасции, присутствует в любой единице объема, но максимален в субмаммарной зоне и по медиальной границе
D. Антигравитационная поддержка молочной железы - функция упругости всех ее тканей

10. Из глубины сосуды в молочную железу вступают:
A. Как надфасциальное продолжение торакоакромиального, латерального грудного и других магистральных пучков
B. Как равномерная трехмерная сосудистая сеть
C. С периферии и через фасцию, с наибольшей концентрацией в зонах максимальных связочных кожнофасциальных сращений
D. Исключительно через анастомозы между субдермальными (терминали магистральных артерий) и паренхиматозными (редкие перфоранты межреберных артерий) сосудами

11. Смещаемость железистого конуса молочной железы обусловлена:
A. Эластичностью связок Купера
B. Растяжимостью кожного чехла
C. Наличием глубокого жирового слоя

12. Оптимальный период для инструментального обследования молочной железы:
A. В период овуляции
B. В 1-5 дни менструального цикла
C. На 7-10 дни менструального цикла
D. Перед началом месячного кровотечения

13. Выявить наличие протоковых образований можно:
A. При маммографии
B. При ультразвуковом исследовании молочной железы

14. В кровоснабжении молочной железы не участвует:
A. Наружная грудная артерия
B. Средостенные ветви грудной аорты
C. Внутренняя грудная артерия
D. Перфорирующие ветви из III-VII межреберных артерий

15. Принципиальная разница между кожным и железистым птозом молочных желез:
A. Положение сосково-ареолярного комплекса относительно субмаммарной складки
B. Степень растяжения кожного чехла
C. Степень уплощения верхнего полюса железы

16. Первичная гипомастия отличается от эстетической гипомастии:
A. Преимущественным дефицитом железистого компонента;
B. Наличием признаков нарушения гормонального гомеостаза;
C. Отсутствием лактации.

17. Гипоплазия молочных желез характеризуется:
A. Только дефицитом объёма молочных желез;
B. Функциональной и морфологической незрелостью ткани молочных желез;
C. Преобладанием в молочных железах процессов апоптоза и обратной дифференциации железистой ткани;

D. Преобладание железистых долек III типа.

18. Для молочных желез рожавших женщин 25-40 лет характерно:
A. Опережающее развитие стромы по сравнению с паренхимой;
B. Формирование качественно новых структур – тубулярных долек;
C. Преобладание дифференцированных долек III типа;
D. Преобладание железистых долек I-II типа.

19. Основные требования, предъявляемые к имплантатам молочной железы:
A. Химическая инертность, низкая проницаемость оболочки, когезивность наполнителя;
B. Наличие антибактериальных свойств и свойств, уменьшающих риск развития капсулярной контрактуры;
C. Безопасность, биосовместимость, стабильность свойств полимера в организме;
D. Соответствие формы имплантата, его плотности и эластичности, аналогичным параметрам молочной железы.

20. Залогом стабильности и надежности послеоперационного результата является:
A. Равное объемное соотношение имплантата и собственных тканей;
B. Оптимальное тканевое покрытие имплантата;
C. Отсутствие осложнений в раннем послеоперационном периоде;
D. Постоянное ношение эластичного бюстгальтера после операции.

21. Форма молочных желез после аугментационной маммопластики главным образом зависит от:
A. Исходной формы молочных желез;
B. Формы имплантата;
C. Формы грудной клетки;
D. Методики и техники операции.

22. Ретропекторальное размещение имплантата:
A. Снижает риск развития капсулярной контрактуры;
B. Уменьшает риск дистопии имплантата;
C. Уменьшает визуальное и пальпаторное контурирование имплантата в условиях дефицита покровных тканей;
D. Даёт хорошее наполнение верхнемедиальных отделов с более узкой зоной декольте;
E. Позволяет получить более глубокий инфрамаммарный сгиб.

23. Ретромаммарное эндопротезирование:
A. Предпочтительно при наличии небольшого птоза;
B. Позволяет более эффективно контролировать форму молочных желез;
C. Упрощает реализацию маммографии;
D. Характеризуется более выраженными и длительными послеоперационными болями.

24. Размещение имплантата в двух плоскостях (по Tebbetts) позволяет:
A. Избежать деформации, дистопии и ротации имплантата;
B. Более эффективно контролировать профиль молочной железы при небольшом птозе;
C. Снизить риск развития гематомы в раннем послеоперационном периоде;

D. Уменьшить визуальное и пальпаторное контурирование имплантата в нижнемедиальных отделах молочных желез.

25. Главным преимуществом инфрамаммарного доступа является:
A. Наилучший контроль диссекции тканевого кармана и положения имплантата;
B. Наибольшая косметичность послеоперационного рубца;
C. Меньший риск сенсорных нарушений;
D. Малотравматичность.

26. Для периареолярного доступа характерны:
A. Наибольшая косметичность послеоперационного рубца;
B. Универсальность;
C. Малотравматичность;
D. Возможность коррекции тубулярной деформации молочной железы.

27. Трансаксиллярный доступ – оптимальный выбор для коррекции:
A. Микромастии без выраженной субмаммарной складки
B. Умеренной гипомастии без выраженного птоза;
C. Гипомастии с тубулярной деформацией;
D. Постлактационной инволютивной гипотрофии молочных желез с птозом.

28. Выбор имплантата и методики операции:
A. Выбор пациентки, основанный на собственных эстетических предпочтениях;
B. Выбор хирурга, основанный на чётких алгоритмах подбора имплантата и хирургических принципах;
C. Компромисс между выбором пациентки и хирурга;
D. Компромисс между ожидаемой пользой и неизбежными последствиями того или иного выбора.

29. Преимущества текстурированного имплантата по сравнению с гладким заключается в:
A. Снижении риска развития капсулярной контрактуры при установке имплантата ретропекторально;
B. Снижении риска смещения и ротации имплантата.
C. Меньшей визуализации имплантата;
D. Большем сроке службы.

30. Выбор имплантата анатомической формы даёт следующие преимущества:
A. Большую проекцию при равном со сферическим эндопротезом объёме и ширине;
B. Большую наполненность верхнего ската профиля молочной железы;
C. Меньшую визуалилизацию латерального края имплантата;
D. Возможность выбора имплантата разной ширины и высоты основания.

31. Эпонимическое (по имени автора) название маммопластики базируется на:
A. Виде раскроя кожи
B. Способе транспорта сосково-ареолярного комплекса
C. Способе формирования нового контура молочной железы
D. Хирургическом приеме любой направленности, который автор считал ключевым

32. Базовые хирургические задачи, без решения которых невозможна эстетическая маммопластика - это:
A. Эстетическая коррекция контуров молочных желез и повышение качества жизни

B. Модификация содержимого кожного «чехла» (паренхимы), размещение САК, редрапировка «чехла», антигравитационная стабильность
C. Оптимизация сенсорной и лактационной функций молочной железы
D. Минимальная травматичность

33. Эстетическая норма для молочных желез - это:
A. Антропометрические показатели, имеющие цифровое выражение для каждой женщины
B. Контуры, которыми довольна пациентка
C. Диапазон контуров, за пределами которого неэстетичность заметна непредвзятому наблюдателю
D. Очертания, диктуемые чутьем хирурга

34. Ключевой элемент операции Thorek:
A. Первый опыт Т-образного или горизонтального кожного шва
B. Резекция кожи и «наполнителя» блоком до фасции без их разделения
C. Пересадка кожного трансплантата САК
D. Первая эстетическая маммопластика

35. Ключевой элемент операции Biesenberger:
A. Т-образный кожный шов
B. Резекция кожи и «наполнителя» по отдельности
C. Хирургический транспорт САК на центральной (гландулярной) ножке
D. Латеральная резекция паренхимы

36. Ключевой элемент операции Schwarzmann:
A. Латеральная ножка САК
B. Деэпидермизация ножки САК
C. Медиальная ножка САК
D. Закрытый транспорт САК с единственным горизонтальным рубцом

37. Источники кровоснабжения гландулярных лоскутов, используемых для аутоаугментации, такие же, как у паренхимы в операции:
A. Schwarzmann
B. Thorek
C. Biesenberger
D. Lexer

38. Главное условие транспорта САК с надежной васкуляризацией:
A. Сохранение слоя подлежащих тканей в зоне САК не менее 2-3 см толщиной
B. Отношение длины питающей ножки к ее ширине не более 1:2, как для лоскута со случайным кровоснабжением
C. Нижнее основание ножки
D. Сохранение субдермально-паренхиматозных коллатералей в зоне САК

