Курс 5 ИКМ им. Н.В. Склифосовского

Дисциплина Травматология и ортопедия

**Понедельник 16.03.2020 (группы 29-32, 35-36, 61-63)**

**Вторник 17.03.2020 (группы 13-16, 33-34, 70-72, 74, 76, 81)**

**Темы занятия**

1. Дегенеративные заболевания позвоночника. Остеохондроз

2. Ишемическая травма конечностей

**Основные понятия, которые должен освоить обучающийся**

1) Био­ме­ха­ни­ка по­зво­ноч­но­го сег­мен­та. Ос­тео­хон­д­роз по­зво­ноч­ни­ка: этио­ло­гия, па­то­ге­нез, клас­си­фи­ка­ция, кли­ни­че­ская и рент­ге­но­ло­ги­че­ская ди­аг­но­сти­ка, ос­лож­не­ния, ме­то­ды ле­че­ния. Кли­ни­че­ские син­дро­мы при ос­тео­хон­д­ро­зе по­зво­ноч­ни­ка на раз­лич­ных уров­нях (по­зво­ноч­ной ар­те­рии, пле­че­ло­па­точ­но­го пе­ри­ар­три­та, пе­ред­ней ле­ст­нич­ной мыш­цы, вис­це­раль­ные син­дро­мы). Ме­сто ма­ну­аль­ной ди­аг­но­сти­ки и те­ра­пии в ле­че­нии де­ге­не­ра­тив­ных за­бо­ле­ва­ний по­зво­ноч­ни­ка. Гры­жи меж­по­звон­ко­во­го дис­ка: дос­то­вер­ные и ве­ро­ят­ные при­зна­ки, па­ра­кли­ни­че­ские ме­то­ды об­сле­до­ва­ния при этой па­то­ло­гии. Наи­бо­лее рас­про­стра­нен­ные ме­то­ды кон­сер­ва­тив­но­го и опе­ра­тив­но­го ле­че­ния ос­тео­хон­д­ро­за, по­ка­за­ния и про­ти­во­по­ка­за­ния. Про­фи­лак­ти­ка ос­тео­хон­д­ро­за по­зво­ноч­ни­ка. Груп­пы рис­ка. Этио­ло­гия, па­то­ге­нез, ди­аг­но­сти­ка, прин­ци­пы ле­че­ния спон­ди­ло­ли­сте­за, спон­ди­ле­зов и спон­ди­ло­ар­тро­зов. Гор­мо­наль­ный дис­ба­ланс как од­на из при­чин де­ге­не­ра­тив­ных за­бо­ле­ва­ний по­зво­ноч­ни­ка; прин­ци­пы гор­мо­наль­ной кор­рек­ции у па­ци­ен­тов груп­пы рис­ка. Про­фес­сио­наль­ная и со­ци­аль­ная реа­би­ли­та­ция боль­ных с де­ге­не­ра­тив­ны­ми за­бо­ле­ва­ния­ми по­зво­ноч­ни­ка. Зна­ком­ст­во с ме­то­да­ми но­во­каи­но­вых бло­кад при ос­тео­хон­д­ро­зе по­зво­ноч­ни­ка, ме­то­да­ми вы­тя­же­ния (в том чис­ле — под­вод­но­го), ор­то­пе­ди­че­ски­ми фик­си­рую­щи­ми кон­ст­рук­ция­ми, ком­плек­сом ле­чеб­ной физ­куль­ту­ры при де­ге­не­ра­тив­ных за­бо­ле­ва­ни­ях по­зво­ноч­ни­ка.

2) Определение ишемической травмы тканей. Причины ишемических нарушений. Развитие синдрома эндогенной интоксикации, пути его профилактики. Этиология и патогенез синдрома длительного сдавления. Стадии патологического процесса, классификация степеней тяжести СДС, критерии оценки степени тяжести, прогноз. Ведущие, угрожающие жизни нарушения при СДС, меры профилактики развития острой почечной недостаточности. Способы коррекции острой почечной недостаточности у пораженных с СДС при оказании им квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Особенности хирургического лечения в раннем и промежуточном периодах течения СДС; показания к фасциотомии, некрэктомии, ампутации конечностей. Повреждения мягких тканей, имеющие по клиническому течению сходство с СДС: синдром позиционного сдавления, обширная отслойка мягких тканей, компартмент-синдром при выраженных отеках.

**Литература для подготовки**

Учебник «Травматология и ортопедия» под ред. Г.М.Кавалерского, А.В.Гаркави – М., Академия, 2013 – глава 53 (стр. 548-565)

Учебник «Травматология и ортопедия» под ред. Г.М.Кавалерского, А.В.Гаркави – М., Академия, 2013 – глава 10 (стр. 114-122) 1.

Учебник «Медицина чрезвычайных ситуаций» А.В.Гаркави, Г.М.Кавалерский,– М., «ГЭОТАР-Медиа», 2018 – глава 12 (стр. 274-285)

Textbook “Disaster Medicine” A. V. Garkavi, G. M. Kavalersky - M. : GEOTAR-Media, 2019 - Chapter 12. Ischemic injury, pp.238-248.

**Контрольные вопросы**

(ответы на вопросы тестового контроля – в учебнике)

1. **Дегенеративные заболевания позвоночника**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Появление дополнительного поясничного позвонка носит название:** |
| А. Спондилолиз |
| В. Спондилолистез |
| С. Люмбализация  |
| Д. Сакрализация |
| Е. Аномалия тропизма |
|  | **«Соскальзывание» тела позвонка вместе с вышележащим отделом позвоночника носит название:** |
| А. Спондилолиз |
| В. Спондилолистез |
| С. Люмбализация  |
| Д. Сакрализация |
| Е. Аномалия тропизма |
|  | **Несращение дужки с телом позвонка носит название:** |
| А. Спондилолиз |
| В. Спондилолистез |
| С. Люмбализация  |
| Д. Сакрализация |
| Е. Аномалия тропизма |
|  | **Что такое спондилолистез?** |
| А. Незаращение дужки позвонка (аномалия развития); |
| В. Сращение 5 поясничного позвонка с крестцом; |
| С. Выпадение межпозвонкового диска кзади (в спинномозговой канал); |
| Д. Выпадение межпозвонкового диска кпереди.  |
| Е. Соскальзывание тела позвонка кпереди вместе с вышележащим отделом позвоночника; |
|  | **В комплексе консервативного лечения распространенного остеохондроза применяют:** |
| 1. Вытяжение |
| 2. Внешнюю фиксацию гипсовыми повязками или ортезами |
| 3. Нестероидные противовоспалительные препараты |
| 4. Миорелаксирующие препараты |
|  | **Противоотечная терапия при остеохондрозе с болевым корешковым синдромом:** |
| А. Показана в остром периоде, так как устраняет сдавление корешка мягкими тканями |
| В. Показана только после полного купирования корешкового синдрома как средство профилактики возможных осложнений |
| С. Не может иметь эффекта, так как развитие корешкового синдрома не связано с отеками |
| Д. Противопоказана, так как может привести к ущемлению корешка в межпозвонковом отверстии  |
| Е. Не показана, так как эти препараты несовместимы с обязательным при болевом корешковом синдроме противовоспалительным лечением |
|  | **Наибольшую опасность развития стойких неврологических осложнений при остеохондрозе представляет смещение грыжи межпозвоночного диска:** |
| А. Кзади |
| В. Внедрение в тело позвонка (грыжа Шморля) |
| С. Кпереди |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | **При пролапсе межпозвонкового диска с миелопатическим синдромом методом выбора является:** |
| А. Медикаментозная (противовоспалительная и анальгетическая) терапия; |
| В. Тракционная терапия |
| С. Внешняя иммобилизация (корсет) на 4-6 месяцев. |
| Д. Мануальная терапия; |
| Е. Оперативное лечение; |
|  | **Для остеохондроза позвоночника характерно развитие:** |
| А. Рефлекторных вертеброгенных синдромов |
| В. Компрессионных вертеброгенных синдромов |
| С. Миоадаптивных синдромов |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | **Укажите рентгенологические признаки остеохондроза позвоночника.** |
| 1.Склероз замыкательных пластинок; |
| 2.Остеофиты; |
| 3.Уменьшение высоты межпозвонковой щели; |
| 4.Торсия позвонков. |
|  | **Для спондилеза характерно:** |
| 1.Склероз замыкательных пластинок; |
| 2.Разрушение пульпозного ядра |
| 3.Уменьшение высоты межпозвонковой щели; |
| 4. Формирование остеофитов |
|  | **Формирование растущих навстречу друг другу («целующихся») оссификатов позвонков характерно для:** |
| А. Дисгормональной спондилопатии |
| В. Болезни Форестье |
| С. Сколиотической болезни |
| Д. Спондилоартроза |
| Е. Спондилеза |
|  | **Сужение межпозвонковых отверстий характерно для:** |
| А. Дисгормональной спондилопатии |
| В. Болезни Форестье |
| С. Болезни Бехтерева |
| Д. Спондилоартроза |
| Е. Спондилеза |
|  | **Оссификация передней продольной связки характерна для:**А. Дисгормональной спондилопатииВ. Болезни Форестье С. Болезни ШпренгеляД. СпондилоартрозаЕ. Спондилеза |
|  | **Какой нерв поражается при синдроме грушевидной мышцы?** |
| А. Срединный |
| В. Локтевой |
| С. Наружный кожный нерв бедра |
| Д. Седалищный |
| Е. Большеберцовый |
|  | **Какой нерв поражается при болезни Рота?** |
| А. Срединный |
| В. Локтевой |
| С. Наружный кожный нерв бедра |
| Д. Седалищный |
| Е. Большеберцовый |
|  | **Висцеральный синдром при остеохондрозе грудного отдела позвоночника проявляется болями в области:** |
| А. Сердца (псевдокардиальный) |
| В. Эпигастрия (гастралгический) |
| С. Межлопаточной |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | **Пациент с остеохондрозом грудного отдела позвоночника может предъявлять жалобы на боли в области:** |
| 1. Сердца; |
| 2. Живота; |
| 3. Правого подреберья; |
| 4. Межлопаточной |
|  | **При люмбоишиалгии боль отмечается:**  |
| А. В пояснично-крестцовой области без иррадиации |
| В. В пояснично-крестцовой области с иррадиацией в область копчика |
| С. В пояснично-крестцовой области с иррадиацией в нижнюю конечность |
| Д. Только в нижней конечности по задне-наружной поверхности в зоне иннервации корешков конского хвоста |
| Е. Только в нижней конечности по задне-внутренней поверхности в зоне иннервации корешков конского хвоста |
|  | **При остеохондрозе поясничного отдела позвоночника могут отмечаться:** |
| А. Сипмтом Ласега |
| В. Сглаженность поясничного лордоза |
| С. Анталгический сколиоз |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | **Вегетативные расстройства при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника могут проявляться в виде:** |
| А. Ишиалгии |
| В. Дисфункции мочевого пузыря |
| С. Псевдокардиального синдрома. |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | **Головная боль с иррадиацией в затылок и теменно-височную область, сопровождающаяся головокружением и тошнотой, характерна для:** |
| А. Цервикальной дискалгии |
| В. Синдрома передней лестничной мышцы |
| С. Синдрома плечелопаточного периартрита |
| Д. Синдрома позвоночной артерии |
| Е. Висцерального синдрома |
|  | **Боль по внутренней поверхности плеча, предплечья и кисти иногда – с иррадиацией в затылок характерна для:** |
| А. Цервикальной дискалгии |
| В. Синдрома передней лестничной мышцы |
| С. Синдрома плечелопаточного периартрита |
| Д. Синдрома позвоночной артерии |
| Е. Синдрома эпикондилита |
|  | **Интенсивные боли в шее, начинающиеся после сна и усиливающиеся при попытках повернуть голову, характерны для:** |
| А. Цервикальной дискалгии |
| В. Синдрома передней лестничной мышцы |
| С. Синдрома плечелопаточного периартрита |
| Д. Синдрома позвоночной артерии |
| Е. Висцерального синдрома |
|  | **Боль, ирадиирующая в область надплечья и плечевого сустава, характерна для:** |
| А. Цервикальной дискалгии |
| В. Синдрома передней лестничной мышцы |
| С. Синдрома плечелопаточного периартрита |
| Д. Синдрома позвоночной артерии |
| Е. Синдрома эпикондилита |
|  | **Висцеральный синдром при остеохондрозе шейного отдела позвоночника проявляется болями в области:** |
| А. Сердца (псевдокардиальный) |
| В. Эпигастрия (гастралгический) |
| С. Правом подреберьи (холецистопатия) |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | **Для остеохондроза шейного отдела позвоночника характерны:** |
| 1. Синдром плече-лопаточного периартрита |
| 2. Синдром позвоночной артерии |
| 3. Синдром передней лестничной мышцы |
| 4. Синдром эпикондилита |

**Вопросы:**

1. Спондилолистез – стадии, клинико-рентгенологическая картина, принципы лечения.
2. Остеохондроз позвоночника – этиология, патогенез, морфологические изменения.
3. Остеохондроз шейного отдела позвоночника – диагностика, принципы лечения
4. Остеохондроз грудного отдела позвоночника – диагностика, принципы лечения
5. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника – диагностика, принципы лечения
6. Причины и дифференциальная диагностика вертеброгенных болевых синдромов
7. Комплексное консервативное лечение остеохондроза различной локализации.
8. **Ишемическая травма конечностей**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **При развитии синдрома длительного сдавления после освобождения конечности от внешней компрессии показанием к наложению резинового жгута является:** |
| А. Отсутствие активных движений в суставах |
| В. Отсутствие пассивных движений в суставах |
| С. Нарушения чувствительности |
| Д. Быстро нарастающий отек |
| Е. Наличие достоверных признаков перелома |
|  | **В случае отсутствия переломов и ран пострадавшим с синдромом длительного сдавления при оказании доврачебной помощи необходимо:** |
| А. Забинтовать конечность эластичным бинтом  |
| В. Наложить транспортные шины |
| С. Согреть пораженную конечность |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | **Пострадавшим с синдромом длительного сдавления при оказании доврачебной помощи необходимо:** |
| 1. Охладить пораженную конечность  |
| 2. Выполнить футлярную новокаиновую блокаду |
| 3. Ввести общие анальгетики |
| 4. Выполнить паранефральную блокаду |
|  | **Проведение гемодилюции в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления показано:**  |
| А. В периоде ишемии |
| В. В ранней стадии периода реперфузии |
| С. В промежуточной стадии периода реперфузии |
| Д. В стадии реконвалесценции |
| Е. Этот метод вообще не применяют в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления |
|  | **Применение плазмафереза и гемодиализа в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления показано:** |
| А. В периоде ишемии |
| В. В ранней стадии периода реперфузии |
| С. В промежуточной стадии периода реперфузии |
| Д. В стадии реконвалесценции |
| Е. Этот метод вообще не применяют в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления |
|  | **Фасциотомия при прогрессирующем отеке у пострадавших с синдромом длительного сдавления конечностей на этапах медицинской эвакуации в ЧС показана:**  |
| А. При значительной площади поражения |
| В. При выраженных расстройствах периферической иннервации |
| С. При задержке эвакуации в специализированный стационар |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | **При отсутствии ран на фоне синдрома длительного сдавления конечности транспортировка в стационар с кровоостанавливающим жгутом проводится:** |
| А. Только при компенсированной ишемии |
| В. Только при необратимой ишемии |
| С. Жгут в процессе транспортировки не оставляют ни при каких обстоятельствах |
| Д. При компенсированной и декомпенсированной ишемии |
| Е. При декомпенсированной и необратимой ишемии |
|  | **Фасциотомию при развитии выраженного отека конечности на фоне синдрома длительного сдавления выполняют:** |
| А. Как можно раньше во всех случаях |
| В. Только после разрешения острой почечной недостаточности |
| С. Только при невозможности ранней госпитализации в специализированный стационар |
| Д. Только при нарушениях пассивных движений в суставах конечности |
| Е. Фасциотомия при СДС противопоказана, так как приводит к тяжелому нагноению |
|  | **Эндогенная интоксикация при синдроме длительного сдавления достигает своего максимума:** |
| А. В течение периода ишемии |
| В. К началу ранней стадии (эндогенной интоксикации) периода реперфузии  |
| С. В разгаре ранней стадии (эндогенной интоксикации) периода реперфузии  |
| Д. К промежуточной стадии (почечной недостаточности) периода реперфузии |
| Е. К завершающей стадии (реконвалесценции) периода реперфузии  |
|  | **Когда при синдроме длительного сдавления главной угрозой жизни является нестабильная гемодинамика?** |
| А. В периоде ишемии |
| В. В ранней стадии периода реперфузии (эндогенной интоксикации) |
| С. В промежуточной стадии периода реперфузии |
| Д. В стадии реконвалесценции |
| Е. Для синдрома длительного сдавления нарушения гемодинамики не характерны |
|  | Основной угрозой для жизни в ранней стадии периода реперфузии при синдроме длительного сдавления является: |
| А. Эндогенная интоксикация |
| В. Нестабильная гемодинамика |
| С. Острая почечная недостаточность |
| Д. Полиорганная патология |
| Е. Гнойно-инфекционные осложнения |
|  | **Признаком наступления второй (промежуточной) стадии периода реперфузии при синдроме длительного сдавления является:** |
| А. Стабилизация гемодинамики |
| В. Олигоанурия |
| С. Начало отторжения некротических тканей |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | **Ведущим фактором, обусловливающим развитие синдрома позиционного сдавления, является:** |
| А. Размозжение мягких тканей с формированием множественных межмышечных гематом  |
| В. Повреждение периферических нервов с развитием периферических невритов |
| С. Нарушение кровоснабжения тканей с развитием ишемических расстройств |
| Д. Длительное обездвиживание суставов с развитием артрогенных контрактур  |
| Е. Сдавление мягких тканей гипсовой повязкой с формированием пролежней и фликтен |
|  | **От чего зависит тяжесть синдрома длительного сдавления?** |
| А. От площади сдавления; |
| В. От времени сдавления; |
| С. От наличия переломов вне зоны сдавления |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | **Какие нарушения преобладают в промежуточном периоде синдрома длительного сдавления?** |
| А. Гнойно-инфекционные осложнения |
| В. Явления почечной недостаточности |
| С. Нарушения гемодинамики |
| Д. Только варианты А и В  |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | **Активные движения в суставах конечности при ишемическом поражении отсутствуют при:** |
| А.Необратимой ишемии |
| В. Декомпенсированной ишемии  |
| С. Компенсированной ишемии |
| Д. Только варианты А и В  |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | **Пассивные движения в суставах конечности при ишемическом поражении отсутствуют**  |
| А.При необратимой ишемии |
| В. При декомпенсированной ишемии  |
| С. При компенсированной ишемии |
| Д. Только варианты А и В  |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | **Нарушения чувствительности при ишемическом поражении конечности характерны для:** |
| А.Необратимой ишемии |
| В. Декомпенсированной ишемии  |
| С. Компенсированной ишемии |
| Д. Только варианты А и В  |
| Е. Варианты А,В и С |

**Вопросы.**

1. Патогенез синдрома длительного сдавления – стадии, клинические признаки.
2. Определение жизнеспособности конечности при ишемическом поражении и степени тяжести синдрома длительного сдавления в догоспитальном периоде.
3. Способы детоксикационной терапии при ишемических поражениях мягких тканей и показания к их применению.
4. Виды экстренных оперативных вмешательств при синдроме длительного сдавления – показания и противопоказания.
5. Оказание медицинской помощи пострадавшим с синдромом длительного сдавления конечностей в догоспитальном периоде (перечень и характер выполняемых действий).

**Задачи**

При взрыве бытового газа в подъезде жилого дома у мужчины 32 лет обломком обрушившейся стены оказалась придавлена правая голень. Спасатели прибыли через 4 часа, однако для разбора завала, по их словам, необходимо еще 2-2,5 часа. Пострадавший отмечает сильные боли в области правой голени. *Вы – руководитель врачебно-сестринской бригады, работающей непосредственно в очаге катастрофы. Определите ваши действия в догоспитальном периоде, а также очередность и характер эвакуации пострадавшего после его извлечения из завала.*

Во время проведения погрузочных работ на складе на мужчину 45 лет обрушились мешки с цементом, придавив ему обе нижние конечности до уровня нижней трети бедер. Самостоятельно выбраться пострадавший не смог, очевидцев события не было (он работал один). Через какое-то время (точное время неизвестно) его освободили пришедшие на склад рабочие. Вы – врач предприятия, вызванный на место происшествия. При осмотре – видимых повреждений нет, жалоб не предъявляет. При более детальном опросе отмечает легкое онемение в области обеих стоп. *Определите ваши действия. Какую медицинскую помощь необходимо оказать пострадавшему?*

**Контрольные вопросы**

(ответы на вопросы тестового контроля – в учебнике)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Какую блокаду следует выполнить при оказании первой врачебной помощи при ожогах головы и дыхательных путей?** |
| А. Паранефральную; |
| В. Вагосимпатическую; |
| С. Загрудинную. |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Полноценное заживление (без образования рубца) ожоговой раны без кожной пластики возможно при ожогах: |
| А. II степени |
| В. IIIА степени |
| С. IIIБ степени |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | В случае ожогов пламенем всего туловища, рук и лица при оказании первой врачебной помощи в числе прочих мероприятий следует выполнить новокаиновую блокаду: |
| А. Паранефральную |
| В. Вагосимпатическую |
| С. Паравертебральную |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | В случае ожогов всей задней поверхности туловища и обеих нижние конечностей при оказании первой врачебной помощи в числе прочих мероприятий следует выполнить новокаиновую блокаду: |
| А. Футлярную |
| В. Паранефральную |
| С. Паравертебральную |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | При ожоге III А степени поражаются |
| А. Только эпидермис |
| В. Кожа до росткового слоя |
| С. Кожа на всю глубину |
| Д. Кожа и подкожная клетчатка |
| Е. Кожа, подкожная клетчатка и мышцы |
|  | С какой целью используют спасательное покрывало у пострадавших с тяжелыми ожогами? |
| А.Для согревания пострадавшего |
| В.Для защиты кожных покровов от загрязнения |
| С.Для бережной переноски пострадавшего |
| Д.Только варианты А и В |
| Е.Варианты А,В и С |
|  | При тепловом ударе холод накладывают: |
| А.На боковую поверхность шеи |
| В.На подмышечную область |
| С.На паховую область |
| Д.Только варианты А и В |
| Е.Варианты А,В и С |
|  | Что нужно сделать при оказании первой помощи в случаях поверхностных термических ожогов? |
| А.Наложить мазевую повязку на ожоговую поверхность |
| В.Охладить ожоговую поверхность проточной водой |
| С.Обработать ожоговую поверхность йодом, спиртом |
| Д.Только варианты А и В |
| Е.Варианты А,В и С |
|  | Что нужно сделать при оказании первой помощи в случаях поверхностных термических ожогов? |
| А.Наложить чистую повязку |
| В.Проколоть образовавшиеся пузыри, но не удалять их |
| С.Осторожно удалить отслоившуюся кожу, остатки обгоревшей одежды |
| Д.Только варианты А и В |
| Е.Варианты А,В и С |
|  | При химических ожогах (кислотой или щелочью) необходимо: |
| А.Промыть область ожога проточной водой |
| В.Наложить защитную повязку |
| С.Провести реакцию нейтрализации |
| Д.Только варианты А и В |
| Е.Варианты А,В и С |
|  | Для поверхностного ожога характерно: |
| А. Гиперемия и отечность кожных покровов; |
| В. Пузыри светло-желтого цвета; |
| С. Струп темно-коричневого цвета  |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А и С |
|  | Какие клинические признаки говорят о глубоких ожогах? |
| А. Пузыри, заполненные темной кровью; |
| В. Струп темно-коричневого цвета  |
| С. Гиперемия и отечность кожных покровов; |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Образование эпидермальных пузырей характерно для ожогов: |
| А. II степени |
| В. III степени |
| С. IV степени |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | О выходе пострадавшего из состояния ожогового шока свидетельствует: |
| А. Полиурия; |
| В. Гипертермия тела; |
| С. Повышение систолического давления до 80 и более мм рт.ст. |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Какие изменения позволяют наиболее достоверно судить о развитии ожогового шока? |
| 1. Олигурия |
| 2. Нестабильная гемодинамика |
| 3. Гемоконцентрация |
| 4. Дыхательная недостаточность |

**Вопросы:**

1. Классификация, определение глубины и площади термических ожогов.
2. Ожоговая болезнь – периоды, их клинические проявления.
3. Оценка тяжести ожогового шока и степени тяжести ожогового поражения в догоспитальном периоде и в стационаре
4. Особенности местного лечения ожоговых ран в догоспитальном периоде и в стационаре
5. Классификация холодовой травмы, характеристика видов холодовых поражений.
6. Классификация отморожений, способы диагностики поверхностных и глубоких поражений
7. Определение степени тяжести состояния, оказание помощи пострадавшим с переохлаждением в догоспитальном периоде и в стационаре. Правила согревания пострадавшего.

**Задачи**

1. Пострадавший 25 лет. Обожжены передняя поверхность туловища, за исключением трех участков неправильной формы величиной приблизительно с ладонь пострадавшего каждый, передние поверхности нижних конечностей. Ожоговая поверхность представляет собой участки гиперемии с пузырями без геморрагического содержимого.

Поставьте диагноз. Определите тяжесть ожогового поражения и прогноз. Укажите объем оказания медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.

1. Пострадавший 75 лет. Обожжены передняя поверхность туловища, за исключением трех участков неправильной формы величиной приблизительно с ладонь пострадавшего каждый, передние поверхности нижних конечностей. Ожоговая поверхность представляет собой участки гиперемии с частично вскрывшимися пузырями без геморрагического содержимого.

Поставьте диагноз. Определите тяжесть ожогового поражения и прогноз. Укажите объем оказания медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.

1. Пострадавший 45 лет. Обожжены передняя поверхность туловища, за исключением трех участков неправильной формы величиной приблизительно с ладонь пострадавшего каждый, а также лицо. Пострадавший долгое время находился в закрытом помещении, охваченном пожаром. Ожоговая поверхность представляет собой участки гиперемии с пузырями без геморрагического содержимого. Пузыри частично вскрылись.

Поставьте диагноз. Определите тяжесть ожогового поражения и прогноз. Укажите объем оказания медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.

1. Пострадавший Б. 37 лет. Обожжена передняя поверхность туловища, имеется также циркулярный ожог правой голени. Ожоговая поверхность представляет собой участки гиперемии с пузырями геморрагического содержимого.

Поставьте диагноз. Определите тяжесть ожогового поражения и прогноз. Укажите объем оказания медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара

1. Пострадавший 40 лет провалился в прорубь во время зимней рыбалки и долго находился в воде. Бледен. Сонлив. АД 120/80 мм.рт. ст. Частота дыхательных движений 12 в минуту. Температура в прямой кишке 32 °С.

Поставьте диагноз. Определите тяжесть состояния и прогноз. Укажите объем оказания медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.

**Контрольные вопросы**

(ответы на вопросы тестового контроля – в учебнике)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **К достоверным признакам переломов ребер относят:** |
| А. Костную крепитацию |
| В. Развитие гемо- или пневмоторакса |
| С. Симптом прерванного вдоха |
| Д. Только варианты А и В  |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | **Множественными называют переломы ребер:** |
| А. Перелом одного ребра в двух местах  |
| В. Начиная с перелома двух ребер |
| С. Начиная с перелома трех ребер |
| Д. Начиная с перелома четырех ребер |
| Е. Перелом ребер в сочетании с переломами других костей |
|  | **Парадоксальное дыхание возникает при переломах ребер:** |
| А. Множественных  |
| В. Окончатых |
| С. Двухсторонних |
| Д. Осложненных повреждением плевры |
| Е. Развитие парадоксального дыхания не связано с повреждением ребер |
|  | **При парадоксальном дыхании легкое на стороне поражения при вдохе:** |
| А. Беспорядочно спадается и расправляется во время дыхательных движений  |
| В. Начав расправляться, останавливается при продолжающемся вдохе |
| С. Не меняет объем |
| Д. Расправляется |
| Е. Спадается |
|  | **При парадоксальном дыхании легкое на стороне, противоположной поражению, при вдохе:** |
| А. Беспорядочно спадается и расправляется во время дыхательных движений  |
| В. Начав расправляться, останавливается при продолжающемся вдохе |
| С. Не меняет объем |
| Д. Расправляется |
| Е. Спадается |
|  | **Вагосимпатическая блокада по А.В.Вишневскому показана при переломах ребер:** |
| А. Осложненных повреждением легкого |
| В. Множественных  |
| С. Окончатых |
| Д. Только варианты А и В  |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | **Какой способ не приводит к купированию болевого синдрома, вызванного переломами ребер?**  |
| А. Блокада межреберных нервов |
| В. Паравертебральная блокада |
| С. Перидуральная анестезия |
| Д. Вагосимпатическая блокада |
| Е. Стягивающая повязка на грудную клетку |
|  | В лечении неосложненных переломов ребер следует применять: |
| 1. Иммобилизацию повреждений (стягивающая повязка) на несколько дней |
| 2. Дыхательную гимнастику с первого дня |
| 3. Постельный режим, положение полусидячее |
| 4. Раннюю активизацию  |
|  | При нарушении каркасности грудной клетки на фоне переломов ребер применяют: |
| 1. Внешние фиксирующие шины |
| 2. Постоянное вытяжение |
| 3. Остеосинтез  |
| 4. Тугое бинтование груди |
|  | При закрытом переломе ребра может развиться: |
| 1.Подкожная эмфизема |
| 2.Напряженный пневмоторакс |
| 3.Закрытый пневмоторакс |
| 4.Гемоторакс  |
|  | Наибольшая угроза развития плевропульмонального шока существует при развитии: |
| А. Гемоторакса |
| В. Открытого пневмоторакса |
| С. Закрытого пневмоторакса |
| Д. Клапанного пневмоторакса с наружным клапаном |
| Е. Клапанного пневмоторакса с внутренним клапаном |
|  | При пневмотораксе пункцию плевральной полости наиболее оптимально выполнять:  |
| А. В VII межреберьи по переднеаксилярной линии |
| В. В VII межреберьи по заднеаксилярной линии |
| С. В V межреберьи по переднеаксилярной линии |
| Д. В III межреберьи по среднеключичной линии |
| Е. Во II межреберьи по среднеключичной линии |
|  | При гемотораксе пункцию плевральной полости наиболее оптимально выполнять:  |
| А. В VII межреберьи по переднеаксилярной линии |
| В. В VII межреберьи по заднеаксилярной линии |
| С. В V межреберьи по переднеаксилярной линии |
| Д. В III межреберьи по среднеключичной линии |
| Е. Во II межреберьи по среднеключичной линии |
|  | Для «флотирующих» переломов ребер характерно: |
| А. Выраженная одышка |
| В. Парадоксальное дыхание |
| С. Дислокация органов средостения |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Что является наиболее частой сопутствующей патологией при переломе грудины? |
| А. Синдром травматической асфиксии |
| В. Повреждение легкого |
| С. Ушиб сердца |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Кровохарканье при травме груди свидетельствует о: |
| А. Гемотораксе |
| В. Повреждении легкого |
| С. Повышении внутригрудного давления при напряженном пневмотораксе |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | При закрытой травме груди подкожная эмфизема является достоверным признаком: |
| А. Повреждения легкого |
| В. Повреждения плевры  |
| С. Пневмоторакса |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Достоверным признаком повреждения легкого при закрытой травме груди является: |
| А. Подкожная эмфизема |
| В. Притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки  |
| С. Парадоксальное дыхание при флотирующих переломах  |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Укажите симптомы, которые могут определяться при закрытых переломах ребер, осложненных пневмотораксом. |
| А. Одышка |
| В. Кровохарканье |
| С. Подкожная эмфизема |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Укажите симптомы, которые могут определяться при закрытых переломах ребер, осложненных гемотораксом. |
| А. Тимпанит на стороне, противоположной повреждению |
| В. Притупление перкуторного звука на стороне повреждения |
| С. Притупление перкуторного звука на стороне, противоположной повреждению |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Признаками клапанного пневмоторакса является:  |
| А. «Свистящая», «плюющая» рана грудной стенки |
| В. Обширная подкожная эмфизема |
| С. Кровохарканье |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | О продолжающемся кровотечении в плевральную полость свидетельствует: |
| А. Притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки |
| В. Положительная проба Рувилуа-Грегуара |
| С. Появление кровохарканья |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Определить продолжающееся кровотечение в плевральную полость при оказании первой врачебной помощи можно на основании:  |
| А. Исследования пунктата из плевральной полости |
| В. Динамики развития гемоторакса |
| С. Изменения времени свертывания периферической крови |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | При «флотирующих» переломах ребер нормализации легочной вентиляции можно достигнуть с помощью:  |
| А. Искусственной вентиляции легких |
| В. Внешнего шинирования или вытяжения |
| С. Дренирования плевральной полости с активной аспирацией |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Для эффективного дренирования плевральной полости при оказании первой врачебной помощи применяют: |
| А. Дренаж по Бюлау |
| В. «Перчаточный» дренаж |
| С. Активный электрический аспиратор |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Обширная, нарастающая подкожная эмфизема характерна для: |
| А. Клапанного пневмоторакса |
| В. Открытого пневмоторакса |
| С. Закрытого пневмоторакса |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Окклюзионная повязка эффективна при: |
| 1. Открытом пневмотораксе |
| 2. «Флотирующих» переломах ребер |
| 3. Клапанном пневмотораксе с наружным клапаном |
| 4. Клапанном пневмотораксе с внутренним клапаном |
|  | Какие инструментальные исследования показаны при подозрении на перелом грудины? |
| 1. Рентгенография |
| 2. ЭКГ |
| 3. Сцинтиграфия |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Шейная вагосимпатическая блокада показана при:  |
| А. Множественных переломах ребер |
| В. Ожоге верхних дыхательных путей |
| С. Проникающем ранении груди |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Какая анестезия может быть выполнена пострадавшему с множественными переломами ребер, осложненными гемопневмотораксом? |
| А. Вагосимпатическая |
| В. Паравертебральная |
| С. Паранефральная |
| Д. Только варианты А и В  |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Пострадавший отхаркивает пенистую мокроту при: |
| А.Носовом кровотечении |
| В.Повреждении легкого |
| С.Желудочном кровотечении |
| Д.Только варианты А и В |
| Е.Варианты А,В и С |
|  | Пострадавшему с проникающим ранением груди оказание первой помощи начинают: |
| А.С проведения искусственного дыхания |
| В.С остановки наружного кровотечения |
| С.С придания транспортного положения (полусидячего) |
| Д.С наложения окклюзионной повязки |
| Е.С обезболивания |
|  | Наибольшая угроза развития плевропульмонального шока существует при развитии: |
| А. Гемоторакса |
| В. Открытого пневмоторакса |
| С. Закрытого пневмоторакса |
| Д. Клапанного пневмоторакса с наружным клапаном |
| Е. Клапанного пневмоторакса с внутренним клапаном |
|  | Кровохарканье при травме груди свидетельствует о: |
| А. Гемотораксе |
| В. Повреждении легкого |
| С. Повышении внутригрудного давления при напряженном пневмотораксе |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | При закрытой травме груди подкожная эмфизема является достоверным признаком: |
| А. Повреждения легкого |
| В. Повреждения плевры  |
| С. Пневмоторакса |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Достоверным признаком повреждения легкого при закрытой травме груди является: |
| А. Подкожная эмфизема |
| В. Притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки  |
| С. Парадоксальное дыхание при флотирующих переломах  |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Укажите симптомы, которые могут определяться при закрытых переломах ребер, осложненных пневмотораксом. |
| А. Одышка |
| В. Кровохарканье |
| С. Подкожная эмфизема |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Укажите симптомы, которые могут определяться при закрытых переломах ребер, осложненных гемотораксом. |
| А. Тимпанит на стороне, противоположной повреждению |
| В. Притупление перкуторного звука на стороне повреждения |
| С. Притупление перкуторного звука на стороне, противоположной повреждению |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Признаками клапанного пневмоторакса является:  |
| А. «Свистящая», «плюющая» рана грудной стенки |
| В. Обширная подкожная эмфизема |
| С. Кровохарканье |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | О продолжающемся кровотечении в плевральную полость свидетельствует: |
| А. Притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки |
| В. Положительная проба Рувилуа-Грегуара |
| С. Появление кровохарканья |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Определить продолжающееся кровотечение в плевральную полость при оказании первой врачебной помощи можно на основании:  |
| А. Исследования пунктата из плевральной полости |
| В. Динамики развития гемоторакса |
| С. Изменения времени свертывания периферической крови |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Обширная, нарастающая подкожная эмфизема характерна для: |
| А. Клапанного пневмоторакса |
| В. Открытого пневмоторакса |
| С. Закрытого пневмоторакса |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Пострадавший отхаркивает пенистую мокроту при: |
| А.Носовом кровотечении |
| В.Повреждении легкого |
| С.Желудочном кровотечении |
| Д.Только варианты А и В |
| Е.Варианты А,В и С |
|  | При пневмотораксе пункцию плевральной полости наиболее оптимально выполнять:  |
| А. В VII межреберьи по переднеаксилярной линии |
| В. В VII межреберьи по заднеаксилярной линии |
| С. В V межреберьи по переднеаксилярной линии |
| Д. В III межреберьи по среднеключичной линии |
| Е. Во II межреберьи по среднеключичной линии |
|  | При гемотораксе пункцию плевральной полости наиболее оптимально выполнять:  |
| А. В VII межреберьи по переднеаксилярной линии |
| В. В VII межреберьи по заднеаксилярной линии |
| С. В V межреберьи по переднеаксилярной линии |
| Д. В III межреберьи по среднеключичной линии |
| Е. Во II межреберьи по среднеключичной линии |
|  | При «флотирующих» переломах ребер нормализации легочной вентиляции можно достигнуть с помощью:  |
| А. Искусственной вентиляции легких |
| В. Внешнего шинирования или вытяжения |
| С. Дренирования плевральной полости с активной аспирацией |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Для эффективного дренирования плевральной полости при оказании первой врачебной помощи применяют: |
| А. Дренаж по Бюлау |
| В. «Перчаточный» дренаж |
| С. Активный электрический аспиратор |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Окклюзионная повязка эффективна при: |
| 1. Открытом пневмотораксе |
| 2. «Флотирующих» переломах ребер |
| 3. Клапанном пневмотораксе с наружным клапаном |
| 4. Клапанном пневмотораксе с внутренним клапаном |
|  | Какая анестезия может быть выполнена пострадавшему с множественными переломами ребер, осложненными гемопневмотораксом? |
| А. Вагосимпатическая |
| В. Паравертебральная |
| С. Паранефральная |
| Д. Только варианты А и В  |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Пострадавшему с проникающим ранением груди оказание первой помощи начинают: |
| А.С проведения искусственного дыхания |
| В.С остановки наружного кровотечения |
| С.С придания транспортного положения (полусидячего) |
| Д.С наложения окклюзионной повязки |
| Е.С обезболивания |
|  | При переломах костей таза типа Мальгеня опасность могут представлять: |
| А. Сопутствующие повреждения внутренних органов |
| В. Выраженный болевой синдром с развитием шока |
| С. Острая кровопотеря |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Что обусловливает тяжесть состояния пострадавшего в догоспитальном периоде при закрытом переломе таза типа Мальгеня?  |
| А. Острая кровопотеря |
| В. Болевой синдром |
| С. Задержка мочи |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Какие опасны осложнения могут возникнуть при травме таза? |
| А.Развитие шока |
| В.Массивное внутреннее кровотечение |
| С.Повреждении внутренних органов |
| Д.Только варианты А и В  |
| Е.Варианты А,В и С |
|  | Какая походка характерна при последствиях перелома таза с разрывом симфиза? |
| А. «Утиная» |
| В. Подпрыгивающая |
| С. Щадящая хромота |
| Д. Нещадящая хромота |
| Е. Работа «мельничного колеса» |
|  | Вертикальное смещение костей таза при переломе типа Мальгеня определяют с помощью сравнительного измерения:  |
| А. Относительной длины нижних конечностей |
| В. Абсолютной длины нижних конечностей |
| С. Расстояний от верхушек больших вертелов до мечевидного отростка грудины |
| Д. Расстояний от передневерхних остей крыльев подвздошной кости до мечевидного отростка грудины |
| Е. Расстояний от передневерхних остей крыльев подвздошной кости до яремной вырезки грудины |
|  | Для перелома лонной и седалищной костей с одной стороны характерным является положительный симптом: |
| 1. Прилипшей пятки |
| 2. Разводящей нагрузки |
| 3. Сближающей нагрузки |
| 4. Относительное укорочение бедра на стороне перелома |
|  | При каком наименьшем из указанных значений расхождения симфиза при травмах таза повреждается крестцово-подвздошное сочленение? |
| А. 1 см |
| В. 2 см |
| С. 3 см |
| Д. 4 см |
| Е. 5 см |
|  | Псевдоабдоминальный синдром может отмечаться при:  |
| А. Переломах костей таза |
| В. Переломах поясничного отдела позвоночника |
| С. Разрывах кишечника  |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Катетерная проба позволяет выявить: |
| А. Острую задержку мочи |
| В. Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря |
| С. Разрыв уретры |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Укажите признаки, по которым можно заподозрить травму таза |
| А.Пострадавший не может поднять выпрямленную ногу на стороне повреждения |
| В.Боль в области повреждения усиливается при движениях нижних конечностей |
| С.Гематома мошонки или половых губ |
| Д.Только варианты А и В |
| Е.Варианты А,В и С |
|  | Перелом таза типа Мальгеня - это: |
| А. Перелом лонной и седалищной костей с одной стороны; |
| В. Перелом крыла подвздошной кости с переходом на вертлужную впадину |
| С. 2-х сторонний перелом лонных и седалищных костей; |
| Д. Перелом костей таза с нарушением непрерывности заднего полукольца; |
| Е. Перелом костей таза с нарушением непрерывности переднего и заднего полуколец. |
|  | Поперечный перелом крестца – это повреждение  |
| А. Без нарушения непрерывности полуколец таза |
| В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца |
| С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца |
| Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец |
| Е. С нарушением целости вертлужной впадины |
|  | Перелом левой лонной и правой седалищной костей – это повреждение  |
| А. Без нарушения непрерывности полуколец таза |
| В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца |
| С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца |
| Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец |
| Е. С нарушением целости вертлужной впадины |
|  | Перелом правых лонной и седалищной костей – это повреждение  |
| А. Без нарушения непрерывности полуколец таза |
| В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца |
| С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца |
| Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец |
| Е. С нарушением целости вертлужной впадины |
|  | Перелом лонных и седалищных костей справа и слева – это повреждение  |
| А. Без нарушения непрерывности полуколец таза |
| В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца |
| С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца |
| Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец |
| Е. С нарушением целости вертлужной впадины |
|  | Вертикальный перелом боковой массы крестца – это повреждение  |
| А. Без нарушения непрерывности полуколец таза |
| В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца |
| С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца |
| Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец |
| Е. С нарушением целости вертлужной впадины |
|  | Перелом правых лонной и седалищной костей с разрывом крестцово-подвздошного сочленения слева– это повреждение  |
| А. Без нарушения непрерывности полуколец таза |
| В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца |
| С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца |
| Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец |
| Е. С нарушением целости вертлужной впадины |
|  | Центральным вывихом бедра называют: |
| А. Вывих головки бедренной кости со смещением кпереди и вверх (лонный вывих) |
| В. Вывих головки бедренной кости со смещением кзади и вверх (подвздошный вывих) |
| С. Вывих головки бедренной кости со смещением кзади и вниз (седалищный вывих) |
| Д. Перелом крыши вертлужной впадины со смещением головки бедра проксимально |
| Е. Перелом дна вертлужной впадины со смещением головки бедра в полость таза |
|  | При переломах таза типа «открытая книга» (В1 по классификации АО/ASIF) с разрывом симфиза консервативное лечение проводят: |
| А. На щите в положении Волковича |
| В. В гипсовой кокситной повязке |
| С. В гамаке |
| Д. На скелетном вытяжении |
| Е. С помощью метода ранней активизации |
|  | При переломах таза типа «закрытая книга» (В2 по классификации АО/ASIF) консервативное лечение проводят: |
| А. На щите в положении Волковича |
| В. В гипсовой кокситной повязке |
| С. В гамаке |
| Д. На скелетном вытяжении |
| Е. С помощью метода ранней активизации |
|  | При вертикально нестабильных переломах таза (В3 по классификации АО/ASIF) консервативное лечение проводят: |
| А. На щите в положении Волковича |
| В. В гипсовой кокситной повязке |
| С. В гамаке |
| Д. На скелетном вытяжении |
| Е. С помощью метода ранней активизации |
|  | При центральном вывихе бедра консервативное лечение проводят: |
| А. На щите в положении Волковича |
| В. В гипсовой кокситной повязке |
| С. В гамаке |
| Д. На скелетном вытяжении |
| Е. С помощью метода ранней активизации |
|  | Положением Волковича называют: |
| А. Ноги выпрямлены в коленных суставах и разведены |
| В. Ноги сведены и выпрямлены, под пятки положен валик |
| С. Ноги согнуты в тазобедренном и коленном суставах, стопы и колени сведены |
| Д.Ноги согнуты в тазобедренном и коленном суставах, стопы и колени разведены  |
| Е. Ноги согнуты в тазобедренном и коленном суставах, стопы сближены, колени разведены |
|  | Укажите метод выбора при лечении переломов дна вертлужной впадины без смещения. |
| А. Ранняя активизация без нагрузки на ногу со стороны повреждения; |
| В. Лечение на щите в положении Волковича; |
| С. Скелетное вытяжение; |
| Д. Гипсовая кокситная повязка. |
| Е. Оперативное лечение (остеосинтез) |
|  | В каком положении тела возникает наибольшая нагрузка на передние отделы позвонков? |
| А. Лежа на боку. |
| В. Лежа на спине; |
| С. Лежа на животе; |
| Д. Сидя; |
| Е. Стоя; |
|  | Укажите возможную непосредственную причину развития псевдоабдоминального синдрома |
| А. Появление крови или кишечного содержимого в брюшной полости |
| В. Скопление гематомы в забрюшинном пространстве |
| С. Переполнение мочевого пузыря при острой ишурии |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | «Хлыстовой» механизм при травме позвоночника – это: |
| А. Резкое сгибание с последующим разгибанием в поясничном отделе  |
| В. Резкое разгибание с последующим сгибанием в поясничном отделе  |
| С. Резкое сгибание с последующим разгибанием в шейном отделе  |
| Д. Резкое разгибание с последующим сгибанием в шейном отделе  |
| Е. «Хлыстовой» механизм не характерен для травм позвоночника |
|  | Нестабильным считают перелом позвонков, при котором разрушаются опорные структуры: |
| А. Задние |
| В. Средние  |
| С. Передние |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Ранний период травматической болезни спинного мозга развивается в сроки после травмы: |
| А. 2-3 часа |
| В. 2-3 суток |
| С. 2-3 недели |
| Д. 2-3 месяца |
| Е. 2-3 года |
|  | Промежуточный период травматической болезни спинного мозга развивается в сроки после травмы: |
| А. 3-4 часа |
| В. 3-4 суток |
| С. 3-4 недели |
| Д. 3-4 месяца |
| Е. 3-4 года |
|  | Какие периоды выделяют в течении травматической болезни спинного мозга? |
| 1. Ранний |
| 2. Промежуточный |
| 3. Поздний  |
| 4. Острый  |
|  | В каком периоде травматической болезни спинного мозга впервые можно окончательно уточнить характер его повреждений? |
| А. Промежуточном |
| В. Раннем |
| С. Остром |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Укажите осложнения, характерные для травмы позвоночника с повреждением спинного мозга |
| 1. Пролежни |
| 2. Гетеротопическая оссификация |
| 3. Уроинфекция |
| 4. Контрактуры в суставах парализованных конечностей  |
|  | Укажите симптомы, которые могут отмечаться при переломе позвонка в поясничном отделе. |
| 1. Болезненность при осевой нагрузке; |
| 2. Болезненность при пальпации остистых отростков; |
| 3. Неравномерность остистых промежутков; |
| 4. Напряжение мышц передней брюшной стенки. |
|  | Какой признак перелома позвонков является достоверным? |
| А. Симптом вожжей |
| В. Болезненная пальпация остистых отростков позвонков |
| С. Симптом осевой нагрузки |
| Д. Все перечисленные |
| Е. Ни один из перечисленных |
|  | Укажите рентгенологические признаки нестабильности перелома позвонка. |
| 1. Вывих или подвывих тел позвонков; |
| 2. Перелом поперечных отростков позвонков; |
| 3. Компрессия 1/2 высоты тела позвонка; |
| 4. Перелом остистых отростков позвонков. |
|  | При подозрении на осложненный перелом позвонков в качестве дополнительного исследования помимо рентгенографии следует выполнить: |
| А. Контрастную рентгенографию |
| В. Магнитно-резонансную томографию |
| С. Компьютерную томографию |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Для спинального шока характерно: |
| 1. Вялая плегия конечностей |
| 2. Приапизм |
| 3. Брадикардия, гипотермия |
| 4. Спастическая плегия конечностей |
|  | На возможное повреждение спинного мозга при травме позвоночника указывает:  |
| А.Снижение или отсутствие движений и чувствительности в конечностях |
| В. Выраженная деформация в области травмы |
| С. Резкая боль в области травмы |
| Д.Только варранты А и В |
| Е.Варианты А,В и С |
|  | Какая анестезия эффективна при переломе позвонков в нижнегрудном и верхнепоясничном отделах? |
| А. Паранефральная двухсторонняя блокада; |
| В. Блокада межостистых промежутков; |
| С. Вагосимпатическая блокада |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Как можно транспортировать пострадавшего с подозрением на повреждение позвоночника? |
| 1. На щите в положении на животе |
| 2. На мягких носилках в положении на животе |
| 3. На мягких носилках в положении на спине |
| 4. На щите в положении на спине |
|  | Какое консервативное лечение можно применить при стабильном неосложненном компрессионном переломе L1 позвонка? |
| А. Одномоментная реклинация с наложением гипсового корсета; |
| В. Этапная реклинация с наложением гипсового корсета; |
| С. Функциональное лечение |
| Д. Все перечисленные |
| Е. Ни один из перечисленных методов – при таком повреждении показана операция |
|  | Функциональный метод лечения стабильных компрессионных переломов позвонков в поясничном и нижнегрудном отделах по В.В.Гориневской и Е.Ф.Древинг позволяет: |
| А. Избежать длительного (около 1,5-2 мес) пребывания на постельном режиме |
| В. Полностью расправить компрессию поврежденного позвонка  |
| С. Избежать необходимости ношения гипсового корсета |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |
|  | Этапная репозиция (реклинация) при стабильных неосложненных переломах тел поясничных позвонков позволяет: |
| А. Избежать длительного (около 1,5-2 мес) пребывания на постельном режиме |
| В. Полностью расправить компрессию поврежденного позвонка  |
| С. Избежать необходимости ношения гипсового корсета |
| Д. Только варианты А и В |
| Е. Варианты А,В и С |

**Вопросы:**

1. Повреждения позвоночника. Механизмы травмы, классификация. Возможные осложнения и исходы. Определение стабильных и нестабильных переломов.
2. Диагностика стабильных и нестабильных повреждений позвоночника в стационаре; способы лечения
3. Предположительный диагноз перелома позвонков, оказание помощи и транспортировка пострадавших в догоспитальном периоде.
4. Осложненные повреждения позвоночника – диагностика, принципы лечения. Клинические проявления осложненной травмы позвоночника в различные периоды травматической болезни спинного мозга.
5. Типичные осложнения у пациентов с повреждением спинного мозга, их профилактика.
6. Переломы костей таза – классификация, механизм повреждений.
7. Переломы костей таза без нарушения непрерывности тазового кольца – клиническая диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика
8. Переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца – оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика
9. Переломы вертлужной впадины – оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика
10. Нарушения мочеиспускания как осложнение травмы таза – варианты нарушений, диагностика, особенности лечебной ткактики.
11. Неосложненные переломы ребер – диагностика, способы обезболивания, профилактика осложнений.
12. Классификация повреждений грудной клетки. Изменения механизма дыхания при нарушении ее каркасности.
13. Осложненная травма грудной клетки. Гемоторакс – классификация, диагностика в догоспитальном и госпитальном периодах, оказание экстренной помощи.
14. Напряженный пневмоторакс – классификация, механизм нарушений дыхания, диагностика, оказание экстренной помощи.
15. Открытый и закрытый пневмотораксы – диагностика, механизмы нарушений дыхания, диагностика, оказание экстренной помощи
16. Проникающие ранения грудной клетки – диагностика и догоспитальном и госпитальном периодах, оказание экстренной помощи.
17. Закрытые повреждения грудной клетки с нарушением ее каркасности – диагностика, способы восстановления нарушений механизма дыхания, оказание экстренной помощи.
18. Показания и варианты пункции или дренирования грудной клетки при повреждениях груди
19. Показания к торакотомии при оказании экстренной помощи пострадавшим с ранениями и закрытыми повреждениями груди.
20. Переломы грудины – типичный механизм, алгоритм обследования, симптоматика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечение, возможные осложнения.

**Задачи**

1. Женщина 39 лет, попала в автоаварию, сидя на переднем пассажирском сидении легкового автомобиля – в правую переднюю дверь врезался другой автомобиль, женщина получила удар справа. Боли в области правого тазобедренного сустава, не может идти.

Сформулируйте предположительный диагноз. Определите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также характер обследования и лечения в приемном отделении стационара.

1. Мужчина 40 лет, придавлен погрузчиком спереди спиной к стене во время работ на складе. Бледен, пульс 110 в 1 мин, АД 100/60 мм рт.ст. В области промежности и мошонки – быстро нарастающая гематома. В положении лежа на спине ноги поднять не может.

Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем дополнительного обследования и оказания медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара. В каком положении следует транспортировать пострадавшего?

1. Военнослужащий 30 лет. В сознании. Спереди на уровне 2 межреберья по среднеключичной линии рана диаметром 0,5 см. Частота дыхания 36 в 1 мин, выдох затруднен, цианоз, распространенная подкожная эмфизема по всей левой половине груди с переходом на шею. Пульс – 120 уд/мин.

Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.

1. Мужчина 35 лет. Избит неизвестными. Сознание отсутствует. На правой половине грудной клетки подкожная эмфизема. Частота дыхания – 26 в 1 мин, пульс 92 в 1 мин, АД 110/70 мм рт.ст.

Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, в процессе транспортировки и в приемном отделении стационара.

1. Мужчина 42 лет, пострадавший в результате ДТП, сидел за рулем автомобиля. В сознании. Выраженная боль в области передней поверхности грудной клетки, усиливающаяся при дыхании. Дыхание поверхностное, 22 в 1 мин.

Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также характер обследования и лечения в приемном отделении стационара.

1. Мужчина 28 лет, получил ножевое ранение груди в области 4 межреберья справа. Дыхание затруднено, болезненно, выраженная одышка. Пострадавший сидит, опираясь на руки. АД – 100/70 мм рт. ст. Пульс – 92 удара в 1 мин. В рану при дыхании подсасывается воздух.

Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также характер обследования и лечебную тактику в приемном отделении стационара.