

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

« 09 » *сентября* 20*21* года, протокол № *1*

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ПРАКТИКЕ (Б2.1)**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.66 «Травматология и ортопедия»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

Заведующий кафедрой

д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)



Е.К. Гуманенко

(расшифровка)

профессор кафедры
хирургических болезней

детского возраста,

д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)



Н.Г. Жила

(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры

Госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ

название кафедры

« 31 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

экстремальной медицины, травматологии, ортопедии и

военно-полевой хирургии

название кафедры

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)



Е.К. Гуманенко

(расшифровка)

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.66 «Травматология и ортопедия»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б1.Б.1.1. Травмы грудной клетки и плечевого пояса	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б1.Б.1.2. Травмы нижних конечностей, таза, позвоночника	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
3.	Б1.Б.1.3. Политравма, множественные и сочетанные повреждения	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
4.	Б1.Б.1.4. Заболевания опорно-двигательной системы	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
5.	Б1.Б.1.5. Протезирование в травматологии и ортопедии	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Б1.Б.1 «Травматология и ортопедия»

Индекс компетенции и её содержание, этапы формирования	в результате изучения дисциплины ординатор должен		
	знать	уметь	владеть
УК-1 Готовность к	особенности получения непосредственной	в массиве данных обнаруживать причинно-	методиками проведения психологических замеров и

абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	информации об объектах и событиях в форме индивидуальных конкретно-чувственных образов и данных	следственные связи	тестирований
ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.	основы первичной неспецифической профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы	составить план профилактических мероприятий	навыками работы с группами риска
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.	основные вопросы травматологии и ортопедии, функциональной и лучевой диагностики, применительно к методам диагностики и лечения травм и ортопедических заболеваний	выявить специфические анамнестические особенности; определять характер и выраженность отдельных признаков; оформлять учетно-отчетную документацию	способностью сопоставлять выявленные при исследовании признаки с данными клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования; методами ультразвуковой диагностики травм и ортопедических заболеваний
ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	основы инструментальных исследований опорно-двигательной системы с учетом современных представлений о травмах и ортопедических заболеваниях; основы международной классификации болезней	рассчитывать основные параметры и их производные в оптимальном режиме исследования	навыками обследования больного с травмами и ортопедическими заболеваниями
ПК-6 Готовность к ведению	этиологию, патогенез и клинику основных травм	определять показания и целесообразность к	навыками для выполнения консервативного лечения и

и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании ортопедической медицинской помощи.	и ортопедических заболеваний; особенности организации помощи больным с травмами и ортопедическими заболеваниями в специализированных стационарах	проведению инструментальных исследований; выбирать адекватные методы	оперативных вмешательств в травматологии и ортопедии; методиками проведения диагностических и лечебных вмешательств у пациентов с травмами и ортопедическими заболеваниями
ПК-8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	основы реабилитации и курортологии; основы общей патологии человека, иммунологии и реактивности организма	учесть деонтологические проблемы при принятии решения; квалифицированно оформлять медицинское заключение	основами психологии; последовательным и комплексным подходом к проведению медицинской реабилитации
ПК-10 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.	основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения	организовать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала	опытом руководящей работы; опытом распределения по времени и месту обязанности персонала и контроля за выполнении этих обязанностей
ПК-11 Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	современные представления о качестве и дефекте оказания медицинской помощи; законодательные акты РФ в стандарте экспертной оценки	определить правильность выбора медицинской технологии; степень достижения запланированного результата	методикой оценки типовых медико-статистических показателей

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ

знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины Б1.Б.1. «Травматология и ортопедия»

1. Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Травматология и ортопедия»

1, 2, 3-ий семестр

1-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
Наименование материалов оценочных средств					

		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	ПК-1	511-557	25,59,62,76,91- 94,99	1-6	1,2
2.	ПК-2	510-574	73-87	1-6	2-5
4.	ПК-3	511-556	17,67	7-13	5-7
5.	ПК-4	510-556	17,67	7-13	5-7
6.	ПК-5	930-991	86-93	1-5,18	5,11
7.	ПК-6	1-400	1-67	6-17	4-7
8.	ПК-7	750-1000	20-67	18-21	5-9,12,15
9.	ПК-8	500-600	95,96,99-105	1,2	2,3

2-семестр:

№	Индекс компетен- ции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	ПК-1	511-557	25,59,62,76,91- 94,99	1-6	1,2
2.	ПК-2	510-574	73-87	1-6	2-5
4.	ПК-3	511-556	17,67	7-13	5-7
5.	ПК-4	510-556	17,67	7-13	5-7
6.	ПК-5	930-991	86-93	1-5,18	5,11
7.	ПК-6	1-400	1-67	6-17	4-7
8.	ПК-7	750-1000	20-67	18-21	5-9,12,15
9.	ПК-8	500-600	95,96,99-105	1,2	2,3

3-семестр:

№	Индекс компетен- ции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	ПК-1	511-557	25,59,62,76,91- 94,99	1-6	1,2
2.	ПК-2	510-574	73-87	1-6	2-5
4.	ПК-3	511-556	17,67	7-13	5-7
5.	ПК-4	510-556	17,67	7-13	5-7
6.	ПК-5	930-991	86-93	1-5,18	5,11
7.	ПК-6	1-400	1-67	6-17	4-7

8.	ПК-7	750-1000	20-67	18-21	5-9,12,15
9.	ПК-8	500-600	95,96,99-105	1,2	2,3

2. Критерии оценки, шкалы оценивания

2.1. Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

2.2. Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знанием для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

2.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работа выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей

сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

2.4. Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

3. Оценочные средства

3.1. Тесты

1. При сдавлении грудной клетки пострадавшему нужно ввести обезболивающее и уложить на:

- а) живот
- б) спину
- в) на бок
- г) полусидячее положение

2. Большой бугорок плечевой кости можно прощупать:

- а) ниже акромиона и кзади
- б) ниже акромиона и снаружи
- в) ниже акромиона и спереди
- г) ниже акромиона и изнутри
- д) прощупать нельзя

3. При вывихе головки плеча часто травмируется:

- а) подмышечный нерв
- б) шейное сплетение
- в) подключичная вена
- г) подключичная артерия
- д) плечевое сплетение

4. Застарелый вывих плеча более 3-месячной давности целесообразно:

- а) вправить закрытым способом
 - б) вправить открытым способом
 - в) вопрос о целесообразности открытого вправления решается в зависимости от возраста
 - г) оперировать с артродезом сустава
5. Как лечить вывих головки плечевой кости с одновременным переломом ее хирургической шейки у пациентов молодого возраста?
- а) показано закрытое вправление вывиха по Джанелидзе с последующим одномоментным сопоставлением и фиксацией гипсом отломков
 - б) показано оперативное лечение
6. Каков наиболее рациональный способ лечения вколоченного перелома хирургической шейки плеча без или с умеренной степенью углового смещения отломков у пожилых?
- а) одномоментное исправление угловой деформации (если она есть) и фиксация торакобрахиальной гипсовой повязкой
 - б) гипсовая повязка без репозиции отломков
 - в) накостный остеосинтез
 - г) функциональное лечение по Е.Ф. Древинг и З.П. Нечаевой на косынке
7. Под каким углом следует фиксировать отводящую шину при диафизарных переломах плечевой кости?
- а) 30-40° вперед от фронтальной плоскости
 - б) 30-40° назад от фронтальной плоскости
 - в) 20° вперед от фронтальной плоскости
 - г) 20° назад от фронтальной плоскости
8. Какие из перечисленных ниже способов лечения Т- и V-образных межмышечковых переломов плечевой кости со смещением отломков дают наилучшие результаты?
- а) скелетное вытяжение, гипс, ЛФК
 - б) лечение гипсовой повязкой с последующей ЛФК
 - в) накостный остеосинтез и ЛФК
 - г) массаж с форсированными движениями в суставе
9. При перилунарном вывихе костей запястья происходит:
- а) вывих дистального ряда костей запястья, включая ладьевидную и трехгранную по отношению к полулунной
 - б) вывих полулунной кости по отношению к остальным костям запястья
 - в) вывих ладьевидной кости по отношению к остальным, включая полулунную
 - г) вывих дистальной части костей запястья с частью сломанной ладьевидной костью по отношению к полулунной
10. Вывихи полулунной кости и перилунарные вывихи удается бескровно вправить в сроки:
- а) 3-10 дневной давности
 - б) 16-20 дневной давности
 - в) месячной давности
 - г) давностью более 3 месяцев
11. Какой из перечисленных ниже способов восстановления функции большого пальца кисти наименее травматичен и эффективен при его отсутствии:
- а) протезирование большого пальца
 - б) реплантация пальца со стопы или кисти больного

- в) фалангизация I пястной кости
- г) удлинение I пястной кости по Илизарову

12. Перелом Бенетта относится:

- а) к внесуставным
- б) к внутрисуставным

13. Наиболее эффективные способы фиксации отломков фаланг кисти с точки зрения восстановления их функции и малой травматичности:

- а) гипсовые повязки
- б) накостный остеосинтез
- в) чрескостныйвнеочаговый остеосинтез
- г) параоссальная фиксация

14. Какие оперативные вмешательства осуществляются при контрактуре Фолькмана?

- а) иссечение ладонного апоневроза
- б) рассечение кожи на предплечье, фасциотомия и ревизия артерий предплечья
- в) ушивание рассеченных фасций
- г) ушивание кожных разрезов

15. Для фиксации отломков локтевого отростка по Веберу необходимо использовать:

- а) винты с отверткой
- б) лавсановую ленту
- в) лавсановую нить
- г) проволоку
- д) проволоку и спицу

16. Дистальный конец сухожилия двуглавой мышцы плеча при его отрыве от бугристости лучевой кости целесообразнее подшить:

- а) к бугристости лучевой кости
- б) к сухожилию плечевой мышцы и к костному "навесу" под шейкой лучевой кости
- в) к локтевой кости вблизи места отрыва сухожилия

17. Прогрессирующее течение запястного синдрома сдавления срединного нерва можно снять или значительно ослабить путем:

- а) анестезии срединного нерва
- б) физиотерапевтических процедур
- в) рассечения поперечной связки запястья
- г) рассечения гайонова канала
- д) резекцией прилегающих костей запястья

18. После вправления головки лучевой кости при ее изолированном вывихе предплечью придают положение:

- а) супинации и сгибания в локтевом суставе
- б) пронации и сгибания в локтевом суставе
- в) среднее между пронацией и супинацией со сгибанием

19. При вывихе головки лучевой кости может быть поврежден:

- а) локтевой нерв или его ветви
- б) срединный нерв или его ветви
- в) лучевой нерв или его ветви
- г) повреждений нервов не бывает

20. Оптимальный вариант лечения нестабильного, оскольчатого варианта перелома луча в типичном месте:
- ручная репозиция с гипсовой иммобилизацией
 - репозиция и фиксация отломков спицами с гипсовой иммобилизацией
 - чрескостныйвнеочаговый остеосинтез
21. В случае сочетания перелома локтевого отростка с передним вывихом локтевой кости остеосинтез локтевого отростка лучше проводить с помощью:
- узловых швов
 - проволочной петлей по веберу
 - длинным винтом или гвоздем
 - чрескостнымвнеочаговым остеосинтезом
22. Оптимальным методом лечения закрытого диафизарного перелома лучевой кости со смещением отломков является:
- накостный остеосинтез и чрескостный остеосинтез
 - гипсовая повязка
23. В полости плечевого сустава проходит сухожилие:
- длинной головки двуглавой мышцы
 - короткой головки двуглавой мышцы
 - сухожилия в полости сустава нет
 - клювовидно-плечевой мышцы
 - трехглавой мышцы
24. Мягкие ткани задней поверхности лопатки делят на 2 ямки:
- широчайшая мышца спины
 - лопаточная ость
 - акромиальный отросток
 - клювовидный отросток
 - трапецевидная мышца
25. Оптимальными способами лечения ложного сустава ключицы являются:
- накостный металлоостеосинтез
 - интрамедуллярный металлоостеосинтез
 - внутрикостный металлоостеосинтез с костной пластикой места перелома и чрескостныйвнеочаговый остеосинтез
 - длительная иммобилизация гипсовой повязкой Смирнова-Вайнштейна
26. Наилучшая фиксация костных отломков ключицы при ее остеосинтезе достигается:
- внутрикостным стержнем и накостный остеосинтез
 - тонкой спицей
 - фиксация отломков кетгутowymi или шелковыми швами
 - фиксация отломков проволокой
27. При консервативном лечении переломов ключицы шину снимают:
- через 1 неделю
 - через 2 недели
 - через 3 недели
 - через 4 недели
 - более, чем через 5 недель

- е). после рентгенологического контроля состояния костной мозоли
28. При застарелом вывихе грудинного конца ключицы допустимы следующие операции:
- а) вправление и фиксация без удаления измененного диска
 - б) резекцию медиальной части ключицы
 - г) вправление и фиксация после удаления измененного диска
29. После вправления вывиха плеча накладывают фиксирующую повязку сроком:
- а) на 1 неделю
 - б) на 2-3 недели
 - в) на 4-5 недель
 - г) на 6-7 недель
 - д) на 8 недель
30. Причиной болезненного "лопаточного хруста" чаще всего может быть:
- а) дисплазия тела лопатки
 - б) подлопаточный бурсит и деформации угла лопатки
 - в) остеофиты
 - г) экзостозы
31. Причиной "травматической крыловидной лопатки" является:
- а) травма подлопаточной мышцы
 - б) разрыв трапецевидной мышцы
 - в) разрыв широчайшей мышцы спины
 - г) травма подкрыльцового нерва
 - д) ушиб, растяжение длинного нерва грудной клетки
32. Межреберную блокаду проводят инъекцией анестетиков в межреберные промежутки:
- а) по срединно-ключичной линии
 - б) по передней аксиллярной линии
 - в) по средней аксиллярной линии
 - г) по задней аксиллярной линии
 - д) по лопаточной линии
33. При закрытой травме груди с синдромом флотирующей грудной стенки - главная цель лечения:
- а) снять боль при дыхании
 - б) обеспечить дренажную функцию бронхов
 - в) восстановить каркасность грудного скелета
 - г) уменьшить пневмо- и гемоторакс
 - д) предупредить возможные повреждения легких отломками ребер
34. В ранней диагностике внутреннего кровотечения в плевральную полость в первую очередь лучше ориентироваться:
- а) по тахикардии, тахипноэ. Жажде
 - б) по данным перкуссии и аускультации легких
 - в) по рентгенологическим данным
 - д) по данным плевральной пункции
35. При открытом пневмотораксе главной целью лечения является:
- а) профилактика последствий плевропульмонального шока
 - б) герметизация поврежденной плевральной полости и борьба с гипоксией

в) борьба с дыхательным ацидозом

36. О продолжающемся кровотечении в плевральную полость свидетельствует:

- а) свертывание пунктата при проведении пробы Рувилуа-Грегуара
- б) сгустки в крови, полученной с помощью пункции из плевральной полости
- в) отсутствие сгустков в крови, полученной при диагностической пункции из плевральной полости

37. Показаниями торакотомии при ранениях грудной клетки являются все перечисленные, кроме:

- а) открытого пневмоторакса
- б) ранения сердца
- в) продолжающегося кровотечения в плевральную полость
- г) закрытого пневмоторакса
- д) свернувшегося гемоторакса

38. На этапе квалифицированной помощи по жизненным показаниям не следует производить:

- а) первичную хирургическую обработку раны
- б) декомпрессионную трепанацию черепа
- в) окончательную остановку кровотечения
- г) операции по поводу анаэробной инфекции
- д) торакотомию и лапаротомию при ранении органов грудной и брюшной полостей

39. Причиной ложно-абдоминального синдрома при сочетанной травме является:

- а) перелом грудины и травма органов средостения
- б) вывих тазобедренного сустава
- в) травма груди с переломом ребер в средне-нижней зоне
- г) ушиб шейно-грудного отдела позвоночника

40. Отправными точками при счете ребер на рентгеновском снимке грудной клетки являются все перечисленные ориентиры, исключая

- а) 1-е ребро и ключицу
- б) контуры сердца
- в) нижний угол лопатки
- г) реберную дугу
- д) 12-й грудной позвонок

41. При повреждении органов груди и живота, используя метод УЗИ, удастся определить наличие жидкости (кровь, экссудат) в плевральной и брюшной полостях в объеме

- а) 50 мл
- б) 100 мл
- в) 150 мл
- г) 200 мл
- д) 300 мл

42. Торакоцентез следует осуществлять

- а) при простом переломе ребер
- б) при сложном переломе ребер
- в) при осложненном переломе ребер
- г) при переломе тела грудины
- д) при переломе рукоятки грудины

43. Компьютерная томография при травме грудной клетки дает возможность получить дополнительную информацию по перечисленной патологии, исключая
- а) коллапс, ателектаз легкого
 - б) хилоторакс
 - в) гемоторакс
 - г) пневмоторакс
 - д) смещение средостения
44. Показаниями торакотомии при ранениях грудной клетки являются все перечисленные, кроме:
- а) открытого пневмоторакса
 - б) ранения сердца
 - в) продолжающегося кровотечения в плевральную полость
 - г) закрытого пневмоторакса
 - д) свернувшегося гемоторакса
45. Деформация треугольника Гюнтера свидетельствует о вывихе в суставе:
- а) тазобедренном;
 - б) коленном
 - в) голеностопном;
 - г) локтевом
 - д) плечевом
46. К перелому Беннета относится:
- а) переломы основных и средних фаланг пальцев кисти
 - б) вывихи основных и средних фаланг пальцев
 - в) внутрисуставные переломы основных и средних фаланг пальцев
 - г) перелом луча с подвывихом в лучезапястном суставе
 - д) внутрисуставной перелом основания 1-й пястной кости с ее подвывихом
47. По какому из перечисленных признаков Вы определите, что кровотечение в плевральную полость продолжается?
- а) бледность кожных покровов
 - б) низкое артериальное давление
 - в) кровохарканье
 - г) притупление перкуторного звука на стороне травмы
 - д) положительная проба Рувирова – Грегуара
48. При повреждении лучевого нерва отмечается
- а) "свисающая кисть"
 - б) "когтистая лапа";
 - в) обезьянья лапа
 - г) сгибательная контрактура I, II и III пальцев и разгибательная контрактура IV и V пальцев
49. Основной целью проведения первичной хирургической обработки ран является
- а) стерилизация ран скальпелем
 - б) удаление инородных тел и сгустков крови
 - в) иссечение всех нежизнеспособных тканей и создание "бесплодной каменистой почвы для развития микробной инвазии"
 - г) возможность сделать края кожи и подлежащих тканей ровными

д) удаление сгустков крови и перевязка тромбированных сосудистых стволов с целью профилактики вторичного кровотечения

50. Клинический диагноз травматологическому больному стационара должен быть поставлен после госпитализации

- а) на 1-е сутки
- б) на 2-е сутки
- в) на 3-и сутки
- г) на 4-е сутки
- д) перед выпиской больного

51. Для стабилизации аутокрови требуется 4% раствор цитрата натрия в количестве

- а) 10 мл на 100 мл крови
- б) 20 мл на 100 мл крови
- в) 30 мл на 100 мл крови
- г) 40 мл на 100 мл крови

52. Ранним признаком острого тромбоза артерий является

- а) боль
- б) отёк
- в) похолодание конечности
- г) мраморность кожных покровов
- д) пощипывание, парестезии

53. Показаниями к переливанию плазмозаменителей являются

- а) гиперволемиа
- б) нормоволемиа
- в) гиповолемиа
- г) уровень гематокрита 45-50%
- д) высокий лейкоцитоз

54. Регенерация костной ткани наиболее продолжительна

- а) в раннем возрасте
- б) в юности
- в) в среднем возрасте
- г) в старческом возрасте

55. Ведущими симптомами раневого сепсиса являются

- а) тяжёлая интоксикация
- б) гиповолемиа, нарушение водно-электролитного баланса, ацидоз
- в) ухудшение микроциркуляции
- г) анемия, гипопроотеинемия
- д) всё перечисленное

56. При возникновении воспаления с серозно-гнойным отделяемым в области швов рекомендуется

- а) антибактериальная терапия
- б) снятие швов и промывание раны
- в) повторная хирургическая обработка раны с наложением вторичных швов
- г) правильно а) и б)
- д) все правильно

57. Истощенному раненому, имеющему пониженную температуру и незаживающую рану с обширной поверхностью и гнойным отделяемым, следует поставить диагноз
- раневого истощения
 - сепсиса
 - септицемии
 - пиемии
 - септикопиемии
58. Правильное наложение кровоостанавливающего жгута характеризуется следующим условием
- жгут наложен как можно туже на конечности
 - жгут наложен с силой, вызывающей онемение в дистальном отделе конечности
 - жгут наложен так туго, как только остановится кровотечение
 - жгут наложен так, что из раны слегка сочится кровь
 - жгут накладывается до передавливания мышц конечности
59. К понятию хирургической обработки раны относится
- смазывание краев раны йодом, наложение повязки, введение внутримышечно антибиотиков
 - промывание раны, введение в мягкие ткани антибиотиков
 - удаление из раны инородных тел, обработка раны антисептиками, дренирование раны
 - рассечение и иссечение раны, удаление сгустков крови, дренирование раны, восстановительная операция
60. К отсроченной хирургической обработке относится обработка, произведенная после травмы через
- 12-18 ч;
 - 24-48 ч;
 - 49-72 ч;
 - 73-96 ч;
 - 97-120 ч
61. Наиболее часто сдавление мягких тканей наблюдается
- при автомобильных авариях
 - при падении с высоты
 - при землетрясении
 - при пожарах
 - при подводных работах на глубине
62. Первопричиной патологических изменений в организме при сдавлении мягких тканей является
- гиперкалиемию
 - плазмопотерю
 - выброс в кровяное русло катехоламинов
 - закупорка почечных петель миоглобином
 - резкое повышение осмолярности (до 400 мосмоль/л) крови
63. В клиническом течении сдавления мягких тканей выделены периоды, кроме
- периода сдавления
 - промежуточного периода
 - периода почечных нарушений

- г) периода ранних осложнений
 - д) периода поздних осложнений
64. Клиническая картина сдавления мягких тканей находится в прямой зависимости
- а) от возраста больного
 - б) от длительности сдавления
 - в) от атмосферных условий
 - г) от характера сдавливающего фактора
 - д) от пола больного
65. При сдавлении мягких тканей в почках имеют место следующие патологические изменения
- а) выраженные изменения в дистальных извитых канальцах
 - б) выраженные изменения в восходящих петлях Генле
 - в) забитость кровяными цилиндрами из миоглобина канальцев
 - г) правильно б) и в)
 - д) все ответы правильны
66. У молодого, ранее здорового человека, находящегося в состоянии травматического шока I степени, артериальное давление будет
- а) 60/40 мм рт. ст.
 - б) 70/60 мм рт. ст.
 - в) 90/60 мм рт. ст.
 - г) 100/60 мм рт. ст.
 - д) 110/70 мм рт. ст.
67. Пострадавшему, находящемуся в состоянии травматического шока III-IV степени, переливание крови и ее препаратов
- а) не показано;
 - б) абсолютно показано
 - в) показано относительно;
 - г) можно обойтись трансфузией кровезаменителей
 - д) зависит от случая
68. При повреждении магистральных артерий в дистальном отделе конечности наблюдается
- а) цианоз кожных покровов
 - б) бледность кожных покровов
 - в) холодный липкий пот
 - г) отёк мягких тканей
69. Сохранение пульса на периферии исключает ранение магистральной артерии
- а) всегда
 - б) не всегда
 - в) при отсутствии раны в проекции сосудистого пучка
 - г) при отсутствии кровотечения из раны
70. Для дренирования плевральной полости при пневмотораксе следует выбрать следующее место прокола и диаметр дренажной трубки:
- 1) второе межреберье по среднеключичной линии,
 - 2) четвертое межреберье по задней подмышечной линии,
 - 3) шестое межреберье по задней подмышечной линии,

- 4) дренажную трубку диаметром 3 мм,
- 5) дренажную трубку диаметром 15 мм,
- 6) дренажную трубку диаметром 1 мм,
- 7) восьмое межреберье по лопаточной линии
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 2, 3, 4
- в) правильно 1, 2, 4
- г) правильно 2, 3, 5
- д) правильно 1, 2, 5

71. Дренирование плевральной полости при гемотораксе следует осуществлять через

- а) 3-е межреберье по средне-ключичной линии
- б) 5-е межреберье по передней подмышечной линии
- в) 6-е межреберье по средней подмышечной линии
- г) 7-е межреберье по передней подмышечной линии
- д) 8-е межреберье по лопаточной линии

72. Тактика при переломах ребер без повреждения органов грудной клетки

- 1) обезболивание, транспортировка в полусидячем положении
- 2) наложение циркулярной повязки
- 3) наложение окклюзионной повязки
- 4) наложение транспортной шины

73. Подкожная эмфизема указывает на повреждение

- 1) сердца
- 2) легкого
- 3) глотки
- 4) пищевода

74. Шину Крамера накладывают при переломе

- 1) ребер
- 2) костей конечности
- 3) костей таза
- 4) позвоночника

75. Больному с напряженным пневмотораксом в первую очередь необходимо провести

- 1) ИВЛ
- 2) оперативное вмешательство
- 3) плевральную пункцию
- 4) бронхоскопию

76. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ПОВРЕЖДЕНИЯ СУХОЖИЛИЯ СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА:

- а) Невозможность активного разгибания концевой и средней фаланг
- б) Отсутствие пассивных сгибательных движений пальцев
- в) Наличие раны и отсутствие активного сгибания пальца
- г) Отсутствие пассивных разгибательных движений
- д) Наличие раны при сохранении активных и пассивных движений

77. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ:

- а) Гипсовая иммобилизация в функционально выгодном положении пальца
- б) Скелетное вытяжение
- в) Шов сухожилия с последующей иммобилизацией пальца

г) Шов сухожилия с ранними движениями в пальце

78. АБСОЛЮТНЫЕ ПРИЗНАКИ ПЕРЕЛОМОВ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ:

- а) Локальная боль
- б) Подвижность костных отломков
- в) Крепитация костных отломков
- г) Пальпация концов костных отломков
- д) Все перечисленные признаки

79. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХОВ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ:

- а) Обезболивание, раннее одномоментное вправление и фиксация на 3 недели
- б) Обезболивание, вправление и ранние движения в суставе
- в) Постепенное вправление методом постоянного скелетного вытяжения
- г) Хирургическое лечение
- д) Лечение специальными дистракционными аппаратами

80. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ СО СМЕЩЕНИЕМ КОСЫНОЧНАЯ ПОВЯЗКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Средством лечебной иммобилизации;
- б) Средством транспортной иммобилизации;
- в) Вообще не накладывается при таких переломах;
- г) Накладывается только при отсутствии отводящей шины ЦИТО;
- д) Является альтернативной гипсовой повязкой Дезо при лечении пожилых и ослабленных больных.