39. Деэпидермизация поверхности ножки САК направлена на сохранение:
A. Артериального притока к САК
B. Венозного оттока от САК
C. Иннервации САК
D. Механической прочности ножки против ее перегиба

40. Раскрой при резекции кожного «чехла», уменьшающий высоту конуса молочной железы:
A. Перевернутая буква Т
B. Вертикальный
C. Циркумвертикальный
D. Латеральный

41. Вертикальный (плюс циркумареолярный) рубец после маммопластики требует:
A. Верхней ножки САК
B. Медиальной ножки
C. Нижней ножки
D. Ничего из перечисленного выше

42. Вертикальная маммопластика со сшиванием гландулярных «колонн» подразумевает:
A. Дискоидную резекцию основания паренхиматозного конуса
B. Резекцию в виде киля
C. Резекцию по бокам от дермогландулярной ножки САК
D. Ничего из перечисленного выше

43. При прочих равных условиях дистанция ключица - сосок должна быть оставлена наибольшей при:
A. Маммопластике с кожным кроем Вайза
B. С периареолярным кроем
C. С вертикальным кроем
D. С горизонтальным кроем

44. Наиболее действенное из перечисленных средств профилактики рецидивного птоза:
A. Вертикальная пликация паренхимы
B. Мышечный «ремень» или «балкон», поддерживающий паренхиму
C. Уменьшение массы и высоты конуса молочной железы
D. Укрепление кожно-подкожного чехла

45. На профилактику птоза геометрическими средствами направлены:
A. Кожный раскрой Вайза
B. Аутоаугментация гландулярным лоскутом
C. Вертикальная пликация паренхимы
D. Резекция нижних птозированных отделов железы

46. Усиливает антигравитационную стабильность молочной железы:
A. Вертикальная маммопластика, сужающая основание путем пликации гландулярных колонн
B. Аутоаугментация гландулярными лоскутами, увеличивающая высоту конуса молочной железы
C. Краниальное смещение молочной железы и мастопексия швами к фасции
D. Ни одно из перечисленных выше средств

47. Какие из следующих факторов наиболее связаны с риском развития рака молочной железы:
A. Семейный анамнез
B. Первая беременность в возрасте старше 40 лет

C. Доброкачественные опухоли молочной железы
D. Внутрипротоковая и внутридольковая карцинома in situ
E. Все вышеперечисленное

48. Основным скрининговым методом диагностики опухолей молочной железы является:
A. УЗИ
B. КТ
C. МРТ
D. Маммография
E. Позиционно-эмиссионная томография

49. Преимуществами одномоментной реконструкции молочной железы после мастэктомии по сравнению с отсроченной:
A. Уменьшение анестезиологического риска
B. Снижение стоимости лечения
C. Отсутствие периода утраты органа
D. Более высокие эстетические результаты
E. Все вышеперечисленное

50. Реконструкция соска после формирования груди свободным лоскутом:
A. Должна производиться одновременно с пересадкой лоскута
B. Может сопровождаться развитием асимметрии по сравнению со здоровой стороной, если выполнена одновременно с реконструкцией
C. Часто заканчивается неудачей, если выполнена одномоментно с реконструкцией железы
D. Должна во всех случаях выполняться на завершающем этапе реконструкции
E. Лучше получается из малой половой губы

51. В состав DIEP- лоскута для реконструкции молочной железы не входит:
A. Кожа
B. Подкожная клетчатка
C. Прямая мышца живота

52. К перфорантным лоскутам не относится:
A. Лоскут Рубенса
B. DIEP-лоскут
C. TRAM-лоскут
D. IGAP-лоскут

53. Основным недостатком лоскута на перфорантах нижних ягодичных сосудов является:
A. Деформация донорской зоны
B. Невозможность взятия лоскута после кругового бодилифтинга
C. Невозможность взятия лоскута после липосакции
D. Короткая сосудистая ножка

54. Основой для DIEP-лоскута является
A. Перфоранты глубоких, окружающих подвздошную кость сосудов
B. Нижняя надчревная артерия
C. Поверхностные надчревные сосуды
D. Перфоранты верхней ягодичной артерии

E. Околопупочные перфоранты

55. Влияние лучевой терапии на результаты реконструкции молочной железы после мастэктомии:
A. Гиперпигментация облученной кожи
B. Атрофия подкожного жира
C. Атрофия и контрактура кожи и подкожной клетчатки
D. Повышение частоты фиброза и контрактуры любого из лоскутов
E. Все вышеперечисленное

56. Максимальные размеры кожно-мышечного осевого торакодорзального лоскута:
A. 10 х 20 см
B. Не менее 15-18 х 20 см
C. 8-10 х 15 см
D. 15 х 25 см

57. Деэпителизация со сбориванием кожи DIEP-лоскута в околопупочной зоне проводится для:
A. Предупреждения чрезмерной полноты наружного края молочной железы
B. Заполнения верхнемедиального квадранта тканями лоскута и создания достаточной полноты подключичной области
C. Обеспечения конического выступа нижнего полюса

58. К ротированным лоскутам не относится:
A. Лоскут на кожном мостике
B. Лоскут на сосудистой ножке
C. Аксиальный лоскут

59. К какой группе аксиальных аутотрансплантатов относится торакодорсальный лоскут (ТДЛ)?
A. Простой составной
B. Сложный составной
C. Комбинированный составной
D. Префабрикованный

60. К простым составным аксиальным аутотрансплантатам не относится:
A. Фрагмент лучевой кости
B. Большой сальник
C. Лопаточная фасция
D. Торакодорсальный лоскут (ТДЛ)
E. Паховый лоскут

61. Префабрикация лучевого лоскута для формирования неоуретры проводится с целью:
A. Истончения лоскута
B. Усиления ригидности лоскута
C. Уничтожения волосяных фолликулов

62. Выбор метода первичной маскулинизирующей маммопластики главным образом зависит от:
A. Размера молочной железы
B. Размера ареолы

C. Степени птоза молочных желез
D. Длительное тугое бинтование молочных желез в анамнезе

63. В чем отличие гиперпластического ожирения от гипертрофического:
A. в количестве адипоцитов и их размере
B. в количестве адипоцитов
C. в размере адипоцитов

64. Какой слой подкожно-жировой клетчатки не определяет контуры фигуры:
A. висцеральный
B. субфасциальный
C. подкожный

65. Чем характеризуются жировые отложения по женскому типу
A. относительно равномерным увеличением толщины подкожножирового слоя конечностей и туловища
B. частым наличием жировых ловушек в области фланков и в субментальной области
C. локальным увеличением объема преимущественно глубокого слоя жировой ткани в области бедер, коленей, живота

66. Противопоказанием для проведения липосакции не является:
A. Варикозное расширение вен
B. Лимфостаз конечностей
C. Тромбофлебит в анамнезе
D. Период лактации
E. Все вышеперечисленное

67. Фасция Скарпа делит жировую клетчатку передней брюшной стенки на:
A. Поверхностный и глубокий
B. Два слоя поверхностной клетчатки

68. Глубокий слой жировой клетчатки состоит из:
A. Плотных жировых долек, разделенных многочисленными волокнистыми перегородками
B. Аморфных непостоянных жировых карманов

69. 1-2 степень алиментарного ожирения характеризуется:
A. Индексом массы тела 20
B. ИМТ 30-40
C. ИМТ 50

70. Гиноидный и андроидный тип ожирения относятся к:
A. Эндокринному типу ожирения
B. Симптоматическому типу ожирения
C. Экзогенно-конституциональному типу ожирения

71. Чаще всего сопровождается сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом 2 типа:
A. Гипотиреоидное ожирение
B. Гипоовариальное ожирение
C. Церебральное ожирение
D. Андроидное ожирение

E. Все вышеперечисленное

72. Соотношение объема талии к объему бедер ОТ/ОБ используется для определения:
A. Характера течения ожирения
B. Определения индекса массы тела
C. Определения типа жироотложения (андроидное, гиноидное)

73. Действие соматотропного гормона на жировую ткань:
A. Препятствует формированию висцерального ожирения
B. Стимуляция адипогенеза в висцеральных депо
C. Перераспределение жира в область бедер

74. Что является основной целью липоаспирации
A. коррекция контуров фигуры
B. устранение избыточного веса
C. коррекция контуров и устранение избыточного веса

75.Какое минимальное количество разрезов(проколов) необходимо для равномерной обработки жировой ловушки:
A. один
B. два
C. два и более

76. В каких направлениях должна происходить обработка жировой ловушки канюлями из двух разрезов
A. параллельных
B. перпендикулярных

77. Впервые предложил жидкостную липоаспирацию:
A. Fischer
B. Kesstlring
C. Illouz

78. Наиболее частым осложнением высокочастотной липосакции является:
A. Серома
B. Синдром «стиральной доски»
C. Ожог

79. При проведении трансплантации аутожира (липофилинга) из одного вкола можно сделать:
A. Не более 5 каналов
B. Не более 3 каналов
C. Каждый канал предполагает отдельный вкол

80. Снизить риск развития осложнений при ультразвуковой комбинированной липоаспирации помогает:
A. Увеличение объема тумисцении
B. Уменьшение мощности ультразвуковой волны
C. Соблюдение глубины слоя и непрерывный ход канюли

81. Функцией компрессионного белья не является:
A. Сдерживание отека

B. Равномерное формирование плоскостного рубца
C. Профилактика развития сером
D. Остановка кровотечения

82. Полной васкуляризации жирового трансплантата при липофилинге можно ожидать при диаметре канала
A. 4-6 мм
B. Не более 5 мм
C. 2-3 мм

83. При механической липосакции средняя потеря крови на 1 литр жировой эмульсии составляют:
A. 250 мл
B. 500 мл
C. 100 мл

84. Длина хода при пересадке жировой ткани (липофилинге) определяется:
A. Не более 3 см
B. Не более 5 см
C. Определяется длиной канюли и разметкой

85. При значительно растянутой коже, незначительном количестве подкожно-жирового слоя и резко ослабленном тонусе мышечного каркаса передней брюшной стенки пациенту показано:
A. Стандартная классическая абдоминопластика
B. Закрытая мини-абдоминопластика
C. Мини-абдоминопластика
D. Модифицированная абдоминопластика (дермолипэктомия и пластика апоневроза)

86. Верхняя граница зоны препаровки кожно-жирового лоскута при классической абдоминопластике:
A. Мечевидный отросток
B. Край реберной дуги
C. Эпигастральная область
D. Зона отслойки может быть при необходимости продолжена на область грудной клетки

87. Причиной развития подапоневротических гематом после отслойки кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки является:
A. Выполнение отслойки без предварительной инфильтрации
B. Нестабильное артериальное на протяжении операции
C. Выполнение отслойки без выделения и коагуляции перфорантных сосудов
D. Все вышеперечисленное
E. Ничего из вышеперечисленного

88. Зона препаровки кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки при классической абдоминопластике должна быть достаточной для:
A. Резекции излишка кожно-жирового лоскута
B. Подготовки реципиентного места для пупочной ямки
C. Расправления кожно-жировых складок
D. Обнажения зон диастаза прямых мышц живота и грыж
E. Предупреждения образования кожно-жировых складок после пликации апоневроза
F. Все вышеперечисленное

89. Оптимальный уровень повышения внутрибрюшного давления после пластики апоневроза передней брюшной стенки не должен превышать:
A. 10-15 мм водного столба по сравнению с предоперационным показателем
B. 20-30 мм водного столба по сравнению с предоперационным показателем
C. 40-50 мм водного столба по сравнению с предоперационным показателем

90. Наиболее популярный метод пластики диастаза прямых мышц живота:
A. Пликация апоневроза нерассасывающеся нитью
B. Метод раздельного соединения рассеченного переднего листка влагалища прямых мышц живота по Ramirez
C. Пластика диастаза проленовой сеткой

91. При необходимости сужения талии у пациента с пониженным тонусом мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки показано:
A. Пластика диастаза прямых мышц живота
B. Пластика диастаза прямых мышц живота, пликация релаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям
C. Пластика диастаза прямых мышц живота, пластика релаксированных фасций косых мышц живота проленовой сеткой

92. При переносе пупочной ямки разметка реципиентного местоположения будущего пупка производится:
A. По средней линии на середине расстояния между лобком и лонным сочленением
B. По средней линии на уровне передних верхних остей подвздошных костей или на 2-3 см выше этого уровня
C. По средней линии на 18-20 см выше линии оволосения лобка

93. Предоперационное ношение компрессионного белья перед абдоминопластикой показано для:
A. Уменьшения степени релаксации мышц передней брюшной стенки
B. Уменьшения лимфостаза у пациентов с выраженным кожно-жировым фартуком
C. Улучшения микроциркуляции в зоне будущего вмешательства
D. Для адаптации к повышению внутрибрюшного давления
E. Все вышеперечисленное

94. Существенным отличием напряженно-боковой абдоминопластики по Lockwood от классической абдоминопластики по является:
A. Лучшие технические условия для пликации релаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям
B. Худшие условия кровоснабжения центральной части лоскута
C. Резекция кожи преимущественно в латеральных отделах туловища и сокращение зоны отслойки кожно-жирового лоскута с сохранением подреберных перфорантов
D. Невозможность сочетания методики с липосакцией тех или иных отделов живота
E. Все вышеперечисленное
F. Ничего из вышеперечисленного

95. Недостатком напряженно-боковой абдоминопластики по Lockwood является:
A. Специфическая форма послеоперационного рубца, особенности которой необходимо особо согласовывать с пациентом
B. Значительное натяжение и плохие условия кровоснабжения центральной части лоскута

C. Недостаточные возможности коррекции кожно-жирового лоскута верхних отделов живота
D. Все вышеперечисленное
E. Ничего из вышеперечисленного

96. Особенностью вертикальной абдоминопластики является:
A. Выполняется только в тех случаях, когда необходимо устранить диастаз прямых мышц живота
B. Отсутствие необходимости широкой латеральной надапоневротической диссекции
C. Широкие возможности удаления избытков подкожно-жирового слоя в гипогастральной и надлобковой зоне
D. Все вышеперечисленное
E. Ничего из вышеперечисленного

97. Показанием к проведению вертикальной абдоминопластики является:
A. Наличие патологического рубца после предшествующих срединных лапаротомий и нежелание пациента иметь дополнительный горизонтальный рубец
B. Необходимость улучшения качества существующего рубца после предшествующий срединных лапаротомий и одномоментного выполнения герниопластики и устранения диастаза прямых мышц живота
C. Необходимость улучшения качества существующего рубца после предшествующий срединных лапаротомий и одномоментной коррекции талии в необходимых пределах
D. Все вышеперечисленное
E. ничего из вышеперечисленного

98. Показаниями к проведению реверсной абдоминопластики не являются :
A. Небольшой избыток кожи и подкожной клетчатки в верхних отделах живота
B. Выполняется только в тех случаях, когда необходимо устранить диастаз прямых мышц живота
C. Необходимость проведения симультанной редукционной маммопластики или мастопексии
D. Все вышеперечисленное
E. Ничего из вышеперечисленного

99. Показанием к закрытой мини-абдоминопластике является:
A. Вялость кожи и умеренно выраженный слой подкожной клетчатки
B. Наличие диастаза прямых мышц живота и ослабление тонуса мышечно-апоневротиическесского каркаса
C. Небольшой избыток кожи и подкожной клетчатки в верхних отделах живота
D. Необходимость резекции избытка кожи преимущественно в латеральных отделах туловища
E. Ничего из вышеперечисленного

110. Показанием к открытой мини-абдоминопластике является:
A. Эластичная, способная к сокращению кожа, незначительный слой подкожной клетчатки, изолированный диастаз прямых мышц живота
B. Перерастянутая кожа, значительный слой подкожной клетчатки в виде «фартука» ослабленный тонус мышечно-апоневротического каркаса
C. Умеренный избыток кожи, умеренный слой подкожной клетчатки, умеренно сниженный тонус мышечно-апоневротического каркаса
D. Ничего из вышеперечисленного

101. Височная ветвь лицевого нерва находится между следующими анатомическими слоями:
A. Апоневротическим шлемом и надкостницей;
B. Височной мышцей и поверхностным листком глубокой височной фасции;
C. Височной мышцей и глубоким листком глубокой височной фасции;
D. Темпоропариетальной фасцией и поверхностным листком глубокой височной фасции;
E. Темпоропариетальной фасцией и подкожным жиром.

102. Основная цель консультирования перед увеличивающей маммопластикой:
A. Информирование пациентки о возможностях и проблемах УМ;
B. Выбор оптимального эндопротеза;
C. Сведение до минимума пропорции недовольных результатом;
D. Юридическая защита хирурга подписью пациентки под «информированным согласием».

103. К исключительным преимуществам разреза по СМС не относятся:
A. Точность топографии кармана;
B. Наименее заметный рубец;
C. Облегченный гемостаз;
D. Облегченное понижение или повышение СМС;
E. Ни одно из перечисленных.

104. Показанием к трансаксиллярному доступу с эндоскопической поддержкой является:
A. Легкость диссекции;
B. Наименее заметный разрез и рубец;
C. Отсутствие выраженной СМС;
D. Пожелания пациентки

105. Удаление экструдированного эндопротеза:
A. Обязательно при появлении общей симптоматики инфекционного процесса;
B. Обязательно всегда;
C. Не обязательно;
D. Не обязательно при адекватной антибиотикотерапии

106. При разрыве оболочки силиконового эндопротеза показана:
A. Срочная реоперация в любом случае;
B. Реоперация при искажении формы МЖ и по желанию пациентки;
C. Замена импланта с установкой в другую плоскость;
D. Диагностическая пункция

107. Наиболее чувствительный диагностический метод для определения целостности оболочки имплантанта:
A. Магнитно резонансное исследование;
B. Маммография;
C. Ультразвуковое исследование;
D. Пальпаторно

108. Основной источник кровоснабжения молочной железы это :
A. Артерия большой грудной мышцы

B. Межрёберные артерии
C. Грудная боковая артерия
D. Внутренняя грудная артерия

109. К Вам приходит на прием пациентка через несколько лет после аугментационной маммапластики, у которой с одной стороны видны контуры имплантанта, молочные железы различны по форме. К какой степени контрактуры по Baker (1975) следует отнести данный клинический случай?
A. 2 Б степень
B. 4 степень
C. 3 степень
D. 3 А степень

Перечень верных ответов.

12.	D
13.	B
14.	C
15.	A
16.	A
17.	B
18.	C
19.	A
20.	C
21.	D
22.	C
23.	C
24.	B
25.	B
26.	A
27.	C
28.	B
29.	C
30.	C
31.	B
32.	A,B
33.	A
34.	B
35.	B
36.	A
37.	A,B,D
38.	A
39.	D
40.	B
41.	A,D
42.	D
43.	B
44.	C
45.	A,C
46.	B
47.	B

48.	C
49.	D
50.	A
51.	C
52.	D
53.	D
54.	D
55.	C
56.	B
57.	C
58.	E
59.	D
60.	C
61.	D
62.	C
63.	C
64.	D
65.	B
66.	E
67.	A
68.	C
69.	C
70.	B
71.	D
72.	C
73.	A
74.	B
75.	A
76.	C
77.	E
78.	A
79.	B
80.	B
81.	C
82.	D
83.	C
84.	A
85.	A
86.	B
87.	B
88.	C
89.	C
90.	A
91.	C
92.	D
93.	C
94.	A
95.	C
96.	D
97.	A

98.	C
99.	F
100.	A
101.	A
102.	B
103.	B
104.	D
105.	C
106.	E
107.	B
108.	D
109.	B
110.	E
111.	C
112.	D
113.	A
114.	D
115.	C
116.	B
117.	A
118.	A
119.	D
120.	C

Перечень контрольных вопросов по теме 5

1. Торакодорзальный лоскут и лоскут на основе прямых мышц живота. Анатомическое обоснование. Варианты применения. Техника формирования.
2. Паховый лоскут. Анатомические предпосылки. Применение. Техника выкраивания
3. Полнослойный и расщепленный кожные трансплантаты. Классификация. Физиология приживления Применение. Техника формирования и ведение послеоперационного периода.
4. Место дермотензии среди других методов кожной пластики. Виды дермотензии. Морфологические изменения мягких тканей при их дозированном растяжении.
5. Роль и место экспандерной дермотензии при реконструкции молочных желез после мастэктомии.
6. Пластика встречными треугольными лоскутами. Виды лоскутов.
7. Реконструкция молочных желез. Виды операций, применяемых с целью реконструкции. Отбор пациентов.
8. Классификация липосакции по способу разрушения адипоцитов. Показания и противопоказания к липосакции.
9. Липосакция. Классификация с точки рения проводимой инфильтрации. Опасности и осложнения липосакции.
10. Классификация имплантов для аугментации молочных желез. Подбор имплантов. Предоперационное обследование и осмотр.
11. Абдоминопластика. Классификация эстетических недостатков передней брюшной стенки по Матарассо. Отбор пациентов для операции.
12. Виды доступов и варианты расположения имплантов при аугментационной маммопластики. Концепция 2-х плоскостного расположения имплантов.

13. Хирургическая техника выполнения аугментации молочных желез через субмаммарный, нижний переареолярный и аксилярный доступ при ретромускулярном расположении имплантов.
14. Мастоптоз. Классификация птоза по Рено. Тактика хирурга в зависимости от степени птоза молочных желез.
15. Мастопексия и редукционная маммопластика. Варианты питающих ножек САК.
16. Мастопексия и редукционная маммопластика. Выбор раскроя кожи и питающей ножки САК.
17. Мануальное обследование во время маммологической консультации. Отбор пациентов для увеличивающей маммопластики.
18. Абдоминопластика. Классификация вмешательств для коррекции эстетических недостатков передней брюшной стенки. Опасности и осложнения абдоминопластики.
19. Строение и функции кожи. Особенности кожи лица
20. Анатомо-функциональные особенности лица с точки зрения пластической хирургии
21. Основные «опасные» зоны лица
22. Диагностика и анализ дефектов в области лица и шеи
23. Местная пластика: определение, виды, особенности местнопластических операций в области лица и шеи
24. Пластика треугольными лоскутами: виды, показания, особенности проведения в области лица и шеи
25. Основные способы закрытия треугольного, круглого, четырёхугольного изъянов. Особенности планирования операции в области лица.
26. Свободная кожная пластика, нереваскуляризированные лоскуты: виды, показания к использованию, биологические основы их применения, донорские зоны, особенности планирования и проведения операции в области лица и шеи
27. Обоснования для проведения восстановительных операций в области лица с помощью лоскутов на временных питающих ножках. Классификация лоскутов, биологические основы их применения
28. Изъяны губ: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
29. Операция Эстляндера.
30. Операция Аббе.
31. Изъяны щёк: классификации изъянов, основные способы закрытия.
32. Изъяны наружного носа: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
33. Методы устранения приобретённых тотальных и субтотальных изъянов носа
34. Операция Суслова
35. Изъяны век: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
36. Изъяны ушных раковин: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
37. Операции при тотальных и субтотальных изъянах ушных раковин.
38. Возможности проведения экспандерной дермотензии для устранения изъянов в обл головы и шеи. Показания и ограничения.
39. Схема клинического обследования пациентов с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. Значение жалоб, анамнеза, данных осмотра, перкуссии, аускультации, пальпации в постановке диагноза.¶¶
40. Определение длины и окружности конечностей. Значение этого исследования для диагностики повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.¶¶

41. Определение объема движений в суставах конечностей. Значение этого исследования для диагностики повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.
42. Современные инструментальные методы обследования пациентов с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. Их возможности и значение для уточнения диагноза. ¶¶6. Достоверные и вероятные признаки перелома и вывиха. Осложнения закрытых переломов и вывихов, их профилактика. ¶¶
43. Стадии регенерации костной ткани, виды костной мозоли, ориентировочные сроки в которые происходит сращение кости. ¶¶
44. Факторы, влияющие на сращение кости при переломе. Оптимальные условия для консолидации. ¶¶
45. Основные методы лечения закрытых переломов. ¶¶
46. Виды гипсовых повязок, показания к их применению. Возможные осложнения при наложении гипсовых повязок, их раннее определение и профилактика. ¶¶
47. Лечение переломов методом остеосинтеза. Виды остеосинтеза. Показания и противопоказания. Понятие о стабильном остеосинтезе. ¶¶
48. Замедленная консолидация перелома. Ложный сустав. Факторы, способствующие их возникновению, клинические и рентгенологические признаки. Общие принципы лечения. ¶¶
49. Открытые переломы. Классификация А.В. Каплана и. О.Н. Марковой. ¶¶
50. Осложнения открытых переломов, травматический остеомиелит: профилактика, диагностика и лечение. ¶¶
51. Переломы и переломо-вывихи предплечья. Классификация. диагностика, лечение. Вывихи предплечья. Классификация. диагностика, лечение, сроки иммобилизации. ¶¶
52. Переломы и вывихи пястных костей и фаланг пальцев кисти: диагностика, лечение. ¶¶
53. Повреждения сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев кисти: диагностика, принципы лечения. ¶¶
54. Показания к ампутации при травматических повреждениях конечностей. Экспресс-протезирование, виды протезов. ¶¶
55. Общие принципы и методы лечения ортопедических заболеваний. ¶
56. . Контрактуры и анкилозы. Классификация, этиология. Дифференциальная диагностика различных видов контрактур и анкилозов. Лечение. ¶
57. Применение компрессионно-дистракционных аппаратов в ортопедии. ¶
58. Причины минерального дисбаланса костной ткани. Понятие остеопороза, классификация, профилактика, диагностика, коррекция, лечение. ¶
59. Патологические и сенильные переломы. Диагностика, пути профилактики и лечение. ¶8. Врожденная мышечная кривошея. Диагностика, принципы лечения.
60. ¶Врожденная косолапость и плоско-вальгусная стопа. Клиника и принципы лечения. ¶
61. Статические деформации стоп. Виды плоскостопия. Принципы диагностики и лечения. ¶
62. . Вальгусное отклонение I пальца стопы. Молоткообразная деформация пальцев стоп. Диагностика, консервативное лечение, показания к оперативному лечению.
63. Врожденные деформации верхних конечностей: косорукость, синдактилия, полидактилия, эктродакти-лия. Клиника, диагностика, принципы лечения. ¶
64. Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов. Классификация, этиология, патогенез. ¶
65. Клинико-рентгенологическая диагностика дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов. Особенности ранней диагностики дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного и коленного суставов. ¶
66. Доброкачественные опухоли костей. Классификация, принципы лечения.

67. Злокачественные опухоли костей. Классификация, принципы лечения. ¶
68. Виды операций при злокачественных новообразованиях костей. Современные взгляды на тактику оперативного лечения. ¶

Тема 6 Злокачественные заболевания кожи и ее дериватов

(ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11; УК-1; УК-12, УК-3)

Перечень тестовых вопросов

1. Какое из заболеваний относится к облигатным предракам?
A. лейкоплакия,
B. болезнь Боуэна;
C. Папилломатоз;
D. постлучевой стоматит;
E. эрозивноязвенная форма красной волчанки;
F. гиперкератотическая форма красного плоского лишая

2. Гальванический ток который может возникать в полости рта является ли фактором, способствующим развитию рака слизистой оболочки?
A. нет, не является;
B. может быть, но только в исключительно редких случаях,
C. является.

3. Найдите описание клинической картины абразивного хейлита Манганотти:
A. на красной кайме губы имеется одна эрозия овальной формы размером около 1 см с гладким красноватым дном, некровоточащая и безболезненная, по краям эрозии эпителий приподнят в виде валика,
B. множественное появление пузырей на слизистой оболочке губ и рта, а также коже губ, положительный симптом Никольского, наличие в мазкахотпечатках клеток Тцанка;
C. имеется появление папул на слизистой оболочке полости рта в виде кружевных белесоватых налетов, а на их фоне образуются отдельные эрозии и длительно незаживающие язвы;
D. эрозия располагается на фоне белесоватой поверхности шероховатой на ощупь, слегка возвышающейся над уровнем неизменной красной каймы.

4. Найдите описание клинической картины эрозивной лейкоплакии:
A. на красной кайме губы имеется одна эрозия овальной формы размером около 1 см, с гладким красноватым дном некровоточащая и безболезненная, по краям эрозии эпителий приподнят в виде валика;
B. множественное появление пузырей на слизистой оболочке губ и рта, а также коже губ, положительный симптом Никольского, наличие в мазкахотпечатках клеток Тцанка, имеется появление папул на слизистой оболочке полости рта в виде кружевных белесоватых налетов, а на их фоне образуются отдельные эрозии и длительно незаживающие язвы;
C. эрозия располагается на фоне белесоватой поверхности, шероховатой на ощупь, слегка возвышающейся над уровнем неизменной красной каймы
.

5. Болезнь Боуэна
A. это:своеобразная разновидность старческой кератомы,
B. внутриэпидермальный кожный рак,
C. внутриэпителиальный рак слизистой оболочки;

D. псевдокарциноматозный моллюск.

6. Кожный рог это:
A. своеобразная разновидность старческой кератомы,
B. внутриэпидермальный кожный рак,
C. внутриэпителиальный рак слизистой оболочки;
D. псевдокарциноматозный моллюск

7. Эритроплазия Кейра
A. это:своеобразная разновидность старческой кератомы;
B. внутриэпидермальный кожный рак,
C. внутриэпителиальный рак слизистой оболочки;
D. псевдокарциноматозный моллюск.

8. Какой симптом не является признаком озлокачествления предраковых заболеваний?
A. уплотнение у основания эрозии, кровоточивость;
B. усиление ороговения патологического образования;
C. эрозии покрываются гнойным налетом;
D. появление эрозий на поверхности патологического очага,
E. появление ограничения подвижности образования,
F. увеличение инфильтрации вокруг образования.

9. Хроническая трещина нижней губы может ли озлокачествляться?
A. да, может;
B. нет, не может.

10. Эпидермис состоит из пяти слоев. Найдите правильную последовательность строения эпидермиса.
A. роговой, зернистый, базальный, шиповатый, блестящий,
B. роговой, блестящий зернистый, шиповатый базальный,
C. роговой, шиповатый, зернистый, блестящий,
D. базальныйроговой, блестящий, шиповатый, зернистый, базальный;
E. роговой, блестящий, базальный, зернистый, шиповатый.

11. Пиогенная гранулема это:
A. опухолеподобное образование кожи;
B. доброкачественная опухоль кожи с экспансивным ростом;
C. доброкачественное новообразование с местным деструирующим ростом;
D. злокачественная опухоль кожи.

12. Найдите клиническое описание невуса кожи:
A. выступающие над поверхностью кожи безболезненные сосочковые разрастания, покрытые волосами, темнокоричневого цвета, имеются трещины покрытые корками, не кровоточат, границы четкие;
B. одиночное, плотное, безболезненное образование размером в несколько миллиметров, коричневого цвета, покрытое морщинистой кожей, располагается на ножке;
C. одиночное, безболезненное образование величиной до 0,5 см, яркокрасного цвета с гладкой поверхностью, расположено на ножке;
D. плоская папула коричневого цвета величиной до нескольких миллиметров округлой формы, безболезненная, с гладкой поверхностью.

13. Причина развития пиогенной гранулемы кожи?
A. врожденное заболевание,
B. вызывается золотистым стафилококком;
C. посттравматическое образование;
D. появляется после инсоляции;
E. появляется под действием радиационного излучение;
F. появляется во время полового созревания

14. Невус может быть депигментированным?
A. да, может
B. нет, не может.

15. Невусы бывают:
A. только плоскими;
B. только бородавчатыми;
C. плоскими и бородавчатыми.

17. Невусы бывают:
A. только врожденными,
B. только приобретенными
C. врожденными и приобретенными

18. Признаками озлокачествления невуса не являются:
A. резкое увеличение его размеров,
B. изменение степени пигментации,
C. появление застойных воспалительных явлений по периферии невуса;
D. появление изъязвления;
E. кровоточивость,
F. появление волос на невусе;
G. появление сателлитов вокруг невуса
H. увеличение регионарных лимфоузлов

19. При каких невусах возможно прибегать к поэтапному его иссечению?
A. пигментном волосяном невусе,
B. голубом невусе;
C. гигантском пигментном невусе;
D. бородавчатом невусе,
E. ограниченном меланозе Дюбрея

20. Ограниченный меланоз Дюбрея это:
A. врожденный порок развития кожи;
B. заболевание, которое приводит к развитию злокачественной опухоли;
C. злокачественное новообразование.

21. Меланома это:
A. злокачественная опухоль, которая развивается из пигментообразующих клеток;
B. доброкачественная опухоль, которая развивается из пигментообразующих клеток;
C. врожденный порок развития кожи;
D. опухолеподобное образование.

22. Меланома не развивается
A. на фоне:пигментного невуса;

B. внешне неизмененной кожи;
C. роговой кератомы;
D. меланоза Дюбрея.

23. На внешне неизмененной коже лица больного полгода назад появилось втянутое вовнутрь кожи пятно темнобурого (почти черного) цвета размером до 1,5 см, которое постепенно увеличивается и приобретает округлую форму. Пятно не выступает над поверхностью здоровой кожи. Через 2 месяца пятно уплотнилось, а месяц назад превратилось в бляшку черного цвета с блестящей поверхностью. Регионарные лимфоузлы увеличены, безболезненные. Какая опухоль развилась у больного?
A. внутриэпидермальный рак;
B. ботриомикома;
C. меланома,
D. сосочковая голая эпителиома;
E. роговая кератома;
F. бархатная эпителиома.

24. Лечение меланомы кожи:
A. хирургическое;
B. консервативное;
C. комбинированное (вначале лучевое, а затем хирургическое);
D. химиотерапия

25. Твердая фиброма кожи состоит из:
A. веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;
B. волокнистой соединительной и жировой ткани;
C. волокнистой соединительной и сосудистой ткани;
D. коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

26. Мягкая фиброма кожи состоит из:
A. веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;
B. волокнистой соединительной и жировой ткани;
C. волокнистой соединительной и сосудистой ткани;
D. коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

27. Ангиофиброма кожи состоит из:
A. веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;
B. волокнистой соединительной и жировой ткани;
C. волокнистой соединительной и сосудистой ткани коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

28. Дерматофиброма (гистиоцитома) состоит из:
A. веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;
B. волокнистой соединительной и жировой ткани;
C. волокнистой соединительной и сосудистой ткани;
D. коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

29. Базалиома имеет склонность к изъязвлению?

A. да;
B. нет;
C. очень редко.

30. Базалиома может ли давать метастазы?
A. да, может;
B. нет, не может;
C. может, но крайне редко.

31. Если, по какимлибо причинам, не удается удалить базалиому, то применяют:
A. лучевую терапию;
B. химиотерапию;
C. назначают антибиотики;
D. наблюдают.

32. Трихофолликулома это:
A. доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;
B. доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;
C. доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;
D. доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой;
E. доброкачественное новообразование, которое развивается из выводных протоков потовых желез;
F. доброкачественная опухоль сложного строения, развивающаяся из придатков кожи, характеризуется дольчатым строением и содержит полости;
G. доброкачественное новообразование, гистогенетически исходящее из волосяного матрикса.

33. Аденома сальных желез кожи это:
A. доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;
B. доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;
C. доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;
D. доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой,
E. доброкачественное новообразование которое развивается из выводных протоков потовых желез,
F. доброкачественная опухоль сложного строения, развивающаяся из придатков кожи, характеризуется дольчатым строением и содержит полости
G. доброкачественное новообразование, гистогенетически исходящее из волосяного матрикса

34. У больного имеется обезображивание лица за счет наличия бугристой опухоли с относительно четкими границами, которая локализуется в мягких тканях правой половины лица, в полости рта, на альвеолярном отростке, небе, губах и шее с этой же стороны. Кожа над опухолью неравномерно пигментирована, опухолевые узлы

безболезненные, подвижные, мягкой и эластичной консистенции. Какой предварительный диагноз Вы поставите больному?

A. невринома;
B. нейрофиброматоз;
C. посттравматическая неврома;
D. хемодектома,
E. мезенхимома,
F. лимфогранулематоз;
G. ринофима

35. У больного 70 лет в области верхушки и крыльев носа имеется бугристое новообразование, размером 2,5х3 см, мягкой консистенции с блестящей сальной поверхностью, багровосинюшного цвета. На поверхности кожи телеангиэктазии. При сдавливании образования из устьев сальных желез выделяется зловонное кожное сало. Какой диагноз Вы установите этому больному?

A. невринома;
B. нейрофиброматоз;
C. посттравматическая неврома;
D. хемодектома;
E. мезенхимома;
F. лимфогрануломатоз;
G. ринофима.

1.	B
2.	C
3.	A
4.	C
5.	B
6.	A
7.	C
8.	C
9.	A
10.	B
11.	A
12.	D
13.	B
14.	A
15.	C
16.	
17.	C
18.	F
19.	C
20.	B
21.	A
22.	C
23.	C
24.	C
25.	A
26.	B
27.	C
28.	D

29.	A
30.	C
31.	A
32.	B
33.	D
34.	B
35.	G

Контрольные вопросы по теме 6

1. Морфологическая классификация опухолей.
2. Клиническая классификация опухолей.
3. Предраковые заболевания и начальные формы рака.
4. Механизмы химиорезистентности опухолей.
5. Роль опухолевых маркеров.
6. Лабораторные методы индивидуального прогнозирования в онкологии.
7. Роль модификаторов и протекторов в лучевой терапии злокачественных опухолей.
8. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию различных методов рентгенодиагностики.
9. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию радиоизотопных методов.
10. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию ультразвуковых методов.
11. Диагностические возможности, показания и эффективность методов инструментальной диагностики в оценке функционального состояние больных перед началом и на этапах специального лечения (электрокардиография, в т.ч. с проведением функциональных нагрузочных проб, функция внешнего дыхания с проведение билатерального теста по Бергану, экскреторная функция почек).
12. Лабораторная диагностика: общий клинический анализ крови, общий клинический анализ мочи (по показаниям: анализ мочи по Земницкому, по Нечипоренко т.п.), анализ гликэмического профиля, биохимический анализ крови, исследование уровня гормонов крови (половые гормоны, гормоны щитовидной железы, гипофиза).
13. Современные возможности хирургического лечения:
14. Современные возможности лучевой терапии. Виды ионизирующего излучения. Аппаратное оснащение. Радиобиологические основы лучевой терапии, способы и средства радиомодификации.
15. Подходы к лекарственному лечению злокачественных опухолей. Показания, противопоказания, борьба с осложнениями.
16. Органосохраняющее и функционально-щадящее направление в лечении онкологических больных.
17. Современные возможности лучевой терапии злокачественных опухолей.
18. Виды ионизирующего излучения.
19. Аппаратное оснащение.
20. Радиобиологические основы лучевой терапии, способы и средства радиомодификации.
21. Новые методы лучевого лечения в онкологии: лучевая терапия как компонент комбинированного и комплексного лечения злокачественных опухолей; внутриполостная лучевая терапия; интраоперационная лучевая терапия.
22. Понятие о радикальной, паллиативной и симптоматической лучевой терапии.
23. Реакции и осложнения лучевой терапии. Методы профилактики и лечения.
24. Использование лазерной, электро- и криодеструкции в лечении злокачественных опухолей основных локализаций.

25. Основы хирургической реабилитации онкологических больных.
26. Современные представления о причинах развития злокачественных опухолей губ;
27. Современные классификации: клинические (отечественная, по системе TNM), морфологические;
28. Клинические проявления ранних форм.
29. Оптимальные методы диагностики и дифференциальной диагностики и порядок их использования.
30. Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов.
31. Основные ошибки в диагностике и лечении.
32. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.

33. Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез;
34. Дисгормональные гиперплазии молочных желез, сущность гормональных нарушений в развитии гиперплазии молочных желез и доброкачественных опухолей;
35. Морфологическая классификация гиперплазий и доброкачественных опухолей молочных желез;
36. Методы обследования больных с патологией молочных желез, их значение, роль самообследования в диагностике ранней онкопатологии;
37. Основные принципы лечения диффузных форм кистозно-фиброзной мастопатии;
38. Основные принципы лечения больных с узловыми формами мастопатии и доброкачественными опухолями молочных желез;
39. Лечение внутрипротоковых папиллом молочных желез;
40. Диспансерное наблюдение больных с доброкачественными и предопухолевыми заболеваниями молочных желез;
41. Частота развития рака молочной железы на фоне гиперплазии и доброкачественной опухоли молочных желез;
42. Заболеваемость и биологические особенности рака молочной железы;
43. Роль гормональных нарушений в развитии рака молочной железы, понятие о рецепторах стероидных гормонов;
44. Морфологическая классификация рака молочной железы;
45. Международная и отечественная классификация рака молочной железы;
46. Закономерности метастазирования рака молочной железы;
47. Ранняя диагностика рака молочной железы, роль профилактических осмотров в диагностике;
48. Клиническая картина узловых и диффузных форм рака молочной железы;
49. Клиническая картина редких и атипических форм рака молочной железы;
50. Особенности клинического течения рака молочной железы у мужчин;
51. Значение маммографии в диагностике рака молочной железы, показания;
52. Роль ультразвуковых методов в диагностике рака молочной железы;
53. Роль цитологических методов в диагностике рака молочной железы, методики забора материала для цитологического исследования;
54. Хирургическая биопсия (секторальная резекция) как лечебно-диагностический этап;
55. Дифференциальная диагностика рака молочной железы с узловыми формами мастопатии, гемобластозами, метастазами в молочные железы, маститами, специфическими воспалительными заболеваниями молочных желез;
56. Общие принципы лечения больных раком молочной железы

57. Показания к хирургическому методу лечения, понятие о радикальных и паллиативных операциях, осложнения хирургического лечения, их профилактика и лечение;
58. Понятие об органосохранных операциях при раке молочной железы, радикальная резекция молочной железы, показания, объем операции;
59. Радикальные операции (Холстеда, Пейти), расширенная мастэктомия (операция Урбана-Холдинга), показания, объем операции;
60. Паллиативные операции (простая мастэктомия), показания;
61. Комбинированное лечение при раке молочной железы, показания, пред- и послеоперационная лучевая терапии, лучевая терапия рецидивов и метастазов рака молочной железы;
62. Полихимиотерапия, показания, осложнения, показания к предоперационной и послеоперационной полихимиотерапии;
63. Принципы гормонотерапии, определение чувствительности рецепторов стероидных гормонов и гормонального баланса, показания;
64. Показания к овариоэктомии при раке молочной железы;
65. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата; их место в структуре онкологических заболеваний.
66. Современные представления о причинах возникновения различных опухолей кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата, первичная и вторичная профилактика.
67. Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата.
68. Особенности кровообращения и лимфооттока в данной области, вероятные пути метастазирования.
69. Современные методы обследования больных с опухолями кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата.
70. Диагностические возможности и показания к использованию различных методов рентгенодиагностики.
71. Диагностические возможности и показания к использованию радиоизотопных методов.
72. Диагностические возможности и показания к использованию ультразвуковых методов.
73. Методы морфологической верификации диагноза.
74. Онкомаркеры.
75. Современные методы лечения больных со злокачественными опухолями кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата.
76. Хирургический: основные виды оперативных вмешательств, показания и противопоказания к их использованию.
77. Различные методы физического воздействия лазерное, ультразвуковое, плазменное, криодеструкция; показания и противопоказания к их применению.
78. Лучевая терапия: виды излучения, механизмы их действия и особенности применения при данных заболеваниях, показания и противопоказания к их использованию.
79. Химиотерапия: различные варианты применения, основные лекарственные препараты, показания и противопоказания к их применению.
80. Особенности комбинированного и комплексного лечения различных опухолей кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата.
81. Заболеваемость, смертность, запущенность.
82. Современные классификации.
83. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
84. Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.

85. Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
86. Основные ошибки в диагностике и лечении.
87. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
88. Заболеваемость, смертность, запущенность.
89. Современные классификации пигментных невусов.
90. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
91. Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
92. Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
93. Основные ошибки в диагностике и лечении.
94. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
95. Вопросы медицинской реабилитации больных меланомой кожи;
96. Заболеваемость, смертность, запущенность.
97. Современные классификации.
98. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
99. Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
100. Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
101. Основные ошибки в диагностике и лечении.
102. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
103. Заболеваемость, смертность, запущенность.
104. Современные классификации.
105. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
106. Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
107. Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
108. Основные ошибки в диагностике и лечении.
109. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
110. Статистичиские данные (заболеваемость, смертность)
111. Биологические особенности и классификация лимфогрануломатоза (ЛГМ). Особенности метастазирования; классификация клиническая и морфологическая
112. Клиника и диагностика ЛГМ. Основные клинические проявления
113. Особенности клинического течения в зависимости от морфологического варианта, стадии, наличия симптомов интоксикации;
114. Морфологические методы диагностики.
115. Лабораторные методы диагностики
116. Рентгенологические и радиоизотопные методы диагностики ЛГМ
117. Возможности и значение хирургического метода в диагностике ЛГМ (диагностическая лапаротомия с биопсией, спленэктомия). Эволюция взглядов на спленэктомию.
118. Дифференциальная диагностика с лимфаденитами (специфическими и неспецифическими),инфекционными заболеваниями, коллагенозами. гематосаркомами, метастазами злокачественных опухолей.
119. Лечение ЛГМ. Выбор метода лечения в зависимости от стадии. Лечение начальных стадий (I-II).Факторы прогноза для выбора лечения.
120. Показания к лучевой терапии, лекарственной терапии. Понятие лучевой терапии по радикальной программе.
121. Принципы лечения III и IV стадии ЛГМ.

122. Лекарственная терапия первичных больных; методики и схемы химиотерапии.
123. Роль лучевой терапии в лечении распространенных стадий ЛГМ.
124. Лечение рецидивов.
125. Реакции и осложнения лучевой терапии.
126. Реакции и осложнения лекарственной терапии.
127. Современные взгляды на хирургическое лечение ЛГМ.
128. Результаты лечения и прогноз.

Перечень вопросов к ГИА по специальности – ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

23. Торакодорзальный лоскут и лоскут на основе прямых мышц живота. Анатомическое обоснование. Варианты применения. Техника формирования.
24. Классификация ожогов. Диагностика глубины поражения. Оценка площади поражения. Первая помощь при термических ожогах.
25. Паховый лоскут. Анатомические предпосылки. Применение. Техника выкраивания
26. Полнослойный и расщепленный кожные трансплантаты. Классификация. Физиология приживления Применение. Техника формирования и ведение послеоперационного периода.
27. Место дермотензии среди других методов кожной пластики. Виды дермотензии. Морфологические изменения мягких тканей при их дозированном растяжении.
28. Роль и место экспандерной дермотензии при реконструкции молочных желез после мастэктомии.
29. Коррекция хрящевого отдела носа. Варианты вмешательств. Ведение
30. Особенности клинических проявлений и лечения келоидных рубцов кожи.
31. Ограниченные ожоги (термические). Определение. Принципы ведения.
32. Ожоговый шок и ожоговая болезнь. Этиология. Патогенез. Принципы лечения.
33. Пластика встречными треугольными лоскутами. Виды лоскутов.
34. Реконструкция молочных желез. Виды операций, применяемых с целью реконструкции. Отбор пациентов.
35. Основные принципы и виды современной цервикопластики. Отбор пациентов, профилактика осложнений.
36. Вертикальное деление лица на овалы. Границы. Объёмное старение лица. Варианты коррекции.
37. Прикладная анатомия верхнего века. Обоснование доступов при верхней блефаропластике.
38. Кантопексия. Показания и противопоказания. Техника различных видов кантопексии.
39. Понятие SMAS лоскута. Техника подъема SMAS, векторы перемещения и точки фиксации.
40. Манипуляции со SMAS при лифтинге боковых отделов лица и шеи: прикладная анатомия, основные виды вмешательств, отбор пациентов.
41. Лифтинги боковых отделов лица с «вертикальным вектором» подъёма. Короткорубцовые» лифтинги: показания, противопоказания, основные принципы проведения.
42. Верхняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания. Современная концепция хирургического омоложения верхних век. Осложнения, их профилактика.
43. Прикладная анатомия нижнего века. Ламелы. Связки.

44. Вектор орбиты. Разделение круговой мышцы глаза. Жировые пакеты нижнего века. Анатомическое объяснение доступов при нижней блефаропластике.
45. Нижняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания. Современная концепция хирургического омоложения нижних век. Осложнения, их профилактика.
46. Возрастные изменения лица и шеи: характеристика, оценка, общие принципы коррекции.
47. Фронто-темпоро-орбито-малярный лифтинг (ФТМОЛ): современная концепция, принципы отбора пациентов, профилактика осложнений.
48. Ботулотоксин. Принцип действия. Препараты на современном рынке. Принципы разведения. Шприцы. Расчет единиц в шприце. Определение точек для инъекции в области верхней трети лица и периорбитальной области.
49. Оценка возрастных изменений тканей периорбитальной области. Принципы хирургической коррекции. Основные виды оперативных вмешательств.
50. Строение и функции кожи. Особенности кожи лица
51. Анатомо-функциональные особенности лица с точки зрения пластической хирургии
52. Основные «опасные» зоны лица
53. Диагностика и анализ дефектов в области лица и шеи
54. Местная пластика: определение, виды, особенности местнопластических операций в области лица и шеи
55. Пластика треугольными лоскутами: виды, показания, особенности проведения в области лица и шеи
56. Основные способы закрытия треугольного, круглого, четырёхугольного изъянов. Особенности планирования операции в области лица.
57. Свободная кожная пластика, нереваскуляризированные лоскуты: виды, показания к использованию, биологические основы их применения, донорские зоны, особенности планирования и проведения операции в области лица и шеи
58. Обоснования для проведения восстановительных операций в области лица с помощью лоскутов на временных питающих ножках. Классификация лоскутов, биологические основы их применения
59. Изъяны губ: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
60. Операция Эстляндера.
61. Операция Аббе.
62. Изъяны щёк: классификации изъянов, основные способы закрытия.
63. Изъяны наружного носа: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
64. Методы устранения приобретённых тотальных и субтотальных изъянов носа
65. Операция Суслова
66. Изъяны век: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
67. Изъяны ушных раковин: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
68. Операции при тотальных и субтотальных изъянах ушных раковин.
69. Возможности проведения экспандерной дермотензии для устранения изъянов в области головы и шеи. Показания и ограничения.
70. Коррекция перегородки носа в общем плане хирургической коррекции носа. Влияние формы перегородки на строение наружного носа. Коррекция верхнего отдела перегородки при сколиозе носа.
71. Методы коррекции деформации перегородки носа (техника «качающейся двери», метод диска, метод насечек, экстракорпореальная пластика перегородки носа).

72. Способы восстановления носового дыхания (коррекция перегородки носа, пластика носовых раковин, коррекция носовых клапанов), профилактика образования синящий полости носа.
73. Перфорация носовой перегородки, клинические проявления, способы коррекции.
74. Методы количественной оценки носа в фас и профиль (основные точки, линии, углы, индексы), приемы оптической коррекции формы носа.
75. Принцип «треножника» при планировании коррекции кончика носа, способы изменения профильной линии кончика носа.
76. Способы коррекции ширины подвижной части носа, профилактика осложнений эстетического и функционального характера.
77. Реконструкция концевого отдела носа, понятие об эстетических единицах носа, основные техники при восстановлении кожи, слизистой оболочки, опорных структур.
78. Реконструкция опорных структур пирамиды носа, способы коррекции сквозных дефектов скатов носа.
79. Уменьшающая ринопластика, основные приемы коррекции, особенности хирургической тактики у пациентов с разной толщиной мягкотканного компонента.
80. Принципы выполнения вторичной ринопластики, основные задачи и способы их решения.
81. Применение хрящевых трансплантатов в ринопластике. Особенности их использования при вторичных и первичных вмешательствах.
82. Нехирургические способы коррекции формы носа (филлеры, жир, ботокс) показания, осложнения.
83. Способы коррекции назолабиального комплекса (крылья носа, основание ноздрей, колюмеллы, свободного края крыла).
84. Предоперационная оценка наружного носа и внутриносовых структур, принципы планирования хирургического вмешательства.
85. Способы коррекции профильной линии спинки носа, понятие о точке ротации линии спинки носа.
86. Классификация липосакции по способу разрушения адипоцитов. Показания и противопоказания к липосакции.
87. Липосакция. Классификация с точки рения проводимой инфильтрации. Опасности и осложнения липосакции.
88. Классификация имплантов для аугментации молочных желез. Подбор имплантов. Предоперационное обследование и осмотр.
89. Абдоминопластика. Классификация эстетических недостатков передней брюшной стенки по Матарассо. Отбор пациентов для операции.
90. Виды доступов и варианты расположения имплантов при аугментационной маммопластики. Концепция 2-х плоскостного расположения имплантов.
91. Хирургическая техника выполнения аугментации молочных желез через субмаммарный, нижний переареолярный и аксилярный доступ при ретромускулярном расположении имплантов.
92. Мастоптоз. Классификация птоза по Рено. Тактика хирурга в зависимости от степени птоза молочных желез.
93. Мастопексия и редукционная маммопластика. Варианты питающих ножек САК.
94. Мастопексия и редукционная маммопластика. Выбор раскроя кожи и питающей ножки САК.
95. Мануальное обследование во время маммологической консультации. Отбор пациентов для увеличивающей маммопластики.
96. Абдоминопластика. Классификация вмешательств для коррекции эстетических недостатков передней брюшной стенки. Опасности и осложнения абдоминопластики.
97. Строение и функции кожи. Особенности кожи лица

98. Анатомо-функциональные особенности лица с точки зрения пластической хирургии
99. Основные «опасные» зоны лица
100. Диагностика и анализ дефектов в области лица и шеи
101. Местная пластика: определение, виды, особенности местнопластических операций в области лица и шеи
102. Пластика треугольными лоскутами: виды, показания, особенности проведения в области лица и шеи
103. Основные способы закрытия треугольного, круглого, четырёхугольного изъянов. Особенности планирования операции в области лица.
104. Свободная кожная пластика, нереваскуляризированные лоскуты: виды, показания к использованию, биологические основы их применения, донорские зоны, особенности планирования и проведения операции в области лица и шеи
105. Обоснования для проведения восстановительных операций в области лица с помощью лоскутов на временных питающих ножках. Классификация лоскутов, биологические основы их применения
106. Изъяны губ: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
107. Операция Эстляндера.
108. Операция Аббе.
109. Изъяны щёк: классификации изъянов, основные способы закрытия.
110. Изъяны наружного носа: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
111. Методы устранения приобретённых тотальных и субтотальных изъянов носа
112. Операция Суслова
113. Изъяны век: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
114. Изъяны ушных раковин: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
115. Операции при тотальных и субтотальных изъянах ушных раковин.
116. Возможности проведения экспандерной дермотензии для устранения изъянов в обл головы и шеи. Показания и ограничения.
117. Схема клинического обследования пациентов с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. Значение жалоб, анамнеза, данных осмотра, перкуссии, аускультации, пальпации в постановке диагноза.¶¶
118. Определение длины и окружности конечностей. Значение этого исследования для диагностики повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.¶¶
119. Определение объема движений в суставах конечностей. Значение этого исследования для диагностики повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.
120. Современные инструментальные методы обследования пациентов с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. Их возможности и значение для уточнения диагноза. ¶¶6. Достоверные и вероятные признаки перелома и вывиха. Осложнения закрытых переломов и вывихов, их профилактика. ¶¶
121. Стадии регенерации костной ткани, виды костной мозоли, ориентировочные сроки в которые происходит сращение кости. ¶¶
122. Факторы, влияющие на сращение кости при переломе. Оптимальные условия для консолидации. ¶¶
123. Основные методы лечения закрытых переломов. ¶¶
124. Виды гипсовых повязок, показания к их применению. Возможные осложнения при наложении гипсовых повязок, их раннее определение и профилактика. ¶¶

125. Лечение переломов методом остеосинтеза. Виды остеосинтеза. Показания и противопоказания. Понятие о стабильном остеосинтезе. ¶¶
126. Замедленная консолидация перелома. Ложный сустав. Факторы, способствующие их возникновению, клинические и рентгенологические признаки. Общие принципы лечения. ¶¶
127. Открытые переломы. Классификация А.В. Каплана и. О.Н. Марковой. ¶¶
128. Осложнения открытых переломов, травматический остеомиелит: профилактика, диагностика и лечение. ¶¶
129. Переломы и переломо-вывихи предплечья. Классификация. диагностика, лечение. Вывихи предплечья. Классификация. диагностика, лечение, сроки иммобилизации. ¶¶
130. Переломы и вывихи пястных костей и фаланг пальцев кисти: диагностика, лечение. ¶¶
131. 28. Повреждения сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев кисти: диагностика, принципы лечения. ¶¶
132. Показания к ампутации при травматических повреждениях конечностей. Экспресс-протезирование, виды протезов. ¶¶
133. Общие принципы и методы лечения ортопедических заболеваний. ¶
134. . Контрактуры и анкилозы. Классификация, этиология. Дифференциальная диагностика различных видов контрактур и анкилозов. Лечение. ¶
135. Применение компрессионно-дистракционных аппаратов в ортопедии. ¶
136. Причины минерального дисбаланса костной ткани. Понятие остеопороза, классификация, профилактика, диагностика, коррекция, лечение. ¶
137. Патологические и сенильные переломы. Диагностика, пути профилактики и лечение. ¶8. Врожденная мышечная кривошея. Диагностика, принципы лечения.
138. ¶Врожденная косолапость и плоско-вальгусная стопа. Клиника и принципы лечения. ¶
139. Статические деформации стоп. Виды плоскостопия. Принципы диагностики и лечения. ¶
140. . Вальгусное отклонение I пальца стопы. Молоткообразная деформация пальцев стоп. Диагностика, консервативное лечение, показания к оперативному лечению.
141. Врожденные деформации верхних конечностей: косорукость, синдактилия, полидактилия, эктродакти-лия. Клиника, диагностика, принципы лечения. ¶
142. Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов. Классификация, этиология, патогенез. ¶
143. Клинико-рентгенологическая диагностика дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов. Особенности ранней диагностики дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного и коленного суставов. ¶
144. Доброкачественные опухоли костей. Классификация, принципы лечения.
145. Злокачественные опухоли костей. Классификация, принципы лечения. ¶
146. Виды операций при злокачественных новообразованиях костей. Современные взгляды на тактику оперативного лечения. ¶