81. УКАЖИТЕ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧА, ПРИ КОТОРОЙ ИМЕЕТСЯ НАИБОЛЬШАЯ ОПАСНОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛУЧЕВОГО НЕРВА:

- а) Оскольчатый перелом верхней трети плеча со смещением;
- б) Абдукционный перелом шейки плеча со смещением;
- в) Аддукционный перелом шейки плеча со смещением;
- г) Перелом диафиза плеча на границе средней и нижней трети со смещением;
- д) Перелом головчатого возвышения плечевой кости.

82. Аппарат Соколовского применяется:

- а) для фиксации травмированных шейных позвонков
- б) для фиксации ребер при флотирующих переломах
- в) для наложения металлоosteосинтеза
- г) для вправления отломков при переломе костей предплечья
- д) для сшивания поврежденных сухожилий

83. Причиной ложно-абдоминального синдрома при сочетанной травме является:

- а) перелом грудины и травма органов средостения
- б) вывих тазобедренного сустава
- в) травма груди с переломом ребер в средне-нижней зоне
- г) ушиб шейно-грудного отдела позвоночника
- д) чрезвертельный перелом бедра

84. При закрытой травме груди плевральная пункция, как неотложное мероприятие, предупреждающее внезапный летальный исход, абсолютно показана:

- а) при ограниченном (закрытом) пневмотораксе
- б) при клапанном (напряженном) пневмотораксе
- в) при множественных переломах ребер с их флотацией

- г) при подкожной эмфиземе
- д) при свернувшемся гемотораксе

85. Ярко-красный цвет кожи, мелкоочечные синеватые кровоизлияния на коже головы, верхней части груди, слизистых рта и в конъюнктиве при травме груди характерны:

- а) для сдавления груди (травматической асфиксии)
- б) для ушиба грудной стенки
- в) для сотрясения груди
- г) для ушиба легкого
- д) для сдавления средостения при эмфиземе

86. Специальная иммобилизация ребер (фиксация консервативными и оперативными способами) показана:

- а) при изолированных переломах ребер, сопровождающихся закрытым пневмотораксом
- б) при окончатых (двоичных) множественных переломах ребер
- в) при нарастающей травматической подкожной эмфиземе
- г) при тотальном одностороннем гемотораксе
- д) при переломе грудины без повреждения ребер

87. При открытом пневмотораксе на догоспитальном этапе в качестве первой врачебной помощи показаны следующие мероприятия:

- а) плевральная пункция, асептическая повязка на рану
- б) окклюзионная асептическая повязка, накладываемая в момент вдоха
- в) окклюзионная асептическая повязка, накладываемая в момент выдоха, вагосимпатическая блокада на стороне повреждения

88. Плевральная пункция при пневмотораксе проводится:

- а) во 2-м межреберье по среднеключичной линии
- б) в 4-м межреберье по передней подмышечной линии
- в) в 6-м межреберье по средней подмышечной линии
- г) во 2-м и в 6-м межреберьях по средней подмышечной линии
- д) в 6-7-м межреберьях между средней и передней подмышечными линиями

89. Плевральная пункция при гемотораксе проводится:

- а) во 2-м межреберье по среднеключичной линии или в 4-м межреберье по передней подмышечной линии
- в) в 6-м межреберье по заднеподмышечной линии или в 7-8-м межреберье по среднеподмышечной линии

90. При вывихе акромиального конца ключицы конец ключицы, как правило смещается:

- а) вверх и назад
- б) вверх и вперед
- в) вверх
- г) только кпереди
- д) вниз и вперед

91. При переломах ключицы периферический отломок по отношению к центральному смещается:

- а) вниз, вперед и внутрь
- б) вверх, кзади и кнаружи
- в) только внутрь
- г) только вперед

д) только назад

92. Сращение отломков ключицы в зависимости от возраста наступает чаще всего:

- а) через 1 неделю
- б) через 2-5 недель
- в) через 6-8 недель
- г) через 9-12 недель
- д) более, чем через 12 недель

93. Какие из нижеперечисленных способов лечения используют чаще всего при переломах лопатки для консолидации отломков?

- а) торакоабдоминальную гипсовую повязку
- б) оперативный остеосинтез, отводящие кольца
- в) повязку Дезо и отводящие шины

94. При переломах шейки и суставной впадины лопатки трудоспособность пострадавших восстанавливается через сроки:

- а) 1-2 недели
- б) 5-9 недель
- в) 10-12 недель
- д) свыше 15 недель

95. Неотложное оперативное лечение свежих закрытых переломов ключицы показано:

- а) при оскольчатых переломах, при всех переломах у детей
- б) при угрозе перфорации кожи отломком, при повреждении сосудисто-нервного пучка

96. Вывих какой кости запястья сопровождается часто ограниченным выступом на ладонной поверхности запястья, западением - на тыльной поверхности и пассивным сгибанием пальцев?

- а) ладьевидной
- б) гороховидной
- в) полулунной
- г) малой многоугольной
- д) большой многоугольной

97. При обследовании пострадавшего в условиях приемного отделения многопрофильной больницы обнаружены признаки напряженного пневоторакса, связанного с множественными двусторонними переломами ребер, и открытый оскольчатый перелом костей голени типа IA по классификации А.В. Каплана. Артериальное давление - 110/80 мм рт. ст.

Отметьте наиболее рациональный вариант оказания специализированной неотложной помощи пострадавшему:

- а) межреберная блокада мест переломов ребер, перевод пострадавшего на ИВЛ, ПХО раны голени с иммобилизацией перелома гипсовой лангетой, возмещение кровопотери в условиях реанимационного отделения
- б) дренирование плевральных полостей, перевод пострадавшего на ИВЛ, ПХО раны с фиксацией отломков аппаратом Илизарова, возмещение кровопотери в условиях реанимационного отделения
- в) ПХО раны со скелетным вытяжением, дренирование плевральных полостей, двусторонняя вагосимпатическая блокада в условиях травматологического отделения

98. Какие виды обезболивания предпочтительнее при ПХО открытых множественных переломов костей кисти с повреждением сухожилий?

- а) местная инфильтрационная

- б) проводниковая
- в) наркоз

99. Радиоульнарный угол на рентгенограмме в переднезаднем направлении в норме равен:

- а) +15-30°
- б) +1-10°
- в) +40-60°

100. При переломе луча в типичном месте радиоульнарный угол.

- а) не меняется
- б) уменьшается
- в) увеличивается

101. При закрытой травме груди плевральная пункция, как неотложное мероприятие, предупреждающее внезапный летальный исход, абсолютно показана:

- а) при ограниченном (закрытом) пневмотораксе
- б) при клапанном (напряженном) пневмотораксе
- в) при множественных переломах ребер с их флотацией
- г) при подкожной эмфиземе
- д) при свернувшемся гемотораксе

102. Ярко-красный цвет кожи, мелкоточечные синеватые кровоизлияния на коже головы, верхней части груди, слизистых рта и в конъюнктиве при травме груди характерны:

- а) для сдавления груди (травматической асфиксии)
- б) для ушиба грудной стенки
- в) для сотрясения груди
- г) для ушиба легкого
- д) для сдавления средостения при эмфиземе

103. Специальная иммобилизация ребер (фиксация консервативными и оперативными способами) показана:

- а) при изолированных переломах ребер, сопровождающихся закрытым пневмотораксом
- б) при окончатых (двоичных) множественных переломах ребер
- в) при нарастающей травматической подкожной эмфиземе
- г) при тотальном одностороннем гемотораксе
- д) при переломе грудины без повреждения ребер

104. При открытом пневмотораксе на догоспитальном этапе в качестве первой врачебной помощи показаны следующие мероприятия:

- а) асептическая повязка на рану
- б) окклюзионная асептическая повязка, накладываемая в момент вдоха
- в) окклюзионная асептическая повязка, накладываемая в момент выдоха
- г) вагосимпатическая блокада на стороне повреждения
- д) плевральная пункция

105. Плевральная пункция при пневмотораксе проводится:

- а) во 2-м межреберье по среднеключичной линии
- б) в 4-м межреберье по передней подмышечной линии
- в) в 6-м межреберье по средней подмышечной линии
- г) во 2-м и в 6-м межреберьях по средней подмышечной линии
- д) в 6-7-м межреберьях между средней и передней подмышечными линиями

106. Плевральная пункция при гемотораксе проводится:

- а) во 2-м межреберье по среднеключичной линии
- б) в 4-м межреберье по передней подмышечной линии
- в) в 6-м межреберье по заднеподмышечной линии
- г) в 7-8-м межреберье по сред-неподмышечной линии
- д) в 9-м межреберье по заднеподмышечной линии

107. Отметьте оптимальный из нижеперечисленных методов лечения краевых переломов вертлужной впадины при стабильном положении вправленной головки бедра:

- а) гипсовая кокситная повязка
- б) открытая фиксация винтами
- в) чрескостный остеосинтез
- г) скелетное вытяжение с последующим функциональным лечением

108. При двойном переломе тазового кольца типа Мальгенья определяются:

- а) уменьшение относительной длины нижней конечности на стороне повреждения
- б) изменение абсолютной длины нижней конечности на стороне повреждения
- в) смещение крыла травмированной подвздошной кости вниз

109. Отметьте симптомы, характерные для перелома таза с нарушением тазового кольца в заднем отделе:

- а) боль при попытке движений нижних конечностей, больной стремится лежать на здоровой

стороне

- б) больной стремится лежать на больной стороне
- в) псевдоабдоминальный синдром

110. В систему для постоянного вытяжения для лечения переломов костей таза входят:

- а) 1 балканская рама с блоками, 2 шины Брауна-Белера с грузом до 6 кг, противоупоры
- б) 2 балканские рамы, 2 шины Брауна-Белера, противоупор, гамак с грузом до 24 кг, 2 подставки для противовытяжения, щит, 2 скобы Киршнера и спицы
- в) 2 шины Брауна-Белера с грузом до 20 кг, 2 скобы Киршнера и спицы, щит

111. Наиболее эффективным способом лечения разрыва лонного сочленения является:

- а) кокситная повязка
- б) лечение с помощью гамака
- в) чрескостныйвнеочаговый остеосинтез

112. Для переломов тел шейного отдела позвоночника наиболее характерны:

- а) боли в шейном отделе и затруднение ротации, сгибания и разгибания головы; напряжение

шейных мышц

- б) головная боль с иррадиацией в шею
- в) хруст в шейном отделе позвоночника
- Г) вынужденное сгибание (разгибание) головы

113. Какой позвонок считается вывихнутым при вывихах позвоночника?

- а) вышележащий из поврежденных
- б) нижележащий из поврежденных

114. При чисто сгибательном механизме повреждения позвоночника образования, придающие стабильность телам позвонков в грудном и поясничном отделе, как правило:

- а) страдают
- б) не страдают

115. Функциональное лечение при переломах тел позвонков показано:

- а) при осложненных компрессионных переломах
- б) при переломах позвоночника у больных старше 60 лет
- в) при неосложненных компрессионных переломах грудных и поясничных позвонков
- г) при переломах остистых отростков
- д) при нестабильных переломах

116. Скелетное вытяжение за череп при переломах и переломовывихах шейного и верхнегрудного отдела позвоночника, как правило, длится:

- а) 1-2 недели
- б) 3-4 недели
- в) 6-8 недель
- г) 9-12 недель
- д) более 12 недель

117. Положение больного на твёрдой поверхности с ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах, с разведенными бедрами и валиком под коленными суставами, рекомендовано пострадавшим с подозрением на

- а) черепно-мозговую травму
- б) травму позвоночника
- в) перелом костей таза

118. Предложите оптимальную тактику при вывихе бедра

- а) закрытое вправление под местной анестезией с последующей активацией на костылях без нагрузки на больную ногу
- б) закрытое вправление под наркозом с последующим наложением скелетного вытяжения
- в) закрытое вправление под наркозом с последующим наложением гипсовой кокситной повязки;
- г) закрытое вправление под наркозом с последующей активацией на костылях без нагрузки на больную ногу;
- д) открытое вправление с наложением гипсовой кокситной повязки на 3,5 месяца.

119. В каком положении необходимо фиксировать бедро у ребёнка в первые 0,5 года жизни при врождённом вывихе?

- а) в положении отведения
- б) в положении приведения
- в) в среднефизиологическом положении
- г) в положении разгибания и наружной ротации
- д) фиксация вообще не применяется в таком возрасте

120. Наиболее оптимальным вариантом транспортной иммобилизации при открытом переломе бедра является:

- а) наложение шины Томаса
- б) наложение шины Дитерихса
- в) наложение шины Крамера
- г) фиксация к здоровому бедру
- д) наложение пневматической шины

121. Центральный вывих бедра – это:

- а) вывих головки бедра со смещением кпереди и медиально
- б) вывих головки бедра со смещением в проксимальном направлении
- в) вывих головки бедра со смещением кзади
- г) перелом дна вертлужной впадины со смещением головки бедра в полость таза
- д) перелом крыши вертлужной впадины со смещением головки бедра в проксимальном направлении

122. При субкапитальном переломе шейки бедра методом выбора является:

- а) остеосинтез 3-х лопастным гвоздем
- б) функциональное лечение
- в) однополюсное эндопротезирование
- г) остеосинтез спицами
- д) лечение на вытяжении с последующим наложением укороченной гипсовой кокситной повязки

123. Первая врачебная помощь при открытых неогнестрельных переломах костей конечности включает:

- а) введение обезболивающих средств
- б) введение антибиотиков
- в) новокаиновую блокаду области перелома
- г) остановку кровотечения, закрытие раны стерильной повязкой, транспортную иммобилизацию
- д) внутривенное введение кровезаменяющих растворов

124. Мероприятия при оказании первой врачебной помощи не включают:

- а) транспортную иммобилизацию
- б) трансфузионную терапию
- в) блокаду места перелома
- г) первичную хирургическую обработку раны
- д) введение антибиотиков

125. Для закрытия огнестрельной раны при первичной хирургической обработке применяют:

- а) первичный шов
- б) свободную кожную пластику
- в) первично-отсроченный шов
- г) кожную пластику лоскутом на ножке
- д) асептическую повязку

126. При первичной хирургической обработке огнестрельных ран не производят:

- а) рассечение раны и иссечение зоны первичного некроза
- б) остановку кровотечения
- в) обкалывание стенок раны антибиотиками
- г) иссечение зоны молекулярного сотрясения
- д) удаление инородных тел в раневом канале

127. Третий период ожоговой болезни (септикотоксемия) начинается с развития:

- а) плазмопотери и гемоконцентрации
- б) гемолиза эритроцитов
- в) гиповолемии
- г) метаболического ацидоза
- д) нагноения ожоговой раны

128. Под сочетанной травмой при механических повреждениях понимают:
- а) переломы бедра и голени с одной или с двух сторон
 - б) переломы костей конечностей, позвоночника или таза с одновременным повреждением внутренних органов
 - в) переломы верхних и нижних конечностей (например, плеча и бедра, предплечья и голени и т.п.)
 - г) повреждения полых и паренхиматозных органов при тупой травме живота
 - д) повреждение магистральных сосудов и нервов в одной анатомической области
129. Тяжесть открытого неогнестрельного перелома определяется:
- а) наличием отломка кости, выступающего в рану
 - б) наличием артериального, венозного или смешанного кровотечения из раны
 - в) тяжестью и обширностью повреждения мягких тканей
 - г) оскольчатым характером перелома
 - д) временем, прошедшим с момента травмы до поступления пострадавшего в стационар
130. Противопоказаниями к накостному остеосинтезу являются:
- а) остеопороз костей
 - б) открытые переломы с обширной зоной повреждения мягких тканей
 - в) инфицированные переломы
 - г) обширные кожные рубцы, свищи, остеомиелит
 - д) все перечисленное
131. Преимуществами внеочагового чрезкостного остеосинтеза являются все кроме:
- а) малой травматичности
 - б) надежность стабилизации отломков костей
 - в) возможности ранней активизации тяжелых больных
 - г) малых сроков оперативного вмешательства в сочетании с простотой методики оперативного вмешательства
 - д) отсутствия или незначительной кровопотери
132. К кровозаменителям дезинтоксикационного действия относят:
- а) гемодез
 - б) реполиглокин
 - в) липофундин
 - г) физиологический раствор
 - д) желатиноль
133. Показанием к переливанию крови на этапе первой врачебной помощи являются:
- а) острая гнойная инфекция
 - б) постгеморрагический шок 3-й ст. при остановленном наружном и отсутствии внутреннего кровотечения
 - в) травматический шок в сочетании с внутренним кровотечением
 - г) анаэробная инфекция
 - д) ожоговый шок
134. Первичный туалет ожоговой раны проводят при оказании:
- а) первой медицинской помощи
 - б) первой доврачебной помощи
 - в) первой врачебной помощи
 - г) квалифицированной помощи

д) специализированной помощи

135. Наиболее частым симптомом при переломе костей таза является:

- а) парез кишечника
- б) частый жидкий стул
- в) притупление перкуторного звука в отлогих местах
- г) дизурические расстройства
- д) положительный симптом Щёткина

136. У больного с переломом лодыжек, заднего края с подвывихом стопы через 1,5 года после травмы обнаружен деформирующий артроз голеностопного сустава. Назовите основную причину этого осложнения:

- а) сохраняющийся подвывих стопы
- б) разрыв дельтовидной связи
- в) длительная иммобилизация гипсовой повязкой
- г) ранняя нагрузка на ногу
- д) перелом заднего края

137. Назовите абсолютное показание к оперативному лечению переломов (остеосинтез):

- а) открытые переломы
- б) переломы со смещением отломков
- в) интерпозиция тканей между отломками
- г) многооскольчатые и раздробленные переломы
- д) множественные переломы костей

138. Назовите наиболее безопасный уровень пункции субарахноидального пространства позвоночного канала:

- а) между затылочной костью и атлантом
- б) в ниже-грудном отделе
- в) между XII грудным и I поясничным позвонком
- г) между I и II поясничным позвонком
- д) между IV и V поясничными позвонками

139. При открытых неогнестрельных переломах костей конечности предпочтителен:

- а) интрамедулярный остеосинтез стержнем
- б) накостный остеосинтез пластижкой
- в) наружный чрескостный остеосинтез спицевыми аппаратами (Илизарова, Волкова-Оганесяна и др.)
- г) накостный остеосинтез серкляжными проволочными швами
- д) остеосинтез винтами

140. Позвонки соединены наиболее подвижно

- а) в шейном отделе
- б) в поясничном отделе
- в) в грудном отделе
- г) на границе шейного и грудного отделов
- д) на границе грудного и поясничного отделов

141. Под спондилолистезом понимается

- а) смещение позвонка с нижерасположенного
- б) растворение или разрушение задних элементов позвонка
- в) незаращение дужки позвонка
- г) клиновидная деформация позвонка

д) патологическая подвижность позвонка

142. Для обезболивания переломов таза обычно пользуются внутритазовой анестезией по методу Школьников - Селиванова

- а) на 5 см выше передней ости подвздошной кости
- б) на 1 см кнутри от передней ости подвздошной кости
- в) на 3 см ниже и на 3 см медиальнее передней ости подвздошной кости

143. Количество местного анестетика (новокаина), используемого для блокады переломов костей на фоне шока, по сравнению с обычной дозировкой должно быть

- а) уменьшено
- б) увеличено
- в) существенно не меняется
- г) новокаин при шоке как местный анестетик желательно не использовать

144. У больного выявлен перелом обеих бедренных костей без повреждения магистральных сосудов, артериальное давление - 60/40 мм рт. ст., дыхание - 26 в минуту. Наиболее целесообразно в этой ситуации

- а) срочная инфузионная терапия с одновременным введением в наркоз
- б) срочно начать инфузионную терапию, осуществить обезболивание, добиться стабилизации артериального давления; затем начать проведение анестезии и операции
- в) срочно интубировать и начать инфузионную терапию

145. Достоинством новокаиновой блокады при тяжелых травмах является то, что она

- а) не вызывает снижения артериального давления
- б) дает длительное обезболивание
- в) ликвидирует боль, не смазывая клиническую картину
- г) снижает температуру тела
- д) повышает центральное венозное давление

146. Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать

- а) как анкилоз
- б) как контрактура
- в) как ригидность
- г) как патологическая подвижность
- д) все правильно

147. Чаще всего с применением пневмографии исследуется

- а) плечевой сустав
- б) локтевой сустав
- в) коленный сустав
- г) тазобедренный сустав
- д) голеностопный сустав

148. При осуществлении блокады по А.В. Вишневскому используют раствор новокаина концентрации

- а) 0,1%
- б) 0,25%
- в) 0,5%
- г) 1,0%
- д) 2,0%

149. Основной целью проведения первичной хирургической обработки ран является
- стерилизация ран скальпелем
 - удаление инородных тел и сгустков крови
 - иссечение всех нежизнеспособных тканей и создание «бесплодной каменистой почвы для развития микробной инвазии»
 - возможность сделать края кожи и подлежащих тканей ровными
 - удаление сгустков крови и перевязка тромбированных сосудистых стволов с целью профилактики вторичного кровотечения
150. Клинический диагноз травматологическому больному стационара должен быть поставлен после госпитализации
- на 1-е сутки
 - на 2-е сутки
 - на 3-и сутки
 - на 4-е сутки
 - перед выпиской больного
151. Для стабилизации аутокрови требуется 4% раствор цитрата натрия в количестве
- 10 мл на 100 мл крови
 - 20 мл на 100 мл крови
 - 30 мл на 100 мл крови
 - 40 мл на 100 мл крови
152. Ранним признаком острого тромбоза артерий является
- боль
 - отёк
 - похолодание конечности
 - мраморность кожных покровов
 - пощипывание, парестезии
153. Показаниями к переливанию плазмозаменителей являются
- гиперволемия
 - нормоволемия
 - гиповолемия
 - уровень гематокрита 45-50%
 - высокий лейкоцитоз
154. Регенерация костной ткани наиболее продолжительна
- в раннем возрасте
 - в юности
 - в среднем возрасте
 - в старческом возрасте
155. Ведущими симптомами раневого сепсиса являются
- тяжёлая интоксикация
 - гиповолемия, нарушение водно-электролитного баланса, ацидоз
 - ухудшение микроциркуляции
 - анемия, гипопроотеинемия
 - все перечисленное
156. При возникновении воспаления с серозно-гнойным отделяемым в области швов

рекомендуется

- а) антибактериальная терапия
- б) снятие швов и промывание раны
- в) повторная хирургическая обработка раны с наложением вторичных швов
- г) правильно а) и б)
- д) все правильно

157. Истощённому раненому, имеющему пониженную температуру и незаживающую рану с обширной поверхностью и гнойным отделяемым, следует поставить диагноз

- а) раневого истощения
- б) сепсиса
- в) септицемии
- г) пиемии
- д) септикопиемии

158. Правильное наложение кровоостанавливающего жгута характеризуется следующим условием

- а) жгут наложен как можно туже на конечности
- б) жгут наложен с силой, вызывающей онемение в дистальном отделе конечности
- в) жгут наложен так туго, как только остановится кровотечение
- г) жгут наложен так, что из раны слегка сочится кровь
- д) жгут накладывается до передавливания мышц конечности

159. К понятию хирургической обработки раны относится

- а) смазывание краев раны йодом, наложение повязки, введение внутримышечно антибиотиков
- б) промывание раны, введение в мягкие ткани антибиотиков
- в) удаление из раны инородных тел, обработка раны антисептиками, дренирование раны
- г) рассечение и иссечение раны, удаление сгустков крови, дренирование раны, восстановительная операция

160. К отсроченной хирургической обработке относится обработка, произведенная после травмы через

- а) 12-18 ч;
- б) 24-48 ч;
- в) 49-72 ч;
- г) 73-96 ч;
- д) 97-120 ч

161. Наиболее часто сдавление мягких тканей наблюдается

- а) при автомобильных авариях
- б) при падении с высоты
- в) при землетрясении
- г) при пожарах
- д) при подводных работах на глубине

162. Первопричиной патологических изменений в организме при сдавлении мягких тканей является

- а) гиперкалиемия
- б) плазмопотеря
- в) выброс в кровяное русло катехоламинов
- г) закупорка почечных петель миоглобином

- д) резкое повышение осмолярности (до 400 мосмоль/л) крови
163. В клиническом течении сдавления мягких тканей выделены периоды, кроме
- а) периода сдавления
 - б) промежуточного периода
 - в) периода почечных нарушений
 - г) периода ранних осложнений
 - д) периода поздних осложнений
164. Клиническая картина сдавления мягких тканей находится в прямой зависимости
- а) от возраста больного
 - б) от длительности сдавления
 - в) от атмосферных условий
 - г) от характера сдавливающего фактора
 - д) от пола больного
165. При сдавлении мягких тканей в почках имеют место следующие патологические изменения
- а) выраженные изменения в дистальных извитых канальцах
 - б) выраженные изменения в восходящих петлях Генле
 - в) забитость кровяными цилиндрами из миоглобина канальцев
 - г) правильно б) и в)
 - д) все ответы правильны
166. Пострадавшему, находящемуся в состоянии травматического шока III-IV степени, переливание крови и её препаратов
- а) не показано;
 - б) абсолютно показано
 - в) показано относительно;
 - г) можно обойтись трансфузией кровезаменителей
 - д) зависит от случая
167. Операцию остеосинтеза закрытого перелома диафиза бедренной кости после выведения больного из состояния травматического шока рекомендуется производить
- а) сразу же после нормализации артериального давления и пульса
 - б) после нормализации диуреза
 - в) через 12 ч стабилизации гемодинамики
 - г) через несколько суток
168. Неблагоприятное течение переломов шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено
- а) резким нарушением кровоснабжения головки шейки бедра
 - б) репонированные отломки трудно удерживаются обычными способами внешней фиксации
 - в) длительное вынужденное положение больного, адинамия
 - г) правильно а) и в)
 - д) все ответы правильны
169. Пострадавшего с тяжелым повреждением спинного мозга в грудном и поясничном отделах позвоночника при наличии только мягких носилок следует транспортировать
- а) на спине
 - б) на левом боку

- в) на правом боку
 - г) в полусидячем положении с подушкой в области поясницы
 - д) на животе
170. При повреждениях периферического нерва двигательные расстройства проявляются
- а) гипертонусом мышц выше уровня ранения
 - б) вялым параличом ниже уровня ранения
 - в) судорожным сокращением мышц ниже уровня ранения
 - г) усилением сухожильных и периостальных рефлексов ниже уровня ранения
 - д) перемежающимся гипер- и гипотонусом мышц ниже уровня ранения
171. При консервативном лечении неосложненных переломов грудного отдела позвоночника чаще всего применяются
- а) скелетное вытяжение за кости черепа
 - б) вытяжение за голову петлей Глиссона
 - в) ляжечное вытяжение за подмышечные впадины
 - г) скелетное вытяжение за кости таза
 - д) скелетное вытяжение за нижние конечности
172. К переломам, сопровождающимся разрывом тазового кольца, относятся
- а) перелом крыла подвздошной кости
 - б) перелом лонной кости
 - в) перелом губы вертлужной впадины
 - г) перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
 - д) перелом лонной и седалищной костей с разных сторон
173. Чаще всего при переломах костей таза повреждаются
- а) простата у мужчин и яичники у женщин
 - б) уретра, простатическая ее часть
 - в) дистальная часть мочеиспускательного канала
 - г) мочевого пузыря
 - д) влагалище у женщин и половой член у мужчин
174. Чаще всего при травмах происходит разрыв
- а) сухожилий разгибателей пальцев кисти
 - б) сухожилий разгибателей пальцев стопы
 - в) сухожилий четырехглавой мышцы бедра
 - г) сухожилий длинной головки двуглавой мышцы плеча
 - д) ахиллова сухожилия
175. Оптимальным методом лечения винтообразных переломов костей голени со смещением отломков является
- а) гипсовая повязка
 - б) скелетное вытяжение гипсовая повязка
 - в) компрессионно-дистракционный метод
 - г) операция остеосинтеза
176. Таранно-пяточный угол в норме составляет
- а) 10-20°
 - б) 20-30°
 - в) 20-40°
 - г) 20-50°
 - д) 40-60°

177. При открытом переломе 3 степени согласно классификации открытых переломов (по А.В. Каплану и О.Н. Марковой) характер раны и её размер будут

- а) колотая, размером от 1 до 2 см
- б) ушибленная, размером от 2 до 9 см
- в) рваная и размозженная, размером более 10 см
- г) ушибленная, размером от 1,5 до 2 см
- д) рваная и размозженная, размером от 2 до 9 см

178. При множественных переломах повреждение пяточных костей наиболее часто сочетается

- а) с переломом таранной кости
- б) с переломом костей стопы
- в) с переломом позвоночника
- г) с переломом костей таза
- д) с переломом большеберцовой кости

179. Инвалидность при политравме в основном определяется

- а) тяжестью повреждения опорно-двигательного аппарата
- б) диагностическими ошибками
- в) дефектами лечения
- г) осложнениями при травме
- д) дефектами при проведении врачебно-трудовой экспертизы

180. Из предложенных методов оперативного и консервативного лечения многооскольчатых переломов плюсневых костей не следует использовать

- а) создание костного синостоза с соседними неповрежденными плюсневыми костями
- б) скелетное вытяжение за кольца
- в) остеосинтез штифтом или спицами
- г) внеочаговый остеосинтез аппаратом

181. Какие из перечисленных способов применяются для лечения переломов шейного отдела позвоночника без повреждения спинного мозга?

- а) разгрузка на шите в горизонтальном положении
- б) применение петли Глиссона
- в) лфк для мышц по древинг-гориневской, скелетное вытяжение за череп

182. Клиновидный компрессионный перелом тел позвонков является:

- а) стабильным
- б) нестабильным

183. Расхождение вершушек остистых отростков при пальпации у больного в зоне травмы позвоночника свидетельствует:

- а) о нестабильном переломе
- б) о стабильном переломе
- в) не является признаком стабильности или нестабильности перелома позвонков

184. Отверстие, через которое выходит верхняя ягодичная артерия, образовано

- а) нижним краем большой ягодичной мышцы
- б) нижним (задним) краем средней ягодичной мышцы, верхним краем грушевидной мышцы
- в) нижним краем грушевидной мышцы
- г) верхним краем внутренней запирательной мышцы

185. Зона расположения малоберцового нерва в верхней трети голени находится:
- а) сзади и снаружи от шейки малоберцовой кости
 - б) сзади и изнутри от шейки малоберцовой кости
 - в) снаружи от головки малоберцовой кости
 - г) в межкостной мембране верхней трети голени
186. Для переломов тел шейного отдела позвоночника наиболее характерны:
- а) боли в шейном отделе, затруднение ротации, сгибания и разгибания головы, напряжение шейных мышц
 - б) головная боль с иррадиацией в шею
 - в) хруст в шейном отделе позвоночника
 - г) вынужденное сгибание (разгибание) головы
 - д) тетраплегия, расстройство функции тазовых органов
187. Какой позвонок считается вывихнутым при вывихах позвоночника?
- а) вышележащий из поврежденных
 - б) нижележащий из поврежденных
188. При чисто сгибательном механизме повреждения позвоночника образования, придающие стабильность телам позвонков в грудном и поясничном отделе, как правило:
- а) страдают
 - б) не страдают
189. Функциональное лечение при переломах тел позвонков показано:
- а) при осложненных компрессионных переломах
 - б) при переломах позвоночника у больных старше 60 лет
 - в) при неосложненных компрессионных переломах грудных и поясничных позвонков
 - г) при переломах остистых отростков
 - д) при нестабильных переломах
190. Скелетное вытяжение за череп при переломах и переломовывихах шейного и верхнегрудного отдела позвоночника, как правило, длится:
- а) 1-2 недели
 - б) 3-4 недели
 - в) 6-8 недель
 - г) 9-12 недель
 - д) более 12 недель
191. При переломах костей тазового кольца с нарушением его непрерывности у взрослых скелетное вытяжение накладывают:
- а) на 2-3 недели
 - б) на 5-6 недель +в) на 7-8 недель
 - г) на 9-10 недель
 - д) более 10 недель
192. При переломах крестца трудоспособность восстанавливается чаще через:
- а) 1-2 недели
 - б) 1-3 недели
 - в) 4-8 недель
 - г) 9-12 недель
 - д) 13 недель и более

193. При оказании специализированной помощи среди вариантов обезболивания в качестве противошокового мероприятия при переломах костей таза предпочтительным является:

- а) обезболивание наркотиками
- б) местное обезболивание по А.В. Вишневскому
- в) анестезия по Школьникову-Селиванову-Цодыксу
- г) проводниковая анестезия
- д) перидуральная блокада

194. При полном разрыве ахиллова сухожилия активное подошвенное сгибание:

- а) отсутствует
- б) значительно ослаблено
- в) сохранено

195. При пронационно-абдукционных переломах лодыжек (типа Дюпюитрена) происходит:

- а) подвывих стопы внутрь с переломом внутренней лодыжки и переднего края большеберцовой кости
- б) подвывих стопы кнаружи с отрывом внутренней лодыжки, переломом 1/3 малоберцовой кости и разрывом дистальной межберцовой связки
- в) перелом внутренней лодыжки и заднего края большеберцовой кости
- г) перелом заднего края большеберцовой кости
- д) перелом переднего края большеберцовой кости и разрыв коллатеральных связок голеностопного сустава

196. Переломы лодыжек, сочетающиеся с переломом заднего или переднего краев большеберцовой кости с подвывихом стопы кпереди и кзади известны как переломы:

- а) Дюпюитрена и Мальгены
- б) Потта и Десто
- в) Уотсон-Джонса

197. При фиксации гипсовой повязкой вправленного перелома лодыжек пронационную гиперкоррекцию стопы:

- а) проводить необходимо
- б) можно проводить, но не обязательно
- в) проводить вредно

198. При супинационно-аддукционных переломах лодыжек подвывих стопы происходит:

- а) кнутри
- б) кнаружи
- в) не происходит
- г) кзади
- д) кпереди

199. Оперативное лечение переломов лодыжек показано:

- а) при любом виде перелома лодыжек
- б) при переломах заднего и переднего краев большеберцовой кости
- в) при трудно репозируемых переломах, при плохо удерживаемых и легко смещающихся переломах

200. Оперативное лечение переломов надколенника показано:

- а) при переломе без расхождения отломков

- б) при расхождении отломков на 2-3 мм
 - в) при расхождении отломков более 3 мм или раздробленных переломах
201. Одним из симптомов повреждения мениска коленного сустава является:
- а) затруднение больных при спуске с лестницы
 - б) затруднение больных при подъеме на лестницу
 - в) затруднение при спуске и подъеме на лестницу
202. Если первичная травма коленного сустава сопровождалась блокадой, которая была устранена, то в этих случаях:
- а) больного не следует оперировать
 - б) больного оперировать следует в экстренном порядке
 - в) больного оперировать следует через 2-3 дня
 - г) больного оперировать следует через 5-10 дней
 - д) больного оперировать следует при повторных блокадах
203. Какой из перечисленных синдромов патологии коленного сустава наиболее характерен для повреждения мениска?
- а) "переднего выдвигающего ящика"
 - б) "заднего выдвигающего ящика"
 - в) "блокады"
 - г) боли и хруста
 - д) нестабильности
204. Какая операция наиболее рациональна при повреждении мениска в прикапсулярной зоне?
- а) удаление
 - б) пластика оторванной части
 - в) резекция
 - г) операция не показана
 - д) шов мениска (артроскопия).
205. При подвздошном травматическом вывихе бедра:
- а) нога резко согнута, приведена и ротирована внутрь
 - б) нога укорочена до 5-7см, слегка согнута, приведена и ротирована внутрь
 - в) укорочение ноги до 1-2 см
 - г) определяется симптом пружинящей фиксации
206. Необходимыми действиями хирурга, вправляющего вывих бедра по Кохеру, являются:
- а) сгибание конечности в коленном и тазобедренных суставах, вытяжение по направлению оси бедра и ротационные движения бедра
 - б) сгибание конечности только в тазобедренном суставе и приведение бедра
207. При консервативном лечении обычно не срастаются следующие переломы бедра:
- а) медиальные переломы шейки Гарден I
 - б) медиальные переломы шейки Гарден IV
 - в) межвертельные переломы в области шейки
 - г) чрезвертельные переломы в области шейки
208. Симптом усиленной пульсации бедренных сосудов под пупартовой связкой при переломах шейки бедра на месте повреждения описан:
- а) А.В. Вишневым
 - б) А.В. Капланом

- в) Г.И. Турнером
- г) С.С. Гирголавым
- д) Т. Бильротом

209. С целью ослабить давление на головку бедра при ее асептическом некрозе предложена операция:

- а) по Фоссу
- б) по Мак-Маррею
- в) по Солтеру
- г) по Венту
- д) по Заградниеку

210. Какой вариант иммобилизации отломков в аппарате Илизарова показан при многооскольчатом переломе большеберцовой кости в диафизарном её отделе?

- а) компрессия продольная
- б) дистракция одномоментная
- в) встречно-боковая компрессия
- г) стабильная фиксация
- д) дистракция постепенная

211. При переломе костей голени для скелетного вытяжения спицу, как правило, проводят:

- а) через пяточную кость и надлодыжечную область
- б) через диафизарную часть отломков и метафизы отломков
- в) через плюсневые кости

212. При переломе внутреннего мыщелка большеберцовой кости и его смещении:

- а) голень отклоняется кнаружи
- б) голень отклоняется кнутри
- в) ось голени не изменяется
- г) определенной закономерности в отклонении голени от нормальной оси не наблюдается

213. Гипсовую повязку при консервативном лечении вправленных отломков мыщелков большеберцовой кости снимают обычно:

- а) через 2-3 недели
- б) через 4 недели
- в) через 5-6 недель
- г) через 8 недель
- д) через 10-12

214. При диафизарном переломе костей голени без смещения отломков лечение гипсовой повязкой без фиксации ею коленного сустава

- а) оправдано и допустимо
- б) неоправданно и противопоказано

215. Проксимальный отломок при переломах верхней и средней трети бедра смещается в положение:

- а) отведения, сгибания и наружной ротации
- б) отведения, разгибания и внутренней ротации
- в) приведения, сгибания и внутренней ротации
- г) закономерности смещения нет
- д) отломок смещается только по периферии

216. При переломах нижней трети бедра и надмышцелковом переломе периферический отломок смещается по отношению к центральному:
- а) кверху
 - б) кнаружи
 - в) кнутри
 - г) кзади и кверху
 - д) по периферии
217. Адекватный вариант и количество интрамедуллярных стержней для остеосинтеза перелома бедренной кости в нижней трети?
- а) одним стержнем типа Кюнчера, ЦИТО, Дуброва
 - б) двумя металлическими упругими стержнями типа Богданова
 - в) сдвоенными стержнями ЦИТО
218. Оптимальные методы лечения закрытых винтообразных диафизарных переломов бедренной кости:
- а) одномоментная репозиция и кокситная повязка
 - б) скелетное вытяжение и накостный остеосинтез
 - г) интрамедуллярный остеосинтез
 - д) чрескостный остеосинтез
219. Оптимальный метод лечения многооскольчатых переломов диафиза бедра:
- а) скелетное вытяжение и гипс
 - б) чрескостный полифасцикулярный остеосинтез
 - в) интрамедуллярный остеосинтез
 - г) накостный остеосинтез
 - д) кокситной повязкой после одномоментной репозиции
220. Смещение в суставе Шопара при вывихе дистальной части стопы происходит:
- а) кнутри и к тылу
 - б) кнаружи и в подошвенную сторону
 - в) кнаружи и к тылу
 - г) нет закономерных смещений
 - д) только к подошвенной стороне, вниз
221. Вывихи плюсневых костей в суставе Лисфранка
- а) происходят, как правило, изолированно без переломов плюсневых костей
 - б) как правило, сочетаются с переломами костей стопы
222. При раздробленных переломах тела таранной кости лучшие результаты лечения получают:
- а) при астрагалжтомии
 - б) при лечении гипсовой повязки
 - в) при первичном артродезе
 - г) при скелетном вытяжении
 - д) при погружном металлоостеосинтезе отломков кости
223. При переломах шейки таранной кости после снятия гипса нагрузка на ногу разрешается:
- а) на 3-4-й неделе после травмы
 - б) на 5-6-й неделе после травмы
 - в) через 10-12 недель после травмы
 - г) через 20-30 недель после травмы

- д) более, чем через 30 недель после травмы
224. После компрессионного перелома пяточной кости и смещения отломков таранно-пяточный угол:
- а) не меняется
 - б) увеличивается
 - в) уменьшается
 - г) закономерности в его изменении нет
225. При переломах пяточной кости без смещения отломков лечение проводят:
- а) гипсовой повязкой
 - б) скелетным вытяжением
 - в) диафиксацией отломков спицами
226. Наилучшим видом обезболивания при вправлении вывиха бедра является:
- а) внутрисуставное введение местного анестетика
 - б) проводниковая анестезия
 - в) футлярная блокада по А.В. Вишневскому
 - г) внутритазовая анестезия по Школьникову-Селиванову
 - д) наркоз с миорелаксантами
227. Для чрескостного остеосинтеза изолированных переломов конечности целесообразнее всего использовать:
- а) перидуральную, проводниковую и инфильтрационную анестезию
 - б) местную анестезию
 - в) внутривенное обезболивание
 - г) интубационный комбинированный поверхностный наркоз
228. Наиболее надежным и эффективным способом обезболивания при свежих переломах таза является:
- а) анестезия по Школьникову-Селиванову
 - б) блокада запирающих нервов
 - в) введение анестетика в место перелома
 - г) наркоз
 - д) подкожное введение наркотика
229. Наиболее достоверным критерием попадания иглы для введения анестетика в место перелома является:
- а) ощущение упора иглы в костный отломок
 - б) появление пульсирующей струи крови в шприце при потягивании поршня после упора иглы в кость
 - в) ощущение крепитации отломков при упоре иглы в кость
230. В условиях травматологического отделения поликлиники у больного с закрытым переломом костей голени, фиксированным аппаратом Илизарова, обнаружено начинающееся воспаление мягких тканей вокруг одной из спиц с одной стороны. Отметьте наиболее рациональный вариант лечения:
- а) снять аппарат в условиях травматологического отделения и перевести больного на скелетное вытяжение
 - б) удалить спицу, вокруг которой ткани воспалены
 - в) обколоть зону воспаления раствором новокаина и антибиотиков, проверить и скорректировать натяжение спиц в условиях поликлиники
 - г) направить больного в травматологическое отделение для стационарного лечения

231. У больного после открытого перелома диафиза большеберцовой кости, осложненного хроническим остеомиелитом концов отломков без видимых секвестров в течение года нет сращения. Каков наиболее целесообразный вариант лечения?

а) операция экономной резекции концов отломков с постоянным промыванием зоны воспаления антисептиками, скелетное вытяжение, гипсовая повязка

б) косая остеотомия малоберцовой кости (или поднадкостничная её резекция), лечение компрессионно-дистракционным методом по Илизарову

в) резекция зоны несращения с костной трансплантацией, иммобилизация гипсовой повязкой

г) внутрикостная антибиотикотерапия с длительной иммобилизацией "функциональной" бесподкладочной повязкой из поливика

232. У больного после внутрисуставного перелома верхнего конца большеберцовой кости признаки острого гонита. При пункции сустава получена мутная синовиальная жидкость с примесью крови. Какой вариант общего и местного лечения наиболее рационален?

а) консервативное общее противовоспалительное лечение (антибиотики), местно - холод, иммобилизация

б) пункции сустава с удалением выпота и введением в сустав антибиотиков типа гентамицина, иммобилизация гипсом

в) активное дренирование V с постоянным промыванием сустава антисептиками, при неэффективности - синовэктомия, при неэффективности – артрорез

г) артрорез по жизненным показаниям

д) лечение длительной иммобилизацией и иммуностимуляцией

233. У больного, перенесшего 2 года назад перелом шейки таранной кости с вывихом ее тела, резко усилились боли в голеностопном суставе, особенно при ходьбе, вследствие чего он стал пользоваться палкой, а потом - костылями. Отмечается выраженный отёк в области голеностопного сустава. Каков наиболее вероятный диагноз этого заболевания?

а) рецидив вывиха таранной кости

б) повторный перелом таранной кости

в) асептический некроз таранной кости и деформирующий артроз голеностопного и подтаранного суставов

г) разболтанность голеностопного сустава

д) синдром Зудека

234. Больной 17 лет поступил в травматологическое отделение с признаками перелома верхней трети плечевой кости. Обследование показало, что это патологический перелом, обусловленный опухолью, рентгенологически, клинически и гистологически напоминающую остеогенную саркому. Отдалённых метастазов не выявлено. Какое из вмешательств наиболее целесообразно для данного пациента?

а) гипсовая повязка и симптоматическое лечение

б) резекция опухоли с эндопротезированием проксимальной трети плечевой кости

в) биопсия, рентгене- и химиотерапия

г) регионарная лучевая и химиотерапия

235. После травмы мягких тканей в области пяточного бугра образовалась язва 3x4 см, которая не поддается заживлению: при неоднократных попытках свободной кожной пластики. Какая операция при этом наиболее целесообразна по длительности и меньшей вероятности осложнений?

а) по Филатову, по Илизарову

б) по Тычинкиной

- в) мостовидным кожно-подкожным лоскутом
236. Проникающим называется повреждение позвоночника, сопровождающееся:
- а) ранением твёрдой мозговой оболочки спинного мозга
 - б) повреждением спинного мозга
 - в) повреждением межпозвонкового диска
237. Оптимальные варианты лечения винтообразных переломов бедра в средней трети:
- а) скелетное вытяжение
 - б) накостный остеосинтез
 - в) закрытая репозиция и гипс
 - г) открытый интрамедуллярный остеосинтез
 - д) чрескостный остеосинтез
238. Синдром длительного раздавливания (СДР) относится к группе повреждений мягких тканей, в основе которых лежит:
- а) разможнение мягких тканей
 - б) полный длительный перерыв кровотока в них
 - в) длительная аноксия тканей
 - г) временное расстройство кровообращения в них
239. Синдром длительного раздавливания обозначается в литературе и другими терминами. Какими?
- а) компрессионный шок, турникетный шок
 - б) травматический токсикоз, гепато-ренальный синдром
240. Какое из определений понятия «вывих» правильное?
- а) травма, сопровождающаяся укорочением анатомической и функциональной длины конечности
 - б) повреждение капсулы и связочного аппарата сустава
 - в) полное смещение суставных концов костей, при котором утрачивается соприкосновение суставных поверхностей в области сочленения
 - г) неполное смещение суставных поверхностей концов костей
 - д) травма, при которой объем движений в суставе резко ограничен или невозможен
241. Какое из нижеперечисленных определений называется привычным вывихом?
- а) вывих, связанный с разрушением суставной впадины
 - б) вывих в результате травмы
 - в) вывих, возникший второй раз в ближайший месяц после вправления первого вывиха
 - г) неоднократно повторяющийся вывих
242. Какие из перечисленных симптомов характерны только для травматического вывиха плеча?
- а) боли, патологическая подвижность в зоне повреждения
 - б) кровоизлияние в ткани надплечья
 - в) симптом пружинящей фиксации плеча
 - г) западение дельтовидной области при осмотре
 - д) отсутствие активных движений в суставе при сохранности пассивных
 - е) отсутствие активных и резкое ограничение пассивных движений сустава
243. Принципы вправления свежего травматического вывиха по Кохеру:

- а) сопоставление элементов сустава путем одномоментной distraction мышц, окружающих
- суставов
- б) предварительное расслабление мышечного футляра вокруг сустава с последующим вправлением вывиха
 - в) перемещение головки сустава путем повторения в обратном порядке ее смещений при вывихе
 - г) пальцевое введение головки сустава во впадину

244. Какой способ завершения первичной хирургической обработки огнестрельной раны наиболее обоснован и эффективен?

- а) первичные глухие швы
- б) отказ от первичных швов, дренирование раны
- в) вторичные швы
- г) отсроченные первичные швы с дренированием раны

245. В каком месте по ходу раневого канала при огнестрельных повреждениях бывают наибольшие разрушения тканей?

- а) у входного отверстия
- б) у выходного отверстия
- в) в середине раневого канала
- г) в полостных органах
- д) в подкожной клетчатке

246. Какое из перечисленных изменений в тканях является характерным только для огнестрельных повреждений?

- а) входное отверстие
- б) выходное отверстие
- в) первичный некроз
- г) молекулярное сотрясение тканей
- д) загрязнение тканей
- е) раневая инфекция

247. Какое из перечисленных мероприятий является наиболее эффективным в лечении огнестрельной раны?

- а) туалет
- б) асептическая повязка
- в) обкалывание области раны антибиотиками
- г) первичная хирургическая обработка
- д) удаление из раны инородного тела

248. Какому из перечисленных способов фиксации перелома следует отдать предпочтение при осложнении раневой инфекции?

- а) фиксация окончатой (мостовидной) гипсовой повязкой
- б) погружной металлоостеосинтез
- в) накостный металлоостеосинтез
- г) скелетное вытяжение
- д) внеочаговый чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез

249. Скелетное вытяжение противопоказано:

- а) при закрытых и открытых переломах без обширных разрушений мягких тканей
- б) при переломах с разрывом мышц-антагонистов, при жировой эмболии

в) при многооскольчатых множественных переломах

250. Что из перечисленного не относится к болезни перегрузок?

- а) стенозирующий лигаментит кольцевидных связок пальцев и первого сухожильного влагалища
- б) эпикондилит плеча
- в) плечелопаточный периартрит
- г) энтезиты различной локализации
- д) артриты

251. К клинической картине плече-лопаточного периартрита относится все, кроме:

- а) болей при активных движениях в плечевом суставе
- б) ноющих болей в покое
- в) чувства ползания мурашек в пальцах руки
- г) усиления болей при внутренней ротации руки
- д) локальной болезненности при пальпации в зоне малого бугорка

252. Для деформирующего артроза характерно:

- а) ограничение подвижности в суставе, повышение температуры тела, увеличение объёма сустава
- б) чувство неустойчивости в суставе и нарушение функции конечности
- в) болевой синдром, ограничение движений в суставе, возникновение контрактур
- г) наличие отёка сустава, повышение местной и общей температуры
- д) болевой синдром и ограничение движений в суставе, наличие кристаллурии

253. Врождённый вывих бедра - это:

- а) синоним дисплазии тазобедренного сустава
- б) более значительное диспластическое изменение крыши вертлужной впадины, при котором ребёнок всегда рождается с вывихом
- в) собирательное определение, включающее и дисплазию и врожденный вывих (подвывих) бедра и диагноз, отражающий рождение ребенка с клинико-морфологической картиной вывиха или подвывиха в суставе

254. Клиническая картина при остеогенной саркоме в начале заболевания характеризуется следующими признаками:

- а) боли нет, припухлость, гиперемия
- б) боли в покое, припухлость, болевая контрактура
- б) повышение температуры тела, увеличение региональных лимфоузлов
- г) боль при движениях, хромота
- д) патологическая подвижность в области наибольшей болезненности

255. К методу оперативного лечения деструктивных поражений тазобедренного сустава относится все, кроме:

- а) редрессация постоянным скелетным вытяжением
- б) корригирующей остеотомии проксимального конца бедра
- в) некрэтомии очага.
- г) туннелизации
- д) эндопротезирования

256. К алгоритму раннего послеоперационного ведения больных с суставом, разгруженным эндоаппаратом, не относится:

- а) иммобилизация конечности деротационной шиной

- б) объёмные движения конечностью в тазобедренном суставе с помощью гамака с 3-й нед.
- в) ходьба с помощью костылей без нагрузки на ногу с 6-8-й нед.
- г) ходьба с помощью костылей без нагрузки на ногу с 4-й недели
- д) ходьба с ограниченной нагрузкой на ногу с 7-й недели

257. Оптимальными способами лечения ложного сустава ключицы являются:

- а) накостный металлоостеосинтез
- б) интрамедуллярный металлоостеосинтез
- в) внутрикостный металлоостеосинтез с костной пластикой места перелома
- д) длительная иммобилизация гипсовой повязкой Смирнова-Вайнштейна

258. Контрактурой называют:

- а) полную неподвижность в пораженном суставе
- б) незначительный объем подвижности в суставе качательного характера
- в) наличие тугой подвижности в области ложного сустава
- г) ограничение нормальной амплитуды движения в суставе

259. Клинически различают следующие контрактуры:

- а) сгибательные, разгибательные, приводящие, отводящие, ротационные
- б) иммобилизационные, ишемические, паралитические

260. В зависимости от локализации первичных патологических изменений контрактуры делят:

- а) на дерматогенные, десмогенные, тендогенные, миогенные и артрогенные
- б) на послеожоговые, неврогенные, рефлекторные

261. В зависимости от причин контрактуры принято делить:

- а) на посттравматические, послеожоговые, иммобилизационные, профессиональные, неврогенные, рефлекторные, паралитические
- б) на сгибательно-разгибательные, артрогенные

262. Замедленной консолидация считается:

- а) при отсутствии четких признаков сращения перелома через 4 месяца после репозиции и фиксации
- б) при отсутствии четких признаков сращения, появлении костной мозоли на рентгенограмме только через 2 месяца после репозиции и фиксации
- в) при наличии подвижности между отломками и склерозированных замыкательных пластинок на концах костных фрагментов при рентгенографии

263. Распознавание формирования ложного сустава базируется на основании:

- а) рентгенологических признаков вне зависимости от срока с момента перелома
- б) клинико-рентгенологических признаков, если прошли двойные сроки средней продолжительности образования костной мозоли для конкретной кости
- в) отсутствия четких признаков сращения перелома через 4 месяца после репозиции и фиксации

264. Плоская спина характеризуется:

- а) уплощением изгиба в грудном отделе позвоночника
- б) уплощением изгиба в поясничном отделе позвоночника
- в) уплощением изгибов в поясничном и грудном отделе позвоночника

265. Гиперлордоз характеризуется:

- а) избыточным изгибом позвоночника вперед на всех уровнях
- б) избыточным искривлением позвоночника назад в области шеи и поясницы Iy
- в) избыточным изгибом позвоночника вперед в области шеи и поясницы, грудной отдел выгибается назад
- г) уплощение изгиба в грудном отделе позвоночника

266. Среди грудных сколиозов преобладают:

- а) правосторонние
- б) левосторонние
- в) одинаково часто лево и правосторонние

267. Какая из перечисленных операций наиболее рациональна при деформирующем гонартрозе, обусловленном варусной деформацией большеберцовой кости?

- а) операция на связках сустава
- б) артродез
- в) эндопротезирование
- г) корригирующая остеотомия
- д) артрориз сустава

268. У больного 18 лет обнаружен диспластический коксартроз II-III с подвывихом головки бедра, особенно выраженным при нагрузке на больную конечность. Гипоплазия вертлужной впадины выражена. Каков наиболее рациональный метод хирургического лечения?

- а) формирование навеса вертлужной впадины по Кенигу, Гирголаву, Томасу
- б) Подвертельная двойная вальгизирующе-медиализирующая остеотомия бедренной кости типа Шанца-Илизарова
- в) подвертельная остеотомия по Мак-Маррею

269. У больного 56 лет односторонний первичный деформирующий артроз тазобедренного сустава IV степени. Противопоказаний к операции нет. Каков наилучший вариант лечения?

- а) подвертельная остеотомия типа Шанца-Илизарова
- б) операция Вента
- в) операция авдуктотомии типа Фосса
- г) эндопротезирование
- д) артродез

270. У больного, перенесшего 2 года назад перелом шейки таранной кости с вывихом её тела, резко усилились боли в голеностопном суставе, особенно при ходьбе, вследствие чего он стал пользоваться палкой, а потом - костылями. Отмечается выраженный отёк в области голеностопного сустава. Каков наиболее вероятный диагноз этого заболевания?

- а) рецидив вывиха таранной кости
- б) повторный перелом таранной кости
- в) асептический некроз таранной кости и деформирующий артроз голеностопного и подтаранного суставов
- г) разболтанность голеностопного сустава
- д) синдром Зудека

271. В результате вялого паралича четырехглавой мышцы у больного 29 лет полностью отсутствует активное разгибание коленного сустава. Бедро имеет анатомическое укорочение на 5 см, и окружность его на 3-4 см меньше окружности здорового бедра. Какие ортопедические операции наиболее показаны этому больному?

- а) замыкание коленного сустава

- б) удлинение и утолщение бедра по Илизарову
- в) пересадка сгибателей голени на надколенник
- г) вначале удлинение и утолщение бедра по Илизарову, потом пересадка сгибателей
- д) вначале пересадка сгибателей, потом удлинение бедра

272. В результате акушерского паралича у больной 20 лет отмечается укорочение костей плеча и предплечья (плеча - 5 см, предплечье - 3 см), отсутствуют: активное отведение, передняя и задняя девиации в плечевом суставе. Какие из нижеперечисленных операций показаны и наиболее рациональны?

- а) нейропластика плечевого сплетения
- б) удлинение костей плеча и предплечья по Илизарову
- в) тендомиотрансмиссия подлопаточной мышцы
- г) удлинение сухожилия трапециевидной мышцы

273. У больного с остаточными явлениями детского церебрального паралича отмечаются выраженные сгибательно-приводящие контрактуры тазобедренных суставов и сгибательные контрактуры коленных и голеностопных суставов. Какие из перечисленных операций показаны этому больному?

- а) пересадки сгибателей голени на место разгибателей, артрорезы
- б) операция Штофеля, удлинения ахилловых сухожилий, дезинсерции аддукторов

274. Больная 23 лет страдает поперечным плоскостопием, сочетающимся с отведенными большими пальцами обеих стоп III степени. Какая из нижеперечисленных операций для неё наиболее целесообразна и физиологична?

- а) операция Шеде
- б) операция Брандеса
- в) операция Кочева
- г) операция Мак-Брида
- д) операция Шеде-Брандесса

275. К травматологу-ортопеду обратился больной 35 лет с признаками остеобластокластомы нижнего метаэпифиза бедра с угрозой прорыва в сустав. Пункционная биопсия подтвердила этот диагноз. Какое вмешательство наиболее целесообразно?

- а) ампутация бедра
- б) резекция опухоли с костной пластикой
- в) артрорез после резекции опухоли и удлинения бедра

276. В течение 10 лет у больного прогрессируют сгибательные контрактуры пальцев на обеих кистях. В момент обращения к врачу пальцы правой кисти практически не разгибаются. На левой кисти не разгибается указательный палец. Больной настаивает на его ампутации. Диагностируется контрактура Дюпюитрена обеих кистей. Какие операции показаны данному больному?

- а) ампутация пальцев
- б) удлинение сухожилий сгибателей
- в) исправление контрактур дистракционными аппаратами
- г) иссечение ладонных апоневрозов: справа полностью, слева частично и устранение контрактур
- д) резекции пораженных суставов

277. Больной страдает ревматоидным артритом, особенно выражены боли, контрактура и деформация правого коленного сустава. Выражены признаки выпота в сустав. Наступать на

правую ногу из-за её неопороспособности и болей невозможно. Какие методы местного лечения наиболее целесообразны?

- а) пункция сустава с введением гормонов
- б) артродез
- в) синовкапсулэктомия
- г) иммобилизация гипсовой повязкой

278. У больного 49 лет на почве ревматоидного артрита произошло разрушение правого тазобедренного сустава, что подтверждено клинически и рентгенологически. Какая из перечисленных ниже операций ему показана?

- а) артродез
- б) артропластика
- в) тотальное эндопротезирование
- г) эндопротез однополюсный
- д) подвертельная остеотомия по Мак-Маррею

279. У больного 16 лет клинические и рентгенологические признаки болезни Осгуд-Шлаттера. Длительное консервативное лечение неэффективно. Какая из перечисленных операций ему показана?

- а) пересадка собственной связки надколенника
- б) вентрилизация надколенника по Банди
- в) резекция некротической части бугристости большеберцовой кости и удаление её свободных фрагментов
- г) артродез

280. Отметьте закономерные элементы врожденной косолапости:

- а) конская стопа, приведенная стопа, стопа, обращенная подошвенной поверхностью внутрь
- г) стопа, обращенная подошвенной поверхностью кнаружи, пяточная стопа

281. После травмы мягких тканей в области пяточного бугра образовалась язва 3x4 см, которая не поддается заживлению: при неоднократных попытках свободной кожной пластики. Какая операция при этом наиболее целесообразна по длительности и меньшей вероятности осложнений?

- а) по Филатову, по Илизарову
- б) по Тычинкиной
- в) мостовидным кожно-подкожным лоскутом

282. Анкилозом называют:

- а) ограничение нормальной амплитуды движения в суставе
- б) незначительный объем подвижности в суставе качательного характера
- в) полную неподвижность в пораженном суставе
- г) тугую подвижность в области ложного сустава

283. Нагрузка врача-ортопеда в поликлинике (травмпункте) в час составляет:

- а) 3 человека
- б) 7 человек
- в) 10 человек
- г) 6 человек

284. Врачебно-экспертная комиссия (ВЭК) может:

- а) закрыть любую из форм освобождения от работы, признать трудоспособным или по

истечении 4 месяцев временной утраты трудоспособности определить больного на лёгкий труд сроком до 6 месяцев

б) продлить больничный листок или справку ф. 094/у сроком более, чем 4 месяца с момента травмы (заболевания)

285. Какой из перечисленных компонентов опорно-двигательной системы страдает при ревматоидном артрите преимущественно?

- а) крупные суставы
- б) мелкие суставы
- в) крестцово-подвздошное сочленение
- г) позвоночник
- д) мышцы

286. Какой этиологический фактор при ревматоидном артрите имеет решающее значение?

- а) острая инфекция
- б) хроническая инфекция
- в) травма
- г) охлаждение
- д) аутоиммунная агрессия

287. При ревматизме отмечается следующий характер поражения суставов:

- а) боли локализируются в мелких суставах
- б) постоянные боли в крупных суставах
- в) боли в грудном отделе позвоночника.
- г) боли носят "летучий характер" и локализируются преимущественно в крупных суставах
- д) боли в крестцово-подвздошном сочленении

288. При деформирующем артрозе процесс начинается:

- а) в субхондральном отделе кости
- б) в хряще
- в) в синовиальной оболочке
- г) в месте прикрепления сухожилий и кости

289. При деформирующем артрозе страдают чаще:

- а) мелкие суставы верхних конечностей
- б) мелкие суставы нижних конечностей
- в) крупные суставы верхних конечностей
- г) крупные суставы нижних конечностей

290. Наименее характерным при деформирующем артрозе являются:

- а) рентгенологические изменения
- б) повышение СОЭ
- в) боль при движении
- г) контрактуры
- д) хруст в суставах при движении

291. При гнойном артрите поражаются, как правило:

- а) любые суставы
- б) преимущественно крупные суставы
- в) мелкие суставы
- г) плечевой сустав
- д) тазобедренный сустав

292. Гнойный артрит начинается и протекает:

- а) хронически
- б) остро
- в) с ремиссиями
- г) подостро с субфебрильной температурой тела

293. При дисплазии тазобедренного сустава на рентгенограмме выявляется все, кроме:

- а) недоразвитие вертлужной впадины
- б) скошенность крыши вертлужной впадины
- в) вальгусная деформация проксимального конца бедренной кости
- г) несоответствие размеров головки размерам вертлужной впадины
- д) асептического некроза головки

294. При врожденной мышечной кривошее:

- а) голова наклонена в «больную» сторону, подбородок повернут в «здоровую» сторону, под кожей контурируется грудино-ключично-сосцевидная мышца
- б) голова наклонена в «здоровую» сторону, подбородок повернут в «больную» сторону, под кожей контурируется грудино-ключично-сосцевидная мышца
- в) под кожей контурируется грудино-ключично-сосцевидная мышца
- г) боль по ходу грудино-ключично-сосцевидной мышцы с иррадиацией в руку
- д) ни один из указанных симптомов

295. У больного с переломом лодыжек, заднего края с подвывихом стопы через 1,5 года после травмы обнаружен деформирующий артроз голеностопного сустава. Назовите основную причину этого осложнения:

- а) сохраняющийся подвывих стопы
- б) разрыв дельтовидной связи
- в) длительная иммобилизация гипсовой повязкой
- г) ранняя нагрузка на ногу
- д) перелом заднего края

296. При левосторонней мышечной кривошее

- а) подбородок отклонен влево
- б) подбородок отклонен вправо
- в) подбородок расположен по средней линии туловища

297. Медикаментозное лечение врожденной мышечной кривошеи включает применение

- а) мумие
- б) инъекции лидазы
- в) инъекции гидрокортизона
- г) не существует

298. Ведущим симптомом дисплазии тазобедренного сустава в первые месяцы жизни ребёнка является

- а) укорочение конечности
- б) асимметрия кожных складок
- в) симптом "щелчка"
- г) ограничение отведения бедер
- д) наружная ротация конечности

299. Основной симптомом косолапости

- а) эквинсу стопы
 - б) экскаватус стопы
 - в) вальгус стопы
 - г) варус стопы
 - д) приведение переднего отдела стопы
300. Больной с косолапостью при ходьбе
- а) хромает
 - б) не хромает
 - в) ходит, переступая "нога за ногу"
 - г) наступает на внутренний край стопы
 - д) наступает на наружный край стопы
301. Консервативное лечение косолапости начинают
- а) с рождения
 - б) через 1 месяц после рождения
 - в) через 3 месяца после рождения
 - г) через полгода после рождения
 - д) в возрасте 1 года
302. Основная задача консервативного лечения коксартроза состоит
- а) в устранении контрактуры сустава
 - б) в увеличении объема движений
 - в) в снятии болевого синдрома
 - г) в компенсации укорочения конечности
303. К переломам, медленно срастающимся и часто не срастающимся, относятся
- а) проксимальный отдел плеча
 - б) межвертельный перелом бедра
 - в) внутрисуставной перелом шейки бедра
 - г) граница средней трети и нижней трети большеберцовой кости
 - д) головка ладьевидной кости
304. В клинической практике наиболее часто встречается
- а) врождённый сколиоз
 - б) паралитический сколиоз
 - в) идиопатический сколиоз
 - г) рахитический сколиоз
 - д) неврогенный сколиоз
305. Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет
- а) 0,5 Гр
 - б) 1 Гр
 - в) 2 Гр
 - г) 3 Гр
 - д) 4 Гр
306. Основными методами диагностики остеохондроза позвоночника являются
- а) клинический
 - б) рентгенологический
 - в) компьютерная томография
 - г) радионуклидный

д) клинический и рентгенологический

307. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является

- а) тошнота и рвота
- б) лейкопения
- в) эритема кожи
- г) выпадение волос
- д) жидкий стул

308. Степень сколиотической деформации позвоночника по второй классификации В.Д. Чаклина определяется следующими показателями

- а) I - до 5°, II - до 25°, III - до 80°, IV - свыше 80°
- б) I - до 10°, II - до 25°, III - до 40°, IV - свыше 40°
- в) I - до 5°, II - до 25°, III - до 40°, IV - свыше 40°
- г) I - до 15°, II - до 35°, III - до 75°, IV - свыше 75°
- д) I - до 5°, II - до 20°, III - до 100°, IV - свыше 100°

309. Клинически ось нижней конечности проходит через все следующие образования, исключая

- а) передне-верхнюю ось подвздошной кости
- б) наружный край надколенника
- в) внутренний край надколенника
- г) середину проекции голеностопного сустава
- д) первый палец стопы

310. Клинически ось верхней конечности проходит через все следующие образования, кроме

- а) акромиального отростка лопатки
- б) середины проекции головки плечевой кости
- в) центра головчатого возвышения плеча
- г) головки лучевой кости
- д) головки локтевой кости

311. Суммарная длина нижней конечности включает в себя расстояние от передней верхней ости таза

- а) до большого вертела бедра
- б) до суставной щели коленного сустава
- в) до края наружной лодыжки
- г) до пяточного бугра

312. Суммарная длина верхней конечности измеряется от акромиального отростка

- а) до середины проекции головки плеча
- б) до наружного мыщелка
- в) до шиловидного плеча отростка лучевой кости
- г) до конца третьего пальца
- д) до конца пятого пальца

313. При определении характера искривления позвоночника учитывают все перечисленное, кроме

- а) отклонения вершины остистых отростков от линии, проведенной от заднего края большого затылочного отверстия, 7-го шейного позвонка до середины нижнего конца крестца
- б) длины ног
- в) величины рёберного горба
- г) ширины таза
- д) отклонения от горизонтали линии, соединяющей ости таза

314. Линия Розер-Нелатона применяется при исследовании нормального тазобедренного сустава.

Её определяют все перечисленные образования, кроме

- а) точки верхней подвздошной кости
- б) точки седалищного бугра
- в) точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135° , которая располагается выше этой линии
- г) точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135° , которая располагается на этой линии

315. Треугольник Бриана применяется при исследовании тазобедренного сустава, на нормальном суставе его определяет все перечисленное, кроме

- а) горизонтальной линии, проведенной через большой вертел у больного, лежащего на спине
- б) из точки на верхней ости подвздошной кости опускается перпендикуляр
- в) соединяют вершину большого вертела с верхней остью подвздошной кости и получают равнобедренный треугольник

316. Линия Шумахера при патологии тазобедренного сустава

- а) проходит через точку на вершине большого вертела
- б) проходит через точку на передней верхней ости подвздошной кости
- в) проходит ниже пупка, если линия соединяет точки А и Б
- г) проходит через пупок или чуть выше его, если линия соединяет точки А и Б

317. При патологии тазобедренного сустава линия лонного сочленения, соединяющая точку на вершине большого вертела с точкой на вершине лонного сочленения горизонтальной линией

- а) перпендикулярна к оси туловища
- б) не перпендикулярна к оси туловища
- в) составляет с осью туловища угол более 70°

318. При исследовании нормального тазобедренного сустава определяют чрезвертельную линию. При патологии ее определяют следующим образом

- а) определяют точки над вершинами обоих вертелов
- б) определяют точки над вершинами обоих вертелов остей таза
- в) соединяют горизонтальными линиями две пары этих точек
- г) получают параллельные прямые
- д) параллельных прямых не получается

319. При истинном костном, функционально выгодном анкилозе коленного сустава походка человека определяется перечисленными терминами, исключая

- а) шадящую хромоту
- б) нешадящую хромоту
- в) "утиную" походку
- г) подпрыгивающую

320. Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать

- а) как анкилоз
- б) как контрактура
- в) как ригидность
- г) как патологическая подвижность
- д) все правильно

321. Отведение и приведение конечностей - это движения

- а) в сагитальной плоскости
- б) во фронтальной плоскости
- в) в аксиальной плоскости
- г) внутреннее движение вокруг продольной оси
- д) наружное движение вокруг продольной оси

322. Разгибание и сгибание конечности - это движения

- а) в сагитальной плоскости
- б) во фронтальной плоскости
- в) в аксиальной плоскости
- г) внутреннее движение вокруг продольной оси
- д) наружное движение вокруг продольной оси

323. В нормальном (здоровом) коленном суставе невозможно движение

- а) сгибание - 130°
- б) разгибание - 180°
- в) переразгибание - 15°
- г) отведение - 20°
- д) ротация (в положении сгибания) до 15°

324. В нормальном (здоровом) тазобедренном суставе не бывает движений

- а) сгибания - 130°
- б) ротации внутренней - 90°
- в) ротации наружной - 90°
- г) разгибания - 45°
- д) отведения - 70°

325. В нормальном (здоровом) голеностопном суставе невозможно движение

- а) тыльное сгибание - 20°
- б) подошвенное сгибание - 45°
- в) супинация - 30°
- г) пронация - 20°
- д) ротация - 45°

326. При параличе мышц тазобедренного сустава

- а) нет сгибательной контрактуры бедра
- б) нет активного приведения бедра
- в) нет активного отведения бедра
- г) нет активного разгибания бедра
- д) нет активной ротации бедра

327. При паралитической деформации коленного сустава не бывает

- а) сгибательной контрактуры голени
- б) X-образного искривления сустава вследствие подвывиха голени назад
- в) рекурвации коленного сустава из-за паралича мышц сгибателей

- г) сгибательных контрактур тазобедренного и голеностопного суставов
- д) Y-образного искривления за счет поражения полусухожильной, полуперепончатой мышц, а также мышцы, натягивающей апоневроз

328. При параличе мышц голени не развиваются

- а) паралитическая вальгусная стопа
- б) паралитическая конская стопа
- в) паралитическая косолапость
- г) паралитическое удлинение конечности
- д) паралитическая пяточная стопа

329. Томография костей помогает выявить все перечисленное, кроме

- а) наличия перелома
- б) отсутствия перелома
- в) наличия костного сращения перелома
- г) наличия ложного сустава и несросшегося перелома
- д) разрывов мышц, связок и сухожилий

330. Используя метод ядерно-магнитного резонанса, можно осуществить все перечисленное, кроме

- а) диагностики перелома
- б) диагностики вывиха
- в) исследования структуры кости
- г) диагностики опухоли
- д) выявления инородных тел и секвестров

331. Рентгеноконтрастное исследование свищей дает возможность выявить все перечисленное, кроме

- а) связи мягкотканых свищей с костным органом
- б) характера и топографии свищевого хода в мягких тканях и кости
- в) наличия абсцессов и полостей в тканях
- г) наличия секвестров и инородных тел в мягких тканях и кости
- д) причины и механизм образования свищевого хода

332. У больной 44 лет двусторонний первичный коксартроз III-IV, синдром "связанных ног". Каков наиболее целесообразный вариант лечения?

- а) резекция головок обеих тазобедренных суставов
- б) подвертельные остеотомии типа Мак-Маррея
- в) эндопротезирование суставов
- г) артродез суставов
- д) аддуктотомия по Фоссу

333. У больной 26 лет - вторичный травматический деформирующий артроз I-II голеностопного сустава, связанный с выступом на 6 мм неправильно приросшего заднего края большеберцовой кости после трехлодыжечного перелома 9-месячной давности. Каков наиболее целесообразный вариант лечения?

- а) консервативное лечение деформирующего артроза
- б) репозиция заднего края большеберцовой кости
- в) артродез сустава

334. Больная 50 лет много лет страдает деформирующим гонартрозом. Многократные курсы консервативного лечения, остеотомия с целью исправления оси нижней конечности, операции

на связочном аппарате коленного сустава давали временный эффект. В настоящий момент - клинико-рентгенологическая картина деформирующего гонартроза III. Больную беспокоят боли, усиливающиеся при ходьбе. Пользоваться конечностью больная не может. Второй коленный сустав функционирует удовлетворительно. Какой вариант лечения целесообразнее?

- а) продолжать консервативное лечение (обезболивающие, гормоны, магнит, физиотерапевтическое лечение, массаж)
- б) ампутировать конечность выше коленного сустава и протезировать конечность
- в) показан артродез сустава
- г) тотальное эндопротезирование

335. Больной жалуется на боли в коленном суставе, "опухоль" колена, ограничение движений, боль и хруст под надколенником, усиливающиеся при разгибании голени навесу. Под надколенником при разгибании сустава что-то "задевает", "щелкает", "цепляется", вследствие чего больной старается не сгибать колено при ходьбе, Бывает выпот в суставе. Иногда на рентгенограмме видна шероховатость хряща надколенника. Наиболее вероятный диагноз?

- а) деформирующий артроз коленного сустава
- б) киста мениска
- в) болезнь Гоффа
- г) хондропатия надколенника, пателло - феморальный артроз

336. Больной жалуется на боли под коленной чашечкой при сгибании коленного сустава. По обеим сторонам собственной связки надколенника определяется болезненная припухлость. Иногда возникает "блокада" сустава с болями под надколенником. Наиболее вероятный диагноз?

- а) повреждение менисков
- б) начинающийся артрит
- в) болезнь Гоффе
- г) хондропатия надколенника
- д) киста мениска

337. У больного 26 лет после переохлаждения появились боли и незначительная припухлость в коленном суставе. На рентгенограмме патологии не найдено. Врач заподозрил артрит и, не исключая возможность гематогенного остеомиелита, наложил больному кокситную гипсовую повязку. Проведен курс антибиотикотерапии в течение недели. Но боли не исчезли, состояние больного не улучшилось. О возможности какого заболевания следует думать в этом случае?

- а) туберкулезный гонит
- б) опухоль суставного конца кости или сустава
- в) гонартроз
- г) остеохондропатия надколенника

338. После перенесенного полиомиелита у молодой женщины отмечается выраженная атрофия голени (на 5 см ее окружность меньше, чем здоровой голени) и укорочение голени на 8 см.

Больная пользуется ортопедической обувью. Обратилась к ортопеду за консультацией о лечении. Ее не устраивает имеющийся косметический дефект. Можно ли ей помочь?

- а) нет
- б) можно провести пересадку мышц и мягких тканей для утолщения голени
- в) возможно удлинение берцовых костей по Илизарову и расширение большеберцовой кости по Илизарову
- г) необходимо укоротить ахиллово сухожилие, чтобы увеличить относительную длину конечности

339. К ортопеду обратился за консультацией больной, страдающий облитерирующим эндартериитом нижней конечности. Сосудистые хирурги провели ему все возможные консервативные курсы лечения и хирургические операции на симпатических узлах и магистральных сосудах, но после кратковременного эффекта заболевание прогрессирует. V палец некротизирован. Хирурги предложили высокую ампутацию бедра. Может ли ортопед помочь сохранить больному конечность и ее функцию?

- а) нет
- б) возможна ампутация на уровне сустава Лисфранка
- в) возможна костнопластическая операция по Н.И. Пирогову
- г) показано расширение большеберцовой кости по Илизарову

340. Больной страдает ревматоидным полиартритом. В момент обращения к ортопеду определена острая стадия заболевания, отмечается выраженная анемия. Локально - признаки поражения многих суставов, но преобладает поражение левого коленного сустава. Какие варианты приведенного лечения наиболее целесообразны?

- а) пункции коленного сустава с введением гормонов типа кортизона, эфферентная терапия, антиревматическое лечение, операция противопоказана
- б) капсулсиновэктомия коленного сустава с противоревматическим лечением

341. При рентгенологическом обследовании больного в очаге патологии кости обнаружены следующие признаки: деструкция, костная атрофия, без периостальной реакции, без секвестров, без некроза кости. О какой патологии может идти речь?

- а) хронический остеомиелит
- б) туберкулез
- в) фиброзная остеодисплазия
- г) опухоль

342. При рентгенологическом обследовании больного в очаге патологии кости обнаружены следующие признаки: деструкция, периостальная реакция, секвестр, некроз кости, без костной атрофии. О какой патологии может идти речь?

- а) остеомиелит
- б) туберкулез
- в) фиброзная остеодисплазия
- г) опухоль

343. При рентгенологическом обследовании больного в очаге патологии кости обнаружены следующие признаки: деструкция, секвестр, некроз, костная атрофия, но без периостальной реакции. О какой патологии может идти речь?

- а) хронический остеомиелит
- б) опухоль
- в) туберкулез
- г) фиброзная остеодисплазия

344. При дисплазии тазобедренного сустава на рентгенограмме выявляется все, кроме:

- а) недоразвитие вертлужной впадины
- б) скошенность крыши вертлужной впадины
- в) вальгусная деформация проксимального конца бедренной кости
- г) несоответствие размеров головки размерам вертлужной впадины
- д) асептического некроза головки

345. При врожденной мышечной кривошее:

- а) голова наклонена в «больную» сторону, подбородок повернут в «здоровую» сторону, под кожей контурируется грудино-ключично-сосцевидная мышца
- б) голова наклонена в «здоровую» сторону, подбородок повернут в «больную» сторону, под кожей контурируется грудино-ключично-сосцевидная мышца
- в) под кожей контурируется грудино-ключично-сосцевидная мышца
- г) боль по ходу грудино-ключично-сосцевидной мышцы с иррадиацией в руку
- д) ни один из указанных симптомов

346. Основные методы лечения контрактуры Дюпюитрена:

- а) медикаментозная терапия
- б) лечебная гимнастика
- в) хирургический метод лечения
- г) гипсовая иммобилизация
- д) физиотерапевтическое лечение

347. Под грыжей Шморля подразумевают:

- а) выпячивание межпозвонкового диска в сторону спинного мозга
- б) выпячивание межпозвонкового диска в сторону корешка
- в) выпячивание межпозвонкового диска в губчатое вещество тела позвоночника
- г) кистозное поражение тела позвонка
- д) грыжевое выпячивание спинного мозга

348. При гнойном артрите поражаются, как правило:

- а) любые суставы
- б) преимущественно крупные суставы
- в) мелкие суставы
- г) плечевой сустав
- д) тазобедренный сустав

349. Гнойный артрит начинается и протекает:

- а) хронически
- б) остро
- в) с ремиссиями
- г) подостро с субфебрильной температурой

350. К травматологу-ортопеду обратился больной 35 лет с признаками остеобластокластомы нижнего метаэпифиза бедра с угрозой прорыва в сустав. Пункционная биопсия подтвердила этот диагноз. Какое вмешательство наиболее целесообразно?

- а) ампутация бедра
- б) резекция опухоли с костной пластикой
- в) артротомия после резекции опухоли и удлинения бедра

351. В течение 10 лет у больного прогрессируют сгибательные контрактуры пальцев на обеих кистях. В момент обращения к врачу пальцы правой кисти практически не разгибаются. На левой кисти не разгибается указательный палец. Больной настаивает на его ампутации. Диагностируется контрактура Дюпюитрена обеих кистей. Какие операции показаны данному больному?

- а) ампутация пальцев
- б) удлинение сухожилий сгибателей
- в) исправление контрактур distraction аппаратами
- г) иссечение ладонных апоневрозов: справа полностью, слева частично и устранение контрактур

д) резекции пораженных суставов

352. К ортопеду обратился за консультацией больной, страдающий облитерирующим эндартериитом нижней конечности. Сосудистые хирурги провели ему все возможные консервативные курсы лечения и хирургические операции на симпатических узлах и магистральных сосудах, но после кратковременного эффекта заболевание прогрессирует. V палец некротизирован. Хирурги предложили высокую ампутацию бедра. Может ли ортопед помочь сохранить больному конечность и ее функцию?

- а) нет
- б) возможна ампутация на уровне сустава Лисфранка
- в) возможна костнопластическая операция по Н.И. Пирогову
- г) показано расширение большеберцовой кости по Илизарову

353. Больная 50 лет много лет страдает деформирующим гонартрозом. Многократные курсы консервативного лечения, остеотомия с целью исправления оси нижней конечности, операции на связочном аппарате коленного сустава давали временный эффект. В настоящий момент - клиничко-рентгенологическая картина деформирующего гонартроза III. Больную беспокоят боли, усиливающиеся при ходьбе. Пользоваться конечностью больная не может. Второй коленный сустав функционирует удовлетворительно. Какой вариант лечения целесообразнее?

- а) продолжать консервативное лечение (обезболивающие, гормоны, магнит, физиотерапевтическое лечение, массаж)
- б) ампутировать конечность выше коленного сустава и протезировать конечность
- в) показан артродез сустава
- г) тотальное эндопротезирование

354. У больной 44 лет двусторонний первичный коксартроз III-IV, синдром "связанных ног". Каков наиболее целесообразный вариант лечения?

- а) резекция головок обеих тазобедренных суставов
- б) подвартельные остеотомии типа Мак-Маррея
- в) эндопротезирование суставов
- г) артродез суставов
- д) аддуктотомия по Фоссу

355. Адекватный вариант и количество интрамедуллярных стержней для остеосинтеза перелома бедренной кости в нижней трети?

- а) одним стержнем типа Кюнчера, ЦИТО, Дуброва
- б) двумя металлическими упругими стержнями типа Богданова
- в) сдвоенными стержнями ЦИТО

356. Оптимальные методы лечения закрытых винтообразных диафизарных переломов бедренной кости:

- а) одномоментная репозиция и кокситная повязка
- б) скелетное вытяжение, накостный остеосинтез
- в) интрамедуллярный остеосинтез
- г) чрескостный остеосинтез

357. Оптимальный метод лечения многооскольчатых переломов диафиза бедра:

- а) скелетное вытяжение и гипс
- б) чрескостный полифасцикулярный остеосинтез
- в) интрамедуллярный остеосинтез
- г) накостный остеосинтез
- д) кокситной повязкой после одномоментной репозиции

358. При раздробленных переломах тела таранной кости лучшие результаты лечения получаются:
- а) при астрагалжтомии
 - б) при лечении гипсовой повязки
 - в) при первичном артродезе
 - г) при скелетном вытяжении
 - д) при погружном металлоosteосинтезе отломков кости
359. Для чрескостного остеосинтеза изолированных переломов конечности целесообразнее всего использовать:
- а) перидуральную анестезию, проводниковую анестезию, местную инфильтрационную анестезию
 - б) внутривенное обезбоживание
 - в) интубационный комбинированный поверхностный наркоз
360. Оптимальные варианты лечения винтообразных переломов бедра в средней трети:
- а) скелетное вытяжение
 - б) накостный остеосинтез
 - в) закрытая репозиция и гипс
 - г) открытый интрамедуллярный остеосинтез
 - д) чрескостный остеосинтез
361. Какому из перечисленных способов фиксации перелома следует отдать предпочтение при осложнении раневой инфекции?
- а) фиксация окончатой (мостовидной) гипсовой повязкой
 - б) погружной металлоosteосинтез
 - в) накостный металлоosteосинтез
 - г) скелетное вытяжение
 - д) внеочаговыйчрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез
362. Отметьте оптимальный из нижеперечисленных методов лечения краевых переломов вертлужной впадины при стабильном положении вправленной головки бедра:
- а) гипсовая кокситная повязка
 - б) открытая фиксация винтами
 - в) чрескостный остеосинтез
 - г) скелетное вытяжение с последующим функциональным лечением
363. Наиболее эффективным способом лечения разрыва лонного сочленения является:
- а) кокситная повязка
 - б) лечение с помощью гамака
 - в) чрескостныйвнеочаговый остеосинтез
364. Оптимальными способами лечения ложного сустава ключицы являются:
- а) накостный металлоosteосинтез
 - б) интрамедуллярный металлоosteосинтез
 - в) внутрикостный металлоosteосинтез с костной пластикой места перелома, чрескостныйвнеочаговый остеосинтез
 - г) длительная иммобилизация гипсовой повязкой Смирнова-Вайнштейна
365. Наилучшая фиксация костных отломков ключицы при ее остеосинтезе достигается:
- а) внутрикостным стержнем, чрескостнымвнеочаговым способом (типа Г.С. Сушко),

накостным остеолитом

- б) тонкой спицей
- в) фиксация отломков кетгутowymi или шелковыми швами
- г) фиксация отломков проволокой

366. Каков наиболее рациональный способ лечения вколоченного перелома хирургической шейки плеча без- или с умеренной степенью углового смещения отломков у пожилых?

- а) одномоментное исправление угловой деформации (если она есть) и фиксация торакобрахиальной гипсовой повязкой
- б) гипсовая повязка без репозиции отломков
- в) накостный остеосинтез
- г) функциональное лечение по Е.Ф. Древинг и З.П. Нечаевой на косынке

367. Какие из перечисленных ниже способов лечения Т- и V-образных межмышечковых переломов плечевой кости со смещением отломков дают наилучшие результаты?

- а) скелетное вытяжение, гипс, ЛФК, чрескостный остеосинтез с ЛФК
- б) лечение гипсовой повязкой с последующей ЛФК
- в) накостный остеосинтез и ЛФК
- г) массаж с форсированными движениями в суставе

368. Наиболее эффективные способы фиксации отломков фаланг кисти с точки зрения восстановления их функции и малой травматичности:

- а) гипсовые повязки
- б) накостный остеосинтез
- в) чрескостныйвнеочаговый остеосинтез, параоссальная фиксация

369. Оптимальный вариант лечения нестабильного, оскольчатого варианта перелома луча в типичном месте:

- а) ручная репозиция с гипсовой иммобилизацией
- б) репозиция и фиксация отломков спицами с гипсовой иммобилизацией
- в) чрескостныйвнеочаговый остеосинтез

370. В случае сочетания перелома локтевого отростка с передним вывихом локтевой кости остеосинтез локтевого отростка лучше проводить с помощью:

- а) узловых швов
- б) проволочной петлей по веберу
- в) длинным винтом или гвоздем
- г) чрескостнымвнеочаговым остеосинтезом

371. Оптимальным методом лечения закрытого диафизарного перелома лучевой кости со смещением отломков является:

- а) накостный, чрескостный остеосинтез
- б) гипсовая повязка

372. Оптимальным методом лечения закрытых переломов в зоне голеностопного сустава являются в порядке убывания эффекта:

- а) чрескостный остеосинтез
- б) точная закрытая репозиция и гипсовая иммобилизация
- в) металлоостеосинтез
- г) скелетное вытяжение
- д) все варианты

373. Оптимальным методом лечения разрыва межберцового синдесмоза является:
- а) чрескостный остеосинтез
 - б) остеосинтез болтом-стяжкой
 - в) гипсовая иммобилизация
 - г) костная пластика синдесмоза
374. Оптимальным методом лечения нерепонирующегося изолированного перелома внутренней лодыжки является:
- а) остеосинтез с помощью швов
 - б) остеосинтез винтом
 - в) остеосинтез спицей
 - г) остеосинтез стержнем
375. Оптимальный метод лечения закрытых переломов мыщелков бедра и большеберцовой кости:
- а) гипсовая повязка
 - б) чрескостный полифасцикулярный остеосинтез, внутрикостный остеосинтез винтами
 - в) фиксация отломков спицами с гипсовой повязкой
 - г) скелетное вытяжение
376. Оптимальный метод лечения открытых переломов в области коленного и голеностопного суставов:
- а) ПХО ран, проточное дренирование, внутриартериальная инфузия антисептиков, спазмолитиков, антикоагулянтов, чрескостный остеосинтез
 - б) ПХО ран, скелетное вытяжение
 - в) ПХО ран, проточное дренирование, чрескостный остеосинтез
 - г) ПХО ран, гипсовая иммобилизация
 - д) ПХО ран, наkostный остеосинтез, дренирование ран
377. Оптимальный метод лечения закрытого поперечного перелома средней трети большеберцовой кости:
- а) скелетное вытяжение и гипсовая повязка, чрескостный остеосинтез
 - б) закрытая репозиция, гипсовая повязка
 - в) открытая репозиция и интрамедуллярный остеосинтез
 - г) открытая репозиция и фиксация спицами
378. Оптимальный метод лечения закрытого поперечного перелома нижней трети большеберцовой кости:
- а) открытая репозиция и наkostный остеосинтез
 - б) чрескостный остеосинтез
 - в) закрытая репозиция и гипс
 - г) открытая репозиция и фиксация спицами
 - д) открытая репозиция и интрамедуллярный остеосинтез
379. Оптимальные методы лечения закрытых винтообразных переломов большеберцовой кости в средней трети:
- а) скелетное вытяжение и гипс
 - б) открытая репозиция, фиксация винтами и гипсовая повязка
 - в) чрескостный остеосинтез
 - г) интрамедуллярный остеосинтез
 - д) верно а, б, в

380. Оптимальный вариант лечения винтообразных переломов большеберцовой кости в нижней трети:

- а) чрескостный остеосинтез
- б) скелетное вытяжение с последующей гипсовой повязкой
- в) наkostный остеосинтез
- г) интрамедуллярный остеосинтез
- д) гипсовая повязка

381. Оптимальный вариант лечения оскольчатых переломов большеберцовой кости:

- а) скелетное вытяжение и гипсовая повязка
- б) чрескостный остеосинтез+
- в) наkostный остеосинтез
- г) гипсовая повязка
- д) интрамедуллярный металлоosteосинтез

382. Оптимальный вариант лечения открытых диафизарных переломов бедра типа II В, III А, III Б, III В (по А.В. Каплану и О.Н. Марковой):

- а) ПХО и чрескостный остеосинтез
- б) ПХО и скелетное вытяжение
- в) ПХО и наkostный остеосинтез
- г) ПХО и гипсовая повязка
- д) ПХО и интрамедуллярный остеосинтез

383. Оптимальный вариант лечения закрытых диафизарных поперечных переломов бедренной кости в верхней трети:

- а) кокситная повязка после одномоментного вправления
- б) скелетное вытяжение и гипсовая повязка
- в) интрамедуллярный остеосинтез
- г) чрескостный остеосинтез

384. Оптимальные варианты лечения закрытого поперечного перелома бедренной кости в средней трети:

- а) скелетное вытяжение
- б) открытая репозиция и гипс
- в) открытая репозиция и интрамедуллярный остеосинтез, наkostный остеосинтез
- г) чрескостный остеосинтез

385. Оптимальный вариант лечения поперечных закрытых переломов нижней трети бедренной кости:

- а) интрамедуллярный остеосинтез упругими стержнями
- б) интрамедуллярный остеосинтез 4-гранным стержнем ЦИТО
- в) скелетное вытяжение
- г) наkostный остеосинтез
- д) чрескостный остеосинтез

386. Оптимальные варианты лечения винтообразного перелома бедра в нижней трети:

- а) скелетное вытяжение
- б) закрытая репозиция + гипс
- в) открытый интрамедуллярный остеосинтез
- г) наkostный остеосинтез

- д) чрескостный остеосинтез
- е) а, б, г, д

387. Оптимальный вариант лечения закрытого диафизарного оскольчатого перелома бедренной кости:

- а) скелетное вытяжение и гипс
- б) гипсовая повязка
- в) интрамедуллярный остеосинтез
- г) накостный остеосинтез
- д) чрескостный остеосинтез

388. Оптимальный вариант лечения закрытого перелома пяточной кости с отрицательным или нулевым углом Белера:

- а) гипсовая повязка
- б) скелетное вытяжение
- в) чрескостный остеосинтез
- г) открытая репозиция отломков с фиксацией спицами

389. Оптимальный вариант лечения закрытого перелома пяточной кости без смещения отломков:

- а) гипсовая иммобилизация
- б) скелетное вытяжение
- г) фиксация отломков спицами с гипсовой повязкой

390. Оптимальные варианты лечения переломов плюсневых костей со смещением:

- а) закрытая репозиция и гипс
- б) открытая репозиция и фиксация спицами
- в) чрескостный остеосинтез
- г) верно а, б

391. У больного 20 лет посттравматический каналный подострый остеомиелит большеберцовой кости при несросшемся косом открытом ее переломе в нижней трети с металлическим штифтом в канале. В зоне перелома обширная гранулирующая рана. Какой вариант лечения наиболее целесообразен?

- а) длительная иммобилизация гипсом без удаления штифта, антибиотикотерапия, укрепляющее лечение
- б) удаление штифта, чрескостный остеосинтез, кожная аутопластика раны, антибиотикотерапия, общеукрепляющее лечение
- в) удаление штифта, некрэктомия, кожная пластика, чрескостный остеосинтез
- г) удаление штифта, проточная санация костномозгового канала, скелетное вытяжение за пяточную кость, кожная пластика раны, чрескостный д) остеосинтез после заживления раны.

392. Противопоказаниями к накостному остеосинтезу являются:

- а) остеопороз костей
- б) открытые переломы с обширной зоной повреждения мягких тканей
- в) инфицированные переломы
- г) обширные кожные рубцы, свищи, остеомиелит
- д) все перечисленное

393. Преимуществами внеочагового чрескостного остеосинтеза являются все кроме:

- а) малой травматичности
- б) надежность стабилизации отломков костей
- в) возможности ранней активизации тяжелых больных
- г) малых сроков оперативного вмешательства в сочетании с простотой методики оперативного вмешательства
- д) отсутствия или незначительной кровопотери

394. Аппарат Соколовского применяется:

- а) для фиксации травмированных шейных позвонков
- б) для фиксации ребер при флотирующих переломах
- в) для наложения металлоостеосинтеза
- г) для вправления отломков при переломе костей предплечья
- д) для сшивания поврежденных сухожилий

395. Назовите абсолютное показание к оперативному лечению переломов (остеосинтез):

- а) открытые переломы
- б) переломы со смещением отломков
- в) интерпозиция тканей между отломками
- г) многооскольчатые и раздробленные переломы
- д) множественные переломы костей

396. При открытых неогнестрельных переломах костей конечности предпочтителен:

- а) интрамедулярный остеосинтез стержнем
- б) накостный остеосинтез пластиной
- в) наружный чрескостный остеосинтез спицевыми аппаратами (Илизарова, Волкова-Оганесяна и др.)
- г) накостный остеосинтез серкляжными проволочными швами
- д) остеосинтез винтами

397. При переломах типа «мальгения» показано лечение:

- а) положение по Волковичу
- б) кокситная гипсовая повязка
- в) скелетное вытяжение
- г) остеосинтез костей таза
- д) наложение пояса Гильфердинга

398. Операцию остеосинтеза закрытого перелома диафиза бедренной кости после выведения больного из состояния травматического шока рекомендуется производить

- а) сразу же после нормализации артериального давления и пульса
- б) после нормализации диуреза
- в) через 12 ч стабилизации гемодинамики
- г) через несколько суток

399. Оптимальным методом лечения винтообразных переломов костей голени со смещением отломков является

- а) гипсовая повязка
- б) скелетное вытяжение + гипсовая повязка
- в) компрессионно-дистракционный метод
- г) операция остеосинтеза

400. Абсолютными показаниями для операции остеосинтеза при переломе костей будут все перечисленные, кроме

- а) закрытого перелома, отломки которого угрожают перфорации кожи
- б) сдавления отломками кости сосудисто-нервного пучка
- в) явной интерпозиции мягких тканей между отломками
- г) открытого перелома
- д) перелома костей, осложненного повреждением крупных сосудов, требующих оперативного восстановления их проходимости

401. При лечении переломов диафиза плечевой кости приходится прибегать к ее остеосинтезу

- а) в 5-6% случаев
- б) в 10-12% случаев
- в) в 26-30% случаев
- г) в 32-38% случаев
- д) в 40-43% случаев

402. Из предложенных методов оперативного и консервативного лечения многооскольчатых переломов плюсневых костей не следует использовать

- а) создание костного синостоза с соседними неповрежденными плюсневыми костями
- б) скелетное вытяжение за кольца
- в) остеосинтез штифтом или спицами
- г) внеочаговый остеосинтез аппаратом

403. Операцию остеосинтеза закрытого перелома диафиза бедренной кости после выведения больного из состояния травматического шока рекомендуется производить

- а) сразу же после нормализации артериального давления и пульса
- б) после нормализации диуреза
- в) через 12 ч стабилизации гемодинамики
- г) через несколько суток

404. Особенностью черепных переломов у лиц пожилого и старческого возраста является все перечисленное, кроме

- а) хорошего кровоснабжения фрагментов
- б) переломы хорошо срастаются
- в) редки ложные суставы
- г) поддаются консервативным методам лечения
- д) целесообразен остеосинтез

405. При лечении переломов костей голени у пожилых и старых людей преимущественно используют все перечисленные способы, кроме

- а) малотравматического одномоментного вправления
- б) наложения облегченной гипсовой повязки
- в) оперативного лечения
- г) аппаратного лечения
- д) раннего функционального лечения с нагрузкой на конечность

406. Под термином "ампутация конечности" подразумевается

- а) отнятие конечности на протяжении той или иной кости (костей)
- б) отнятие конечности на любом участке пораженного сегмента
- в) отнятие конечности между суставами
- г) отнятие конечности на уровне суставов
- д) правильно а) и в)

407. Операция отсечения конечности на уровне сустава называется
- а) ампутацией
 - б) экзартикуляцией
 - в) первичной хирургической обработкой
 - г) костнопластической операцией
 - д) фасциопластической операцией
408. Первичная ампутация выполняется
- а) в порядке оказания неотложной хирургической помощи
 - б) при полном размождении конечности
 - в) при полном отрыве и размождении конечности
 - г) все ответы правильны
 - д) правильно б) и в)
409. Показаниями к первичной ампутации является все перечисленное, за исключением
- а) отрывов конечностей
 - б) глубоких обширных циркулярных термических ожогов конечностей
 - в) обширных дефектов кожи и подкожной жировой клетчатки
 - г) переломов (открытые, закрытые), осложненных термическими ожогами на фоне лучевой болезни
 - д) сдавления мягких тканей конечности + отморожение + лучевая болезнь
410. Потеря жизнеспособности конечности при повреждении магистрального сосуда без оказания квалифицированной помощи возникает в сроки
- а) 1-3 ч
 - б) 2-3 ч
 - в) 4-5 ч
 - г) 6-7 ч
 - д) 6-8 ч
411. При огнестрельных ранениях коленного сустава с развитием гнойного поражения больному показано все перечисленное, кроме
- а) консервативного лечения
 - б) ампутации конечности при развитии эмпиемы сустава с обширным разрушением и расплавлением костей
 - в) ампутации при тромбозе бедренной артерии
 - г) резекции, костнопластической операции, наложения аппарата наружной фиксации
 - д) артротомии, постоянного дренирования и длительного промывания сустава, наложения мостовидной повязки при отсутствии поражения костей
412. Демаркационная зона при отморожениях характеризуется тем, что она
- а) имеет полное совпадение уровней некроза кожи и глубже лежащих мягких тканей
 - б) не имеет полного совпадения уровней некроза и глубже лежащих тканей
 - в) кожа поражается значительно проксимальнее, а мягкие ткани подвергаются некрозу меньше
 - г) некроз мягких тканей, расположенных под кожей, распространяется далеко в проксимальном направлении, а некроз кожи сохраняется значительно дистальнее
413. Ампутации при отморожениях выполняются
- а) до появления демаркационной линии
 - б) при появлении демаркационной линии и муфификации
 - в) в первую или вторую неделю

- г) при инфицированных отморожениях по линии демаркации в сроки 3-4 недели
- д) правильно б) и г)

414. При гангрене конечности у стариков на фоне диабета или облитерирующего эндоартериита уровни ампутации нужно выбирать

- а) в центре очага
- б) по демаркационной линии
- в) как только возможно выше (под "корень" конечности)
- г) уровень ампутации определяется только после сканирования системы микроциркуляции пораженной конечности
- д) ниже демаркационной линии

415. Остеомиелит с наличием сепсиса или признаками амилоидоза паренхиматозных органов требует

- а) многочисленный секвестрэктомий
- б) костной пластики с наложением компрессионно-дистракционного аппарата, с постоянным длительным орошением и дренированием раны, с последующей миофасциально-дерматомной пластикой
- в) ампутации как "калечащей" операции
- г) ампутации как "восстановительной" операции

416. При некрозе конечности, связанной с повреждением сосудисто-нервного пучка, необходимо

- а) отсечение конечности немного дистальнее демаркационной линии
- б) отсечение конечности по уровню демаркационной линии на коже
- в) обнажить сосудисто-нервный пучок, удалить тромб, промыть магистральные сосуды и систему микроциркуляции конечности, поставить систему активного дренирования и орошения, произвести рассечение и удаление тканей, создать абактериальную среду
- г) уровень ампутации определить методом компьютерной томографии системы микроциркуляции, или по тесту С.Ф. Годунова

417. При нагноительных процессах в костях, тканях или в суставах с начинающимся истощением показана

- а) быстрая ампутация конечности с наложением глухого шва
- б) артротомия, резекция пораженных костей, костно-пластическая операция, постоянное длительное орошение и дренирование
- в) быстрая ампутация круговым способом, без стягивающих и направляющих швов
- г) частичная некрэктомия
- д) наложение глухой мостовидной повязки

418. При обширных повреждениях конечности ампутация производится

- а) по типу первичной хирургической обработки с обязательным и окончательным закрытием раны
- б) по типу частичной некрэктомии
- в) по типу полной некрэктомии
- г) по типу первичной хирургической обработки раны с иссечением всех нежизнеспособных тканей, усечения конечности по уровню уцелевших тканей на границе повреждения кости, с обязательным длительным орошением и дренированием раны, без ушивания её
- д) экзартикуляция

419. Уровень ампутации при некрозах конечностей вследствие облитерирующего эндоартериита, атеросклероза или диабетической гангрены точно устанавливается на основании

а) внутриартериального введения хлористого кальция или сосудорасширяющих средств
б) внутрикостного или внутривенного введения новокаина с последующим снятием жгута (тест С.Ф. Годунова и А.И. Новоселова) и оценка границ распространенности яркой гиперемии

на повреждённой конечности

- в) первичной хирургической обработки
- г) компьютерной томографии системы микроциркуляции
- д) правильно б) и г)

420. Одномоментный способ пересечения мягких тканей предусматривает

а) одинаковую сократимость кожи, поверхностных и глубоких мышц
б) неодинаковую сократимость кожи, поверхностных и глубоких мышц, в результате чего после перерезки мышц образуется конус, требующий второго кругового сечения мышц и перепиливания кости

- в) создание конической культи
- г) нормальную культю, в дальнейшем годную для протезирования

421. К опорным культям относятся

- а) культя верхней трети бедра
- б) культя верхней трети голени
- в) культя средней трети голени
- г) культя нижней трети голени
- д) культя после костнопластической операции по Пирогову в нижней трети голени

422. Элементами фасциопластической операции на голени (по С.Ф. Годунову) являются все перечисленные, кроме

а) выкраивания переднего и заднего кожнофасциального лоскута
б) сшивания мышц над костным спилом, передний и задний кожно-фасциальный лоскуты не сшиваются

- в) мышцы не сшиваются под костным спилом
- г) передний и задний кожнофасциальный лоскуты сшивают между собой

423. Суть теста С.Ф. Годунова для определения уровня ампутации на голени, бедре состоит

а) в определении нарушения магистрального кровотока
б) в определении тромбоза магистрального сосуда
в) во внутрикостном (внутривенном) введении новокаина, снятии жгута и по яркой гиперемии кожи в течение 5 минут устанавливается полноценность артериального магистрального кровотока, системы микроциркуляции и уровня ампутации
г) во внутривенном введении сосудорасширяющих препаратов

424. В стационарах протезно-ортопедических предприятиях больным изготавливают

- а) постоянные протезы
- б) временные протезы
- в) лечебно-тренировочные протезы
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

425. Экспресс-протезирование включает

- а) создание первичного протеза

- б) изготовление лечебно-тренировочного протеза на операционном столе после ампутации
- в) создание временного протеза
- г) создание постоянного протеза

426. Показанием к эндопротезированию при переломах шейки бедра и ложных суставов у старых людей является все перечисленное, кроме

- а) вколоченного перелома шейки бедра
- б) субкапитального перелома шейки бедра
- в) несросшегося перелома (ложный сустав) шейки бедра
- г) асептического некроза головки и шейки бедра
- д) нарушения кровоснабжения головки бедра

427. Клинически ось нижней конечности проходит через все следующие образования, исключая

- а) передне-верхнюю ось подвздошной кости
- б) наружный край надколенника
- в) внутренний край надколенника
- г) середину проекции голеностопного сустава
- д) первый палец стопы

428. Клинически ось верхней конечности проходит через все следующие образования, кроме

- а) акромиального отростка лопатки
- б) середины проекции головки плечевой кости
- в) центра головчатого возвышения плеча
- г) головки лучевой кости
- д) головки локтевой кости

429. Суммарная длина нижней конечности включает в себя расстояние от передней верхней ости таза

- а) до большого вертела бедра
- б) до суставной щели коленного сустава
- в) до края наружной лодыжки
- г) до пяточного бугра

430. Суммарная длина верхней конечности измеряется от акромиального отростка

- а) до середины проекции головки плеча
- б) до наружного мыщелка
- в) до шиловидного плеча отростка лучевой кости
- г) до конца третьего пальца
- д) до конца пятого пальца

431. При определении характера искривления позвоночника учитывают все перечисленное, кроме

- а) отклонения вершины остистых отростков от линии, проведенной от заднего края большого затылочного отверстия, 7-го шейного позвонка до середины нижнего конца крестца
- б) длины ног
- в) величины рёберного горба
- г) ширины таза
- д) отклонения от горизонтали линии, соединяющей ости таза

432. Линия и треугольник Гютера применяется при исследовании нормального локтевого сустава. Для его определения необходимо знать все перечисленные ориентиры, кроме
- а) оси плеча
 - б) расположения надмыщелков
 - в) расположения вершины локтевого отростка
 - г) при разгибании указанные три точки (надмыщелки и локтевой отросток) составляют прямую линию
 - д) при сгибании указанные три точки составляют равнобедренный треугольник
433. Линия Розер-Нелатона применяется при исследовании нормального тазобедренного сустава. Её определяют все перечисленные образования, кроме
- а) точки верхней подвздошной кости
 - б) точки седалищного бугра
 - в) точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135° , которая располагается выше этой линии
 - г) точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135° , которая располагается на этой линии
434. Треугольник Бриана применяется при исследовании тазобедренного сустава, на нормальном суставе его определяет все перечисленное, кроме
- а) горизонтальной линии, проведенной через большой вертел у больного, лежащего на спине
 - б) из точки на верхней ости подвздошной кости опускается перпендикуляр
 - в) соединяют вершину большого вертела с верхней остью подвздошной кости и получают равнобедренный треугольник
435. Линия Шумахера при патологии тазобедренного сустава
- а) проходит через точку на вершине большого вертела
 - б) проходит через точку на передней верхней ости подвздошной кости
 - в) проходит ниже пупка, если линия соединяет точки А и Б
 - г) проходит через пупок или чуть выше его, если линия соединяет точки А и Б
436. При патологии тазобедренного сустава линия лонного сочленения, соединяющая точку на вершине большого вертела с точкой на вершине лонного сочленения горизонтальной линией
- а) перпендикулярна к оси туловища
 - б) не перпендикулярна к оси туловища
 - в) составляет с осью туловища угол более 70°
437. При исследовании нормального тазобедренного сустава определяют чрезвертельную линию.
- При патологии её определяют следующим образом
- а) определяют точки над вершинами обоих вертелов
 - б) определяют точки над вершинами обоих вертелов остей таза
 - в) соединяют горизонтальными линиями две пары этих точек
 - г) получают параллельные прямые
 - д) параллельных прямых не получается
438. Перкуссия не позволяет выявить
- а) наличия жидкости в полости очага или сустава
 - б) наличия газа в полости или суставе
 - в) степени сращения переломов длинных трубчатых костей
 - г) степени кровоснабжения конечностей

- д) наличия больших полостей в эпифизах или метафизах конечностей
439. Пальпация суставов позволяет определять все перечисленное, кроме
- а) обычного (нормального) количества синовиальной жидкости в здоровом суставе
 - б) наличия крови при гемартрозе
 - в) наличия синовиальной жидкости при выраженном синовите
 - г) наличия небольшого количества жидкости в больном или травмированном суставе
 - д) наличия гноя в полости сустава при артрите
440. При истинном костном, функционально выгодном анкилозе коленного сустава походка человека определяется перечисленными терминами, исключая
- а) щадящую хромоту
 - б) нещадящую хромоту
 - в) "утиную" походку
 - г) подпрыгивающую
441. Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать
- а) как анкилоз
 - б) как контрактура
 - в) как ригидность
 - г) как патологическая подвижность
 - д) все правильно
442. Отведение и приведение конечностей - это движения
- а) в сагитальной плоскости
 - б) во фронтальной плоскости
 - в) в аксиальной плоскости
 - г) внутреннее движение вокруг продольной оси
 - д) наружное движение вокруг продольной оси
443. Разгибание и сгибание конечности - это движения
- а) в сагитальной плоскости
 - б) во фронтальной плоскости
 - в) в аксиальной плоскости
 - г) внутреннее движение вокруг продольной оси
 - д) наружное движение вокруг продольной оси
444. В нормальном (здоровом) коленном суставе невозможно движение
- а) сгибание - 130°
 - б) разгибание - 180°
 - в) переразгибание - 15°
 - г) отведение - 20°
 - д) ротация (в положении сгибания) до 15°
445. В нормальном (здоровом) тазобедренном суставе не бывает движений
- а) сгибания - 130°
 - б) ротации внутренней - 90°
 - в) ротации наружной - 90°
 - г) разгибания - 45°
 - д) отведения - 70°
446. В нормальном (здоровом) голеностопном суставе невозможно движение

- а) тыльное сгибание - 20°
- б) подошвенное сгибание - 45°
- в) супинация - 30°
- г) пронация - 20°
- д) ротация - 45°

447. При параличе мышц тазобедренного сустава

- а) нет сгибательной контрактуры бедра
- б) нет активного приведения бедра
- в) нет активного отведения бедра
- г) нет активного разгибания бедра
- д) нет активной ротации бедра

448. При паралитической деформации коленного сустава не бывает

- а) сгибательной контрактуры голени
- б) X-образного искривления сустава вследствие подвывиха голени назад
- в) рекурвации коленного сустава из-за паралича мышц сгибателей
- г) сгибательных контрактур тазобедренного и голеностопного суставов
- д) Y-образного искривления за счет поражения полусухожильной, полуперепончатой мышц, а также мышцы, натягивающей апоневроз

449. При параличе мышц голени не развиваются

- а) паралитическая вальгусная стопа
- б) паралитическая конская стопа
- в) паралитическая косолапость
- г) паралитическое удлинение конечности
- д) паралитическая пяточная стопа

450. Рентгенографическое исследование даёт возможность установить перечисленное, кроме

- а) наличия костных переломов и степени их консолидации
- б) характера смещения отломков
- в) изменения структуры костной ткани
- г) степени регенерации поврежденного хряща
- д) разрывов крупных сухожилий, наличия свободного газа и жидкости в полостях, мягкотканых опухолей

451. При прочтении рентгенограммы нельзя определить

- а) форму оси конечности, строение кортикального и губчатого слоев
- б) форму и ширину, симметрию суставной щели
- в) форму и характер прикрепления мышц и степень их развития
- г) состояние росткового слоя и ядер окостенения
- д) наличие кист, полостей, секвестров

452. В ортопедии и травматологии получили распространение все перечисленные методы исследования, исключая

- а) рентгенографию
- б) рентгеноскопию
- в) контрастную рентгенографию
- г) магнитно-полюсную контрастную рентгенографию
- д) томографию

453. Ядерно-магнитный резонанс, в основе которого лежит резонансное поглощение электромагнитных волн веществом в постоянном магнитном поле, имеет по сравнению с обычным рентгенологическим исследованием все перечисленные преимущества, исключая

- а) относительную биологическую безопасность метода
- б) возможность диагностировать мягкотканые объемные процессы до возникновения реакции со стороны костной ткани
- в) возможность судить о наличии и характере обменных процессов и, таким образом, диагностировать патологические процессы до появления ответных реакций со стороны костной ткани
- г) более точную диагностику перелома костей
- д) возможность диагностировать ранние сроки воспалительного процесса в тканях

454. Радиоизотопная диагностика, основанная на различном избирательном поглощении радиоактивных изотопов нормальной и опухолевой костной тканью, не показана

- а) при подозрении на первичную злокачественную опухоль при наличии нормальной рентгенограммы
- б) при дифференциальной диагностике нормальной и злокачественной костной тканью
- в) при уточнении места расположения опухолевого процесса
- г) при сканировании трудных для рентгенографического выявления областей скелета - грудины, рёбер, лопатки
- д) при установлении степени сращения костной ткани

455. Обычное рентгенологическое исследование даёт возможность выявить всю перечисленную патологию, кроме

- а) перелома или трещины кости
- б) вывиха, подвывиха фрагментов сустава
- в) костной опухоли
- г) мягкотканной опухоли
- д) повреждения хрящевой ткани

456. При чтении рентгенограммы необходимо обращать внимание на все перечисленное, за исключением

- а) плотности рентгенологического рисунка кости (остеопороз, остеосклероз)
- б) нарушения кортикального и последующего слоев кости
- в) состояния окружающих кость тканей
- г) изменения оси, формы костного органа
- д) степени плотности (засветки) полей рентгенограммы вне исследуемого органа

457. Рентгенодиагностика переломов позвоночника основывается на всех перечисленных признаках, кроме

- а) снижения высоты тела позвоночника
- б) изменения оси позвоночника, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз)
- в) нарушения кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела
- г) степени смещения межпозвоночного диска
- д) наличия гематомы в мягких тканях и тела позвонка

458. Ориентиром при счете позвонков на спондилограмме шейного отдела является

- а) основание черепа
- б) остистый отросток 1-го шейного позвонка
- в) зуб 2-го шейного позвонка
- г) остистый отросток 2-го шейного позвонка
- д) правильно в) и г)

459. Отправными точками при счете ребер на рентгеновском снимке грудной клетки являются все перечисленные ориентиры, исключая
- 1-е ребро и ключицу
 - контуры сердца
 - нижний угол лопатки
 - реберную дугу
 - 12-й грудной позвонок
460. Основное лечение в диагностике медиального перелома шейки бедра имеет укладка при рентгенограмме
- переднезадняя
 - боковая (профильная)
 - аксиальная
 - с ротацией бедра
 - правильно а) и в)
461. Для выявления перелома зуба 2-го шейного позвонка следует производить рентгенографию, используя укладку
- переднезаднюю через открытый рот
 - боковую (профильную)
 - аксиальную
 - при максимальном наклоне головы
 - правильно б) и г)
462. Для рентгенологической диагностики разрывов крестцово-седалищных сочленений со смещением фрагментов в сагитальной плоскости основное значение имеет укладка по Драчуку
- передне-задняя, но с разведением бедер
 - боковая, профильная, но с приведением к животу бедер
 - кассета с пленкой устанавливается между ног, и луч аппарата проходит через большое тазовое отверстие
 - положение больного на животе с разведенными бедрами
 - рентгеновский луч направляется под углом 45° по направлению к сочленениям
463. Для выявления спондилолистеза так называемым функциональным методом применяются все перечисленные проекции спондилограмм, исключая
- боковую проекцию в положении максимального сгибания
 - боковую проекцию в положении максимального разгибания
 - аксиальную проекцию в положении ротации туловища
 - переднезаднюю проекцию с максимальными наклонами в сторону (в бок)
 - спондилограмму в вертикальном положении больного
464. Используя контрастную рентгенографию в отличие от классической, можно выявить
- подвывих фрагмента мелкого сустава
 - повреждения хрящевой прослойки сустава
 - секвестры в трубчатой кости
 - скрытую полость в диафизе кости
 - правильно в) и г)
465. При контрастной рентгенографии коленного сустава не представляется возможным определить

- а) разрыв наружного мениска
- б) разрыв внутреннего мениска
- в) наличие суставной "мышцы"
- г) разрыв крестообразных связок

466. Контрастная ангиография помогает точной диагностике всей перечисленной патологии, исключая

- а) разрыв сосуда
- б) обтурацию сосуда
- в) сужение участка сосуда
- г) опухоли сосуда
- д) выявление рентгеноконтрастного тела в массиве мышц

467. Чаще всего с применением пневмографии исследуется

- а) плечевой сустав
- б) локтевой сустав
- в) коленный сустав
- г) тазобедренный сустав
- д) голеностопный сустав

468. Томография костей помогает выявить все перечисленное, кроме

- а) наличия перелома
- б) отсутствия перелома
- в) наличия костного сращения перелома
- г) наличия ложного сустава и несросшегося перелома
- д) разрывов мышц, связок и сухожилий

469. Используя метод ядерно-магнитного резонанса, можно осуществить все перечисленное, кроме

- а) диагностики перелома
- б) диагностики вывиха
- в) исследования структуры кости
- г) диагностики опухоли
- д) выявления инородных тел и секвестров

470. Контрастная рентгенография костей не даёт возможности

- а) определить связь свищевых отверстий с костным органом
- б) определить ход канала свищевого хода
- в) диагностировать наличие скрытых костных полостей и кист
- г) определить сроки образования свищевых ходов, полостей и секвестров
- д) диагностировать наличие костных и хрящевых секвестров и рентгеноконтрастных инородных тел

471. Контрастная рентгенография суставов не позволяет диагностировать

- а) повреждение связочного аппарата сустава
- б) разрывы менисков
- в) наличие свободных внутрисуставных тел ("суставных мышцей")
- г) наличие синовита и гемартроза
- д) слипчатые процессы в суставе, облитерацию заворотов и бурс

472. Рентгеноконтрастное исследование свищей даёт возможность выявить все перечисленное, кроме

- а) связи мягкотканых свищей с костным органом
- б) характера и топографии свищевого хода в мягких тканях и кости
- в) наличия абсцессов и полостей в тканях
- г) наличия секвестров и инородных тел в мягких тканях и кости
- д) причины и механизм образования свищевого хода

473. Рентгеноконтрастное исследование сосудов позволяет диагностировать все перечисленное, исключая

- а) повреждение сосуда
- б) тромбоз сосуда
- в) образование аневризмы или варикоза сосуда
- г) повреждение нервов, сопровождающих сосуд
- д) образование артерио-венозного соустья

474. При артропневмографии коленного сустава оптимальным давлением вводимого газа является

- а) максимально достижимое
- б) 50-100 мм рт. ст.
- в) 110-130 мм рт. ст.
- г) 150-150 мм рт. ст.
- д) 200-250 мм рт. ст.

475. Пневмографическое исследование рационально применять

- а) при свежих переломах длинных трубчатых костей
- б) при свежих переломах плоских костей
- в) при свежих ранах и разрывах мышц
- г) при повреждении крупных сухожилий
- д) при повреждении крупных нервных стволов

476. При термографическом методе исследования нижних конечностей в норме более высокую температуру имеют

- а) стопа
- б) область голеностопного сустава
- в) нижняя треть голени
- г) средняя и верхняя треть голени
- д) коленный сустав и нижняя треть бедра

477. Тепловидение или термографический метод исследования позволяет производить диагностику

- а) свежего перелома длинной трубчатой кости
- б) свежего ушиба или гематомы
- в) разрыва связочного аппарата
- г) злокачественного опухолевого процесса или острого воспаления
- д) свежего внутрисуставного кровотечения

478. При артроскопии коленного сустава возможно выявить или произвести все перечисленное, кроме

- а) повреждения суставного хряща
- б) повреждения менисков
- в) наличия дополнительной связки - медиопателлярной связки, связки надколенника (третьего мениска коленного сустава)

г) частичного или полного рассечения связки, взятия биопсии, удаления части разорванного мениска
д) восстановления разорванной крестообразной связки коленного сустава

479. Пневмоскопическое исследование плевральной полости не позволяет обнаружить

- а) повреждение плевры, ткани лёгкого
- б) наличия в плевральной полости свободной жидкости
- в) наличия слипчивого процесса, шварт плевры
- г) воспалительные изменения висцеральной или париетальной плевры
- д) проявления синдрома "шокового лёгкого"

480. При лапароскопии брюшной полости невозможно определить

- а) наличие свежей крови, гноя, экссудата, желудочного или кишечного содержимого
- б) разрыва ткани печени и ее связок
- в) разрыва ткани селезенки или ее капсулы
- г) наличия забрюшинной гематомы
- д) язвенных эрозий желудка и кишки

481. Из перечисленных методов инструментального исследования в диагностике частичного повреждения ахиллова сухожилия следует в первую очередь применять

- а) термографический
- б) полярографический
- в) УЗИ (ультразвуковая доплерография)
- г) электромиографический

482. УЗИ (ультразвуковое исследование) даёт возможность выявить различные повреждения, кроме

- а) разрыва хрящевой губы суставной поверхности лопатки
- б) кальцификации дельтовидной мышцы
- в) частичного разрыва икроножной мышцы
- г) перелома плоских костей
- д) внутримышечной гематомы четырёхглавой мышцы бедра

483. УЗИ (ультразвуковое исследование) мягких тканей плечевого пояса даёт возможность выявить перечисленные повреждения, исключая

- а) разрыв дельтовидной мышцы
- б) надрыв ротаторной манжетки (ротаторного кольца)
- в) разрыв стволов плечевого сплетения
- г) атрофию подостной мышцы лопатки
- д) разрыв акромиально-ключичного сочленения

484. При выявлении разрыва внутреннего мениска коленного сустава следует отдать предпочтение методу исследования

- а) рентгенографическому
- б) термографическому
- в) УЗИ
- г) артроскопическому
- д) артропневмографическому

485. Преимущества УЗИ состоят в перечисленном, исключая

- а) простоту метода исследования
- б) возможность одновременного сравнения данных исследования симметричной стороны

- в) безопасность многочисленных исследований для больного
- г) безопасность многочисленных исследований для врача
- д) дешевизну исследования

486. Применение УЗИ не показано

- а) у больных с высокой температурой
- б) в области сегмента, закрытого гипсовой повязкой
- в) в области обширного кровоизлияния в мягкие ткани
- г) правильно б) и в)
- д) правильно всё

487. При повреждении органов груди и живота, используя метод УЗИ, удастся определить наличие жидкости (кровь, экссудат) в плевральной и брюшной полостях в объёме

- а) 50 мл
- б) 100 мл
- в) 150 мл
- г) 200 мл
- д) 300 мл

488. Операция лапароскопии включает в себя следующие манипуляции, исключая

- а) местную анестезию
- б) разрез кожи по средней линии выше пупка на 5 см
- в) прошивание или захватывание зажимов Кохера срединного апоневризма
- г) приподнимание брюшной стенки конусообразно за держалку и прокалывание троакара
- д) введение через тубус троакара в брюшную полость катетера

489. При лапароцентезе следует выполнять все перечисленное, исключая

- а) введение катетера в брюшную полость длиной не менее 30 см
- б) введение катетера диаметром не менее 5 мм
- в) оставление катетера в брюшной полости сроком не более 24 часов
- г) введение в брюшную полость через катетер не менее 400 мл физиологического раствора
- д) подключение к катетеру брюшной полости отсоса разряжением 0,3-0,5 атм.

490. Торакоцентез следует осуществлять

- а) при простом переломе рёбер
- б) при сложном переломе рёбер
- в) при осложненном переломе рёбер
- г) при переломе тела грудины
- д) при переломе рукоятки грудины

491. Компьютерная томография при травме грудной клетки даёт возможность получить дополнительную информацию по перечисленной патологии, исключая

- а) коллапс, ателектаз лёгкого
- б) хилоторакс
- в) гемоторакс
- г) пневмоторакс
- д) смещение средостения

492. Рентгенологическое обследование при переломах костей необходимо

- а) в случаях, где диагноз твердо установлен клинически
- б) для проверки и контроля эффективности лечения

- в) для получения всесторонней клинической картины
- г) правильно б) и в)
- д) правильно всё

493. Поликлиническое лечение травматологических больных осуществляют перечисленные учреждения, исключая всё

- а) травматологический пункт
- б) травматологический кабинет поликлиники
- в) медсанчасть учреждения
- г) стационар на дому

494. Для выявления повреждения используются все приведенные ниже диагностические приёмы, кроме

- а) сбора анамнеза
- б) осмотра
- в) взвешивания массы тела
- г) определения механизма травмы
- д) рентгенологического исследования

495. Травматологического больного после произведенной травмы следует проводить через ВТЭК для получения разрешения на продление ему больничного листа

- а) через 1 месяц
- б) через 2 месяца
- в) через 3 месяца
- г) через 4 месяца
- д) через 5 месяцев

496. При осуществлении блокады по А.В. Вишневскому используют раствор новокаина концентрации

- а) 0.1%
- б) 0.25%
- в) 0.5%
- г) 1.0%
- д) 2.0%

497. Основной целью проведения первичной хирургической обработки ран является

- а) стерилизация ран скальпелем
- б) удаление инородных тел и сгустков крови
- в) иссечение всех нежизнеспособных тканей и создание "бесплодной каменистой почвы для развития микробной инвазии"
- г) возможность сделать края кожи и подлежащих тканей ровными
- д) удаление сгустков крови и перевязка тромбированных сосудистых стволов с целью профилактики вторичного кровотечения

498. После наложения циркулярной гипсовой повязки на конечность могут возникнуть все перечисленные ниже осложнения, за исключением

- а) образования пролежней
- б) гибели всей сапрофитной кожной микрофлоры с дальнейшим замещением ее грибов
- в) сдавления (ишемии) питающих сосудов
- г) сдавления нервных стволов с дальнейшим образованием невритов и фолькмановской контрактуры на верхней конечности

499. Средний срок временной нетрудоспособности пострадавшего, получившего перелом лучевой кости в "типичном месте" со смещением отломков равен

- а) 2 недели
- б) 4 недели
- в) 5-6 недель
- г) 7-8 недель
- д) 8-10 недель

500. На основании санитарных норм на одного больного в палате травматологического отделения стационара выделяется площадь

- а) в 2 м²
- б) в 3 м²
- в) в 3 м²
- г) в 6 м²
- д) в 7 м²

501. Клинический диагноз травматологическому больному стационара должен быть поставлен после госпитализации

- а) на 1-е сутки
- б) на 2-е сутки
- в) на 3-и сутки
- г) на 4-е сутки
- д) перед выпиской больного

502. Для наложения стандартной гипсовой кокситной повязки необходимо иметь гипсовые бинты в количестве

- а) 4-5
- б) 6-7
- в) 8-9
- г) 10-12
- д) 16-18

503. Абсолютными показаниями для операции остеосинтеза при переломе костей будут все перечисленные, кроме

- а) закрытого перелома, отломки которого угрожают перфорации кожи
- б) сдавления отломками кости сосудисто-нервного пучка
- в) явной интерпозиции мягких тканей между отломками
- г) открытого перелома
- д) перелома костей, осложненного повреждением крупных сосудов, требующих оперативного восстановления их проходимости

504. При лечении переломов диафиза плечевой кости приходится прибегать к её остеосинтезу

- а) в 5-6% случаев
- б) в 10-12% случаев
- в) в 26-30% случаев
- г) в 32-38% случаев
- д) в 40-43% случаев

505. Оперативное лечение при переломах обеих костей предплечья в средней трети со смещением отломков осуществляется

- а) в 5-6% случаев

- б) в 10-20% случаев
- в) в 25-30% случаев
- г) в 40-50% случаев

506. Из перечисленных видов обезболивания при операциях на кисти и пальцах нерационально использовать

- а) местную анестезию
- б) проводниковую анестезию
- в) новокаиновую блокаду плечевого сплетения
- г) внутрикостную новокаиновую блокаду со жгутом

507. Из предложенных методов оперативного и консервативного лечения многооскольчатых переломов плюсневых костей не следует использовать

- а) создание костного синостоза с соседними неповрежденными плюсневыми костями
- б) скелетное вытяжение за кольца
- в) остеосинтез штифтом или спицами
- г) внеочаговый остеосинтез аппаратом

508. Из перечисленных видов швов сухожилий сгибателей пальцев кисти в области сухожильных влагалищ используются все перечисленные, кроме

- а) по Кюнео
- б) по Розову
- в) по Долецкому - Пугачеву
- г) по Усольцевой
- д) по Беннелю

509. Физиотерапевтическое лечение не противопоказано

- а) при сердечно-сосудистой недостаточности в стадии декомпенсации
- б) при злокачественных новообразованиях
- в) при открытой форме туберкулеза лёгких
- г) при комбинированных радиационных повреждениях

510. К профессиональной реабилитации травматологических больных относится всё перечисленное, кроме

- а) профессионального обучения и переучивания
- б) приспособления станков и орудий труда к возможностям инвалида
- в) создания новых специальностей
- г) создания специальных трудовых институтов в виде артелей и мастерских
- д) обеспечения орудиями производства и технологией по месту жительства инвалидов

511. Материально-техническую базу здравоохранения составляют:

- а) сеть учреждений здравоохранения
- б) коечный фонд
- в) оснащённость аппаратурой
- г) укомплектованность врачебными кадрами
- д) все перечисленное

512. Урбанизация - сложный процесс, важнейшими принципами которого являются:

- а) рост численности городского населения
- б) увеличение числа городов
- в) рост удельного веса детей
- г) раннее развитие детей

д) все перечисленное

513. Практическое значение демографии сводится

- а) к планированию социально-экономического развития страны (территории)
- б) к планированию учреждений здравоохранения и кадров
- в) к оценке здоровья населения
- г) к оценке качества медицинской помощи
- д) ко всему перечисленному

514. Для "демографической" ситуации в нашей стране характерно

- а) увеличение удельного веса детей
- б) увеличение средней продолжительности жизни
- в) увеличение удельного веса лиц пожилого возраста
- г) изменение социальной структуры общества
- д) все перечисленное

515. При проведении социально-гигиенических исследований используются методы

- а) исторический
- б) экспериментальный
- в) экономико-статистический
- г) социологический
- д) все перечисленное

516. Перестройке хозяйственного механизма в системе здравоохранения способствуют

- а) укрепление здоровья населения и продление жизни человека
- б) повышение качества оказания медицинской помощи населению
- в) повышение роли профилактория
- г) усиление "человеческого фактора" в сфере здравоохранения
- д) все перечисленное

517. Основными видами управленческих решений в здравоохранении являются

- а) социальные
- б) медицинские
- в) административно-хозяйственные
- г) ресурсные
- д) все перечисленные

518. К числу факторов,

снижающих экономические затраты при профилактическом обслуживании, относят:

- а) повышение квалификации врачей
- б) повышение квалификации медицинских лаборантов
- в) расширение функций среднего медицинского персонала
- г) все перечисленное

519. Специализированная медицинская помощь оказывается во всех перечисленных ниже учреждениях, кроме:

- а) многопрофильных и специализированных больниц
- б) больниц скорой помощи
- в) бальнеологических лечебниц
- г) больниц восстановительного лечения
- д) стационаров, диспансеров и МСЧ

520. К лечебно-диагностическим отделениям относятся все перечисленные, кроме
- а) клинической лаборатории
 - б) рентгеновского отделения
 - в) процедурного кабинета
 - г) диспансерного кабинета
 - д) отделения физиотерапии
521. На организацию медицинской помощи в сельской местности влияют
- а) характер расселения
 - б) радиус обслуживания
 - в) сезонность сельскохозяйственных работ
 - г) специфика условий быта
 - д) все перечисленное
522. Из перечисленных ниже сочетаний больничных показателей наиболее неблагоприятными являются:
- а) увеличение пропускной способности и снижение летальности
 - б) увеличение пропускной способности койки и увеличение летальности
 - в) уменьшение пропускной способности койки и снижение летальности
 - г) уменьшение пропускной способности и увеличение летальности
523. Развитие профилактического направления в медицине предполагает все перечисленное, кроме
- а) улучшения санитарно-гигиенического воспитания населения
 - б) повышения уровня пропаганды здорового образа жизни, физкультуры и спорта
 - в) искоренения вредных привычек
 - г) расширения сети больниц и отделений восстановительного лечения
 - д) расширения массовых профосмотров, диспансеризации, повышения их качества и эффективности
524. Улучшение лечебно-профилактической помощи населению предусматривает все перечисленное, кроме
- а) усиления госсаннадзора
 - б) улучшения работы скорой и неотложной медицинской помощи
 - в) совершенствования экспертизы временной нетрудоспособности
 - г) укрепления и расширения сети территориально-медицинских объединений
 - д) повышения норм расходов на питание и медикаменты
525. Материально-техническую базу здравоохранения составляет все перечисленное, кроме
- а) сети учреждений здравоохранения
 - б) коечного фонда
 - в) оснащенности аппаратурой
 - г) укомплектованности врачебными кадрами
 - д) сочетания бюджетного и внебюджетного финансирования
526. Типами учреждений здравоохранения являются все перечисленное, кроме
- а) лечебно-профилактических
 - б) санитарно-профилактических
 - в) судебно-медицинской экспертизы
 - г) санаторно-курортных
 - д) аптечных

527. Территориальное медицинское объединение (ТМО) создается при численности населения
- а) до 50 000
 - б) от 50 000 до 100 000
 - в) от 100 000 до 300 000
 - г) от 300 000 до 500 000
 - д) 1 000 000
528. В состав территориального медицинского объединения (ТМО) входят все перечисленные структуры подразделения, кроме
- а) консультативной поликлиники
 - б) многопрофильной больницы
 - в) родильного дома
 - г) специализированных диспансеров
 - д) санитарно-эпидемиологической службы
529. Средняя мощность областной (краевой, республиканской) больницы составляет
- а) 200-400 коек
 - б) 400-600 коек
 - в) 600-1000 коек
 - г) 2000 коек
530. Оптимальная мощность специализированного отделения стационара составляет
- а) от 20 до 30 коек
 - б) от 30 до 60 коек
 - в) от 30 до 90 коек
 - г) от 90 до 120 коек
 - д) свыше 120 коек
531. Заболеваемость можно изучить по данным всех перечисленных ниже показателей, кроме
- а) обращаемости населения в медицинские учреждения
 - б) деятельности ВКК и ВТЭК
 - в) профилактических осмотров и диспансерного наблюдения
 - г) причин смерти
532. Заболеваемость населения определяет
- а) совокупность вновь возникших в данном году заболеваний
 - б) количество посещений в данном году
 - в) распространенность заболеваний в данном году
 - г) общее количество обращений и посещений в данном году
 - д) количество вновь возникших заболеваний
533. Показатель рождаемости считается низким, если он составляет
- а) до 20 на 1000 населения
 - б) от 21 до 25 на 1000 населения
 - в) от 26 до 30 на 1000 населения
 - г) от 30 до 40 на 1000 населения
 - д) от 40 до 50 на 1000 населения

534. Уровень общей смертности считается низким, если ее показатель составляет
- ниже 10 на 1000 населения
 - от 11 до 15 на 1000 населения
 - от 16 до 20 на 1000 населения
 - от 21 до 25 на 1000 населения
535. Общими показателями деятельности городской больницы являются
- фактическое число дней работы койки в течение года
 - оборот койки
 - средняя продолжительность пребывания на койке
 - летальность
 - все перечисленное
536. К качественным показателям деятельности стационара относятся все перечисленные, кроме
- летальности
 - среднего койко-дня
 - хирургической активности
 - процента расхождения клинических и анатомических диагнозов
 - количества средств, затраченных на медикаменты
537. Резервами рационального использования коечного фонда являются все перечисленные, кроме
- более полного обследования больных на догоспитальном этапе
 - организации дневных стационаров
 - уменьшения случаев дублирования обследования
 - снижения повторной госпитализации
 - поздней выписки больных
538. Работа по экспертизе трудоспособности в поликлинике фиксируется во всех следующих документах, кроме
- амбулаторной карты больного
 - журнала ВКК
 - статистического талона
 - журнала регистрации листков нетрудоспособности
 - листка нетрудоспособности
539. Экспертизу стойкой нетрудоспособности проводят
- главный врач поликлиники
 - райздравотдел
 - органы социального страхования
 - ни один из перечисленных
 - все перечисленные
540. Экспертизой трудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения занимаются
- лечащий врач
 - заведующий отделением
 - заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности
 - главный врач
 - все перечисленное

541. Функциями лечащего врача в области экспертизы трудоспособности являются все перечисленные, кроме

- а) установления факта временной нетрудоспособности
- б) выдачи больничного листка на срок до 10 дней
- в) освобождения от занятий студентов
- г) установления стойкой нетрудоспособности

542. Заведующий отделением в области экспертизы нетрудоспособности выполняет следующие функции

- а) продление больничного листка на срок свыше 10 дней
- б) решение сложных и консультативных вопросов нетрудоспособности
- в) контроль за проведением экспертизы трудоспособности врачами отделения
- г) освобождение от занятий студентов на срок свыше 2 месяцев
- д) все перечисленное

543. Функциями ВКК по экспертизе трудоспособности являются все перечисленные, кроме

- а) решения конфликтных вопросов экспертизы трудоспособности
- б) продления больничных листов на сроки свыше 10 дней
- в) выдачи больничных листов на санаторно-курортное лечение
- г) направления на ВТЭК
- д) трудоустройства лиц, имеющих инвалидность

544. Функциями ВТЭК являются все перечисленные, кроме

- а) продления временной нетрудоспособности на срок свыше 6 месяцев
- б) установления группы и причины инвалидности
- в) определения трудовых рекомендаций инвалидам
- г) определения времени фактического наступления инвалидности
- д) установления степени утраты трудоспособности при трудовом увечье

545. Среди неэпидемических заболеваний первое место среди причин инвалидности занимают

- а) профессиональные заболевания
- б) гипертоническая болезнь
- в) злокачественные новообразования
- г) сердечно-сосудистые заболевания
- д) травмы и последствия травмы

546. При групповых несчастных случаях (когда травмированы одновременно 2 и более работников), а также в тяжелых и смертельных случаях составляется акт специального расследования несчастного случая на производстве

- а) на всех пострадавших вместе
- б) на каждого пострадавшего отдельно
- в) правилами не предусмотрено

547. Основными направлениями работы поликлиники по проведению диспансеризации населения являются все перечисленные, кроме

- а) обеспечения паспортизации всего населения
- б) создания отделений профилактики
- в) проведения массовых осмотров населения
- г) обеспечения проведения необходимых лечебно-профилактических мероприятий диспансерных больных

д) своевременного переосвидетельствования лиц, имеющих группу инвалидности

548. В условиях городской поликлиники первоочередной диспансеризации подлежат все перечисленные, кроме

- а) рабочих, для которых обязательны предварительные (при поступлении на работу) и периодические (в период работы) медицинские осмотры
- б) инвалидов I группы
- в) подростков
- г) персональных пенсионеров
- д) больных хроническими заболеваниями

549. Число дней работы койки в году в среднем в городских больницах составляет

- а) 240-300 дней
- б) 320-330 дней
- в) 330-340 дней
- г) 340-350 дней
- д) 350-360 дней

550. Число (норма) врачебных посещений амбулаторно-поликлинических учреждений на одного городского жителя в год

- а) 5-6
- б) 6-8
- в) 10
- г) 13
- д) 15

551. Статистическое исследование

- а) является вспомогательным при оценке результатов
- б) является основным при оценке результатов
- в) может быть как вспомогательным, так и основным, в зависимости от цели этого исследования

552. Регистрация каждого случая в клинко-статистическом исследовании

- осуществляется
- а) на специальной выборочной карте
 - б) на контрольной карте
 - в) с использованием первичных документов (история болезни, выписка из амбулаторной карты и др.)

553. При составлении выборочной карты необходимо предусмотреть

- а) использование формализованных документов учета
- б) возможные группировки
- в) составление перечня таблиц
- г) всего перечисленного

554. К видам медицинской учетной документации, применяемой в клинко-статистическом исследовании, относятся

- а) история болезни, история развития ребенка
- б) карта амбулаторного больного
- в) контрольная карта диспансерного наблюдения
- г) карта выбывшего из стационара

д) все перечисленное

555. Из перечисленных ниже величин можно представить в абсолютных случаях

- а) заболеваемость населения
- б) численность населения
- в) рождаемость
- г) обеспеченность койками
- д) смертность

556. Метод стандартизации целесообразно применять

- а) для определения характера и силы связи между двумя явлениями (признаками)
- б) при сравнении двух интенсивных показателей для устранения влияния на их величину определенных факторов (признаков), обуславливающих качественную неоднородность совокупностей, для которых исчислены показатели
- в) для определения достоверного различия двух сравниваемых показателей

557. Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы

- а) обеспечить наилучшее лечение
- б) создать благоприятную обстановку для выздоровления больного
- в) установить доверительные отношения: больной-врач, врач-больной, врач-родственники больного, врачи между собой
- г) все перечисленное

558. Среди всех заболеваний в Российской Федерации травма занимает

- а) 1 место
- б) 2 место
- в) 3 место
- г) 4 место
- д) 5 место

559. Из 1000 городских жителей в течение года получают травму примерно

- а) 1-10 человек
- б) 50-90 человек
- в) 100-130 человек
- г) 150-200 человек
- д) 200-250 человек

560. Среди всех видов травм по количеству преобладают

- а) раны и ссадины
- б) ушибы и растяжения
- в) переломы и вывихи
- г) ожоги и отморожения
- д) инородные тела

561. Не считается производственной травма, полученная

- а) при выполнении общих обязанностей работника
- б) во время рабочего процесса на территории предприятия
- в) у газетного киоска за пределом территории предприятия во время рабочего перерыва

- г) в магазине после окончания рабочего времени по пути с работы
- д) во вне рабочего времени, полученная при спасении человеческой жизни

562. Наиболее частыми среди сельскохозяйственного травматизма являются травмы, полученные

- а) в сельскохозяйственном производстве
- б) на приусадебном участке
- в) на предприятиях, обслуживающих сельхозтехнику и перерабатывающую продукцию
- г) вне связи с производством
- д) спортивная

563. Согласно приказам МЗ РФ для оказания травматолого-ортопедической помощи на 1000 человек городского населения необходимо развернуть

- а) 0.1-0.2 стационарных кроватей
- б) 0.4-0.4 стационарных кроватей
- в) 0.5 стационарных кроватей
- г) 0.6-0.8 стационарных кроватей
- д) 1.0 стационарных кроватей

564. Для оказания травматолого-ортопедической помощи на 1000 человек сельского населения необходимо развернуть

- а) 0.1-0.2 стационарных кроватей
- б) 0.3 стационарных кроватей
- в) 0.4-0.5 стационарных кроватей
- г) 0.6 стационарных кроватей
- д) 0.7-0.8 стационарных кроватей

565. В областях и краевых больницах оптимальным травматологическим отделением считается отделение

- а) на 30 кроватей
- б) на 40 кроватей
- в) на 50 кроватей
- г) на 60 кроватей
- д) на 80 кроватей

566. Один травматологический пункт в городе рассчитан

- а) на 30-40тыс населения
- б) на 50-70тыс населения
- в) на 70-100тыс населения
- г) на 100-200тыс населения
- д) на 250-300тыс населения

567. В задачу травматолого-ортопедического кабинета (отделения) поликлиники не входит

- а) оказание экстренной травматологической помощи и своевременная их госпитализация при оказании
- б) обеспечение преемственности в работе между поликлиникой и стационаром
- в) организация и проведение диспансеризации
- г) выявление больных СПИДом
- д) проведение экспертизы временной нетрудоспособности

568. Реконвалесцентом считается пострадавший, перенесший термический ожог не более, чем спустя
- а) 3 месяца
 - б) 6 месяцев
 - в) 1 год
 - г) 2 года
 - д) 5-6 и более лет
569. В городских или районных больницах при отсутствии специализированного ожогового отделения ожоговые койки размещаются
- а) в общехирургическом отделении
 - б) в травматологическом отделении
 - в) в нейрохирургическом отделении
 - г) в гнойном отделении
 - д) в стоматологическом отделении
570. Принято считать, что ожоговую болезнь вызывает ожог, захватывающий
- а) 1-2% площади тела
 - б) 3-5% площади тела
 - в) 6-7% площади тела
 - г) 8-9% площади тела
 - д) 10% и более площади тела
571. Потребность в ожоговых койках в крупных городах РФ составляет
- а) 0.1 койки на 10 тыс взрослого населения
 - б) 0.2-0.5 койки на 10 тыс взрослого населения
 - в) 0.4-0.5 койки на 10 тыс взрослого населения
 - г) 0.7-0.8 койки на 10 тыс взрослого населения
 - д) 0.1-1.5 койки на 10 тыс взрослого населения
572. Потребность в ожоговых койках в крупных городах РФ составляет на 10 тыс детского населения
- а) 0.1-0.13 коек
 - б) 0.2-0.3 коек
 - в) 0.4-0.5 коек
 - г) 0.6-0.7 коек
 - д) 0.8-0.9 коек
573. В среднем в течение года термическую травму получают
- а) 1 из 1000 человек
 - б) 5 из 1000 человек
 - в) 10 из 1000 человек
 - г) 15 из 1000 человек
 - д) 20 из 1000 человек
574. Наиболее частой причиной инвалидности при термических ожогах является
- а) незавершенная ожоговая болезнь (гранулирующие раны, пролежни)
 - б) послеожоговые рубцы, контрактуры и деформации
 - в) нарушение функции кистей рук
 - г) трофические язвы
 - д) ампутация конечностей

575. Сухожильный шлем состоит
- а) из двух мышечных брюшек
 - б) из трех мышечных брюшек
 - в) из четырех мышечных брюшек
 - г) из пяти мышечных брюшек
 - д) из шести мышечных брюшек
576. Гнойные процессы мягких покровов свода черепа могут распространяться
- а) в подкожно-жировой клетчатке
 - б) под апоневротическим шлемом
 - в) под надкостницей
 - г) во всех вышеперечисленных слоях свода черепа
577. Основная артерия, снабжающая твердую мозговую оболочку
- а) передняя мозговая
 - б) средняя мозговая
 - в) задняя оболочечная
 - г) средняя оболочечная
 - д) передняя оболочечная
578. На направления линий переломов основания черепа не влияют
- а) швы между костями
 - б) отверстия для сосудов и нервов
 - в) степень плотности костей
579. Истечение ликвора в носовую полость возникает при переломе основания черепа
- а) в передней черепной ямке
 - б) в средней черепной ямке
 - в) в задней черепной ямке
580. Средняя оболочечная артерия отходит
- а) от внутренней сонной артерии
 - б) от позвоночной артерии
 - в) от наружной сонной артерии
 - *г) от верхней челюстной артерии
581. Возникновение симптома "очков" при переломе основания черепа объясняется
- а) повреждением продырявленной пластинки в передней черепной ямке
 - б) разрывом позвоночной артерии
 - в) повреждением внутренней сонной артерии в полости черепа
 - г) повреждением передней решетчатой вены
 - *д) повреждением задней решетчатой вены
582. Мимические мышцы лица иннервируют
- а) тройничный нерв
 - б) лицевой нерв
 - в) добавочный нерв
 - г) блуждающий нерв
583. К временной и окончательной остановке кровотечений при повреждении сосудов и синусов относятся

- а) наложение зажима
- б) прошивание
- в) тампонада
- г) перевязка синусов
- д) все перечисленное

584. Шейное нервное сплетение формируется чаще всего

- а) из С2-С3
- б) из С3-С4
- в) из С2-С4
- г) из С4-С5
- д) из С1-С4

585. Блокада шейного нервного сплетения осуществляется доступом

- а) по середине грудино-ключично-сосцевидной мышцы, по заднему ее краю
- б) по середине грудино-ключично-сосцевидной мышцы, по переднему ее краю
- в) на уровне второго шейного позвонка
- г) на уровне подъязычной кости

586. В состав основного сосудисто-нервного пучка шеи входят

- а) внутренняя сонная артерия, наружная яремная вена, блуждающий нерв
- б) внутренняя сонная артерия, наружная яремная вена, диафрагмальный нерв
- в) общая сонная артерия, блуждающий нерв, внутренняя яремная вена
- г) общая сонная артерия, блуждающий нерв, внутренняя яремная вена, нисходящая ветвь подъязычного нерва, глубокий лимфатический коллектор шеи

587. При ваго-симпатической блокаде уровень вкола иглы соответствует

- а) границе верхней и средней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- б) точке пересечения наружной яремной вены с задним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- в) уровню подъязычной кости
- г) по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- д) всему перечисленному

588. При тяжелой травме лицевого отдела черепа

остановка кровотечения осуществляется перевязкой

- а) наружной сонной артерии
- б) внутренней сонной артерии
- в) плече-головного отдела
- г) общей сонной артерии

589. Блокаду плечевого сплетения производят

- а) по середине ключицы на 4 см выше ее
- б) по середине ключицы на 4 см ниже ее
- в) на границе медиальной и средней трети ключицы на 4 см выше ее
- г) на границе средней и наружной трети ключицы на 4 см выше ее

590. Позвоночная артерия отходит

- а) от плече-головного отдела
- б) от подключичной артерии
- в) от общей сонной артерии
- г) от дуги аорты

591. В костно-фиброзный канал позвоночная артерия входит на уровне поперечного отростка
- а) 4 шейного позвонка
 - б) 5 шейного позвонка
 - в) 6 шейного позвонка
 - г) 7 шейного позвонка
592. В экстренных ситуациях при обтурации верхних дыхательных путей производят чаще всего
- а) крикотомию
 - б) трахеотомию
 - в) коникотомию
593. Коникотомию проводят на уровне
- а) ниже подъязычной кости
 - б) между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом
 - в) между перстневидным и щитовидным хрящами
594. Обтурация верхних дыхательных путей происходит чаще всего на уровне
- а) бифуркации трахеи
 - б) ниже истинных голосовых связок
 - в) перстневидного хряща
 - г) выше истинных голосовых складок
 - д) нижнего края щитовидного хряща
595. Пункцию подключичной вены осуществляют
- а) из подключичного доступа
 - б) из надключичного доступа
 - в) из вышеперечисленных доступов
596. Перевязку подключичной артерии чаще всего производят
- а) проксимальнее отхождения щитошейного ствола
 - б) дистальнее щитошейного ствола
 - в) дистальнее нижней щитовидной артерии
 - г) проксимальнее реберно-шейного ствола
 - д) дистальнее реберно-шейного ствола
597. Капсулу плечевого сустава укрепляют
- а) плечевая мышца
 - б) надостная мышца
 - в) подостная мышца
 - г) подлопаточная мышца
 - д) дельтовидная мышца
598. Подмышечная впадина соединяется с подлопаточной областью посредством
- а) четырехстороннего отверстия
 - б) трехстороннего отверстия
 - в) четырех- и трехстороннего отверстия
599. Через четырехстороннее отверстие проходят
- а) подмышечный нерв

- б) кожно-мышечный нерв
 - в) подмышечный нерв, задняя окружающая плечевую кость артерия и вена
 - г) подмышечный нерв, передняя окружающая плечевую кость артерия и вена
600. Через трехстороннее отверстие выходит
- а) кожно-мышечный нерв
 - б) глубокая артерия плеча
 - в) окружающая артерия лопатки
 - г) подмышечный нерв
 - д) все вышеперечисленное
601. Капсулу плечевого сустава укрепляют
- а) одна связка
 - б) две связки
 - в) три связки
 - г) четыре связки
602. Двуглавую мышцу плеча иннервирует
- а) срединный нерв
 - б) локтевой нерв
 - в) лучевой нерв
 - г) подмышечный нерв
 - д) кожно-мышечный нерв
603. Трехглавая мышца плеча иннервируется
- а) срединным нервом
 - б) локтевым нервом
 - в) лучевым нервом
 - г) подмышечным нервом
 - д) кожно-мышечным нервом
604. При плече-лопаточном периартрите и травмах плечевого сустава болевой синдром можно снять блокадой
- а) мышечно-кожного нерва
 - б) надлопаточного нерва со стороны подостной ямки
 - в) надлопаточного нерва со стороны надостной ямки
 - г) лучевого нерва на плече
605. Глубокая артерия плеча отходит от плечевой артерии
- а) в подмышечной впадине
 - б) в верхней трети плеча
 - в) в средней трети плеча
 - г) в локтевой ямке
 - д) на уровне нижнего края широчайшей мышцы спины
607. К коротким ветвям плечевого сплетения относятся все перечисленные нервы, кроме
- а) переднего, среднего и заднего надключичных, диафрагмального
 - б) тыльного нерва лопатки, длинного грудного нерва, подключичного нерва
 - в) надлопаточного нерва, переднего грудного
 - г) подлопаточного, подмышечного нерва
608. К длинным нервам плечевого сплетения относят

- а) кожно-мышечный, лучевой нервы
 - б) локтевой, срединный нервы
 - в) кожные нервы плеча и предплечья
 - г) все перечисленные
609. В мышечно-плечевом канале проходит
- а) подмышечный нерв, артерия и вена
 - б) лучевой нерв, глубокая артерия плеча, одноименные вены
 - в) срединный нерв, коллатеральная лучевая артерия и одноименные вены
610. Срединный нерв формируется
- а) из медиального пучка плечевого сплетения
 - б) медиального и бокового пучка плечевого сплетения
 - в) бокового и заднего пучка плечевого сплетения
 - г) заднего и медиального пучка плечевого сплетения
611. Лучевой нерв отходит от пучка плечевого сплетения
- а) заднего
 - б) бокового
 - в) медиального
 - г) заднего и бокового
612. Локтевой нерв отходит от пучка плечевого сплетения
- а) медиального
 - б) заднего
 - в) бокового
613. Локтевой сустав имеет
- а) два сочленения
 - б) три сочленения
 - в) четыре сочленения
 - г) пять сочленений
614. Пункцию локтевого сустава чаще всего осуществляют
- а) между локтевым отростком и плечелучевой мышцей
 - б) между краем трехглавой мышцы и локтевым сгибателем кисти
 - в) между локтевым отростком и внутренним мыщелком
615. В области локтевого сустава срединный нерв на уровне внутреннего надмыщелка проходит чаще всего
- а) на 0.5-1.0 см кнутри от плечевой артерии
 - б) у внутреннего края плечевой артерии
 - в) на 1.5 см кнутри от артерии
 - г) под плечевой артерией
616. Деление лучевого нерва на поверхностную и глубокую ветви происходит на уровне
- а) наружного надмыщелка плечевой кости
 - б) линии сустава
 - в) правильно и то, и другое
 - г) правильного ответа нет
617. Фасция предплечья образует

- а) переднее, наружное и заднее ложа
- б) переднее, внутреннее и заднее ложа
- в) медиальное, наружное и заднее ложа
- г) латеральное, переднее и заднее ложа

618. Глубокое пространство Пирогова

- а) переходит на кисть на уровне лучезапястного сустава
- б) не переходит на кисть
- в) переходит на кисть на уровне оснований пястных костей
- г) переходит на кисть на уровне 1/3 пястных костей

619. Дренирование пространства Пирогова осуществляется из доступов

- а) лучевого
- б) локтевого
- в) лучевого и локтевого
- г) строго между проекциями лучевой и локтевой костей

620. На ладонной поверхности предплечья выделяют

- а) 2 слоя мышц
- б) 3 слоя мышц
- в) 4 слоя мышц
- г) 5 слоев мышц

621. На ладонной стороне предплечья находится

- а) один сосудисто-нервный пучок
- б) два сосудисто-нервных пучка
- в) три сосудисто-нервных пучка
- г) четыре сосудисто-нервных пучка
- д) пять сосудисто-нервных пучков

622. В нижней трети предплечья срединный нерв лежит между

- а) глубоким и поверхностным сгибателями пальцев
- б) лучевым сгибателем кисти и ладонной длинной мышцей
- в) глубоким сгибателем пальцев и сгибателем большого пальца
- г) локтевым сгибателем кисти и поверхностным сгибателем пальцев

623. На тыльной поверхности предплечья выделяют

- а) 2 канала
- б) 4 канала
- в) 5 каналов
- г) 6 каналов
- д) 8 каналов

624. В каналах тыльной поверхности предплечья лежат

- а) четыре синовиальные влагалища
- б) шесть синовиальных влагалищ
- в) восемь синовиальных влагалищ
- г) одиннадцать синовиальных влагалищ

625. На ладонной стороне кисти имеются фасциальные ложи

- а) срединное, внутреннее и наружное
- б) срединное, переднее и заднее

- в) срединное, поверхностное и глубокое
- г) наружное, срединное, внутреннее и глубокое

626. При полном перерыве локтевого нерва в области плеча отмечается

- а) выпадение функции мелких мышц кисти
- б) разгибание основных фаланг III-V пальцев
- в) сгибание средних и концевых фаланг III, IV, V пальцев и приведение V пальца
- г) сухость кожи, расстройство потоотделения, похолодание кожи, цианоз
- д) все перечисленное

627. При полном перерыве срединного нерва

- а) утрачиваются сгибание кисти, I, II и частично III пальцев, выпадает чувствительность на ладонной поверхности I, II и III пальцев и половине IV пальца
- б) на тыльной поверхности концевых фаланг II, III и IV пальцев выпадает кожная чувствительность. Трофические нарушения со стороны кожи. Атрофия мышц передней поверхности предплечья и возвышения большого пальца, анестезия кожи кисти
- в) нарушается сгибание II пальца и концевой фаланги I пальца, ладонное сгибание кисти большого пальца, анестезия кожи кисти
- г) правильно а) и б)
- д) все правильно

628. При повреждении лучевого нерва отмечается

- а) "свисающая кисть"
- б) "когтистая лапа"
- в) обезьянья лапа
- г) сгибательная контрактура I, II и III пальцев и разгибательная контрактура IV и V пальцев

629. При проведении паравертебральной блокады выключается

- а) передний корешок
- б) задний корешок
- в) спинно-мозговой нерв
- г) правильно а) и б)

630. При выполнении за грудиной блокады (по В.И.Казанскому) выключается

- а) аортальное нервное сплетение
- б) венозное нервное сплетение
- в) сердечное нервное сплетение
- г) легочное нервное сплетение
- д) все указанные

631. При пункции перикарда наиболее рациональным способом является

- а) по Шарпу
- б) по Пирогову
- в) по Шапошникову
- г) по Ларрею
- д) по Марфану

632. В грудной клетке полных межреберных промежутков

- а) четыре

- б) шесть
- в) восемь
- г) десять

633. Спинной мозг заканчивается на уровне

- а) 1 поясничного позвонка
- б) 2 поясничного позвонка
- в) 3 поясничного позвонка
- г) 4 поясничного позвонка

634. Поясничное нервное сплетение формируют спинно-мозговые нервы

- а) Д12-Л4
- б) Д12-Л5
- в) Л1-Л4
- г) Л1-Л5

635. Крестцовое нервное сплетение формирует спинно-мозговые нервы

- а) Л1-Л5
- б) С1-С5
- в) Л3-С5
- г) Л4-С3
- д) Л4-С5

636. Позвонки соединены наиболее подвижно

- а) в шейном отделе
- б) в поясничном отделе
- в) в грудном отделе
- г) на границе шейного и грудного отделов
- д) на границе грудного и поясничного отделов

637. По выходу из межпозвоночного отверстия ствол спинно-мозгового нерва делится

- а) на 2 ветви
- б) на 3 ветви
- в) на 4 ветви
- г) на 5 ветвей

638. К параличу диафрагмы приводит компрессия спинного мозга на уровне

- а) С1-С2 позвонка
- б) С3-С4 позвонка
- в) С6-С8 позвонка
- г) Т1-Т2 позвонка
- д) Т7-Т8 позвонка

639. Точка вкола иглы для блокады седалищного нерва определяется следующим образом

- а) ягодичная бороздка делится пополам
- б) половина расстояния между внутренним краем седалищного бугра и верхушкой большого вертела
- в) точка пересечения ягодичной бороздки и линии, соединяющей верхушку большого вертела с границей крестцово-копчикового сочленения

640. Распространение гноя из-под большой ягодичной мышцы в полость малого таза возможно через
- а) малое седалищное отверстие
 - б) через щель под проксимальной частью сухожилия большой ягодичной мышцы
 - в) через над- и подгрушевидные отверстия
 - г) по ходу седалищного нерва
641. Верхняя ягодичная артерия отходит
- а) от наружной подвздошной
 - б) от запирающей
 - в) от внутренней подвздошной
 - г) от общей подвздошной
642. Малоберцовая артерия отходит
- а) от передней большеберцовой
 - б) от задней большеберцовой
 - в) от средней артерии коленного сустава
 - г) от подколенной
643. Синовиальные влагалища I и V пальцев стопы
- а) идут вдоль всей стопы
 - б) заканчиваются на уровне костей предплюсны
 - в) заканчиваются на уровне головок плюсневых костей
 - г) заканчиваются на уровне средней трети плюсневых костей
644. В заднем костно-фиброзном влагалище голени располагаются
- а) сгибатели стопы и пальцев с большеберцовым нервом
 - б) мышцы, разгибающие стопу и пальцы с глубоким малоберцовым нервом
 - в) пронирующие стопу малоберцовые мышцы с поверхностным малоберцовым нервом
 - г) мышца, сгибающая I палец
645. Под апоневрозом подошвы располагаются
- а) 2 клетчаточных пространства
 - б) 3 клетчаточных пространства
 - в) 4 клетчаточных пространства
 - г) 5 клетчаточных пространства
646. В верхней половине бедренного треугольника по отношению к бедренной артерии бедренная вена располагается
- а) спереди
 - б) снаружи
 - в) внутри
 - г) сзади
647. Сращение подвздошной, лобковой и седалищной костей в единую тазовую кость происходит в постэмбриональном онтогенезе в области ее наибольшей нагрузки. Эта анатомическая зона проходит через
- а) вертлужную впадину
 - б) крыло подвздошной кости
 - в) седалищный бугор
 - г) ветви лобковой кости

648. Через большое седалищное отверстие проходит, осуществляя вращение бедра наружу
- а) подвздошно-поясничная мышца
 - б) грушевидная мышца
 - в) большая ягодичная мышца
 - г) малая поясничная мышца
649. Седалищный нерв покидает полость таза через
- а) надгрушевидное отверстие
 - б) подгрушевидное отверстие
 - в) запирающее отверстие
650. Суставная капсула голеностопного сустава лишена укрепляющих связок
- а) латерально и сзади
 - б) спереди и сзади
 - в) медиально и сзади
651. При перевязке бедренной артерии под паховой связкой коллатеральное кровообращение нижней конечности осуществляется по анастомозам
- а) внутренней подвздошной артерии с ветвями наружной подвздошной артерии
 - б) между запирающей, ягодичными, ветвями внутренней подвздошной артерии и латеральной, медиальной, окружающих бедро ветвями глубокой артерии бедра
 - в) между поверхностной и глубокой артериями, сгибающими подвздошную кость
652. Доступ к бедренной артерии выполняется по линии
- а) соединяющей передне-верхнюю ость подвздошной кости с латеральным мышцелком бедра
 - б) соединяющей середину пупартовой связки с медиальным мышцелком бедра
 - в) соединяющей границу наружной трети и средней трети пупартовой связки с медиальным мышцелком бедра
653. Катетеризация периферических лимфатических сосудов выполняется с целью
- а) введения лекарственных препаратов
 - б) проведения лимфосорбции
 - в) рентгенографического исследования
654. Пункцию коленного сустава выполняют
- а) на уровне основания или верхушки надколенника, отступив от него на 1-2 см
 - б) отступая от боковых поверхностей надколенника на 3-4 см медиально или латерально
 - в) на уровне бугристости большеберцовой кости с внутренней поверхности коленного сустава
655. Для обезболивания переломов таза обычно пользуются внутритазовой анестезией по методу Школьников - Селиванова
- а) на 5 см выше передней ости подвздошной кости
 - б) на 1 см кнутри от передней ости подвздошной кости
 - в) на 3 см ниже и на 3 см медиальнее передней ости подвздошной кости
656. Глубокая флегмона заднего фасциального ложа голени вскрывается

- а) продольным разрезом в верхней трети голени на 2-3 см кзади от внутреннего края большеберцовой кости
- б) продольным разрезом по задней поверхности верхней трети голени
- в) продольным разрезом верхней трети голени на 2-3 см кзади от латерального края малоберцовой кости

657. Глубокая артерия бедра отходит от бедренной артерии

- а) на 10-12 см ниже пупартовой связки
- б) тотчас под пупартовой связкой
- в) на 3-5 см ниже пупартовой связки

658. Доступ к передней большеберцовой артерии в верхней трети голени осуществляется по проекционной линии

- а) между головкой большеберцовой кости и наружной лодыжкой
- б) между головкой большеберцовой кости и внутренней лодыжкой
- в) от середины расстояния между головкой малоберцовой кости и бугристостью большеберцовой кости к середине расстояния между лодыжками

659. В ягодичной области имеется

- а) 2 слоя мышц
- б) 3 слоя мышц
- в) 4 слоя мышц
- г) 5 слоев мышц

660. В бедренном треугольнике располагаются все следующие образования, кроме

- а) бедренной артерии и вены
- б) ветвей бедренного нерва
- в) глубоких лимфатических узлов
- *г) глубокой артерии и вены бедра

661. Капсулу тазобедренного сустава укрепляют

- а) 2 связки
- б) 3 связки
- в) 4 связки
- г) 5 связок

662. Количество местного анестетика (новокаина), используемого для блокады переломов костей на фоне шока, по сравнению с обычной дозировкой должно быть

- а) уменьшено
- б) увеличено
- в) существенно не меняется
- г) новокаин при шоке как местный анестетик желателно не использовать

663. Выбор способа анестезии в неотложной травматологии зависит

- а) от общего состояния и возраста пострадавшего
- б) наличия аппаратуры и медикаментов
- в) тяжести, предположительной длительности оперативного вмешательства и кровопотери
- г) квалификации специалиста (анестезиолога)
- д) всего перечисленного

664. В положении больного на боку во время операций под наркозом существует опасность
- а) возникновения неврита нижней руки
 - б) скопления секрета в нижележащем легком
 - в) ишемии нижележащей руки
 - г) снижения вентиляции нижележащего легкого
 - д) всего перечисленного
665. Внутрикостная анестезия нашла практическое применение
- а) при операции остеосинтеза костей голени
 - б) при операции остеосинтеза бедренной кости
 - в) при репозиции перелома лодыжек голени
 - г) правильно а) и в)
 - д) все перечисленное
666. К преимуществам внутрикостной анестезии относится все перечисленное, кроме
- а) может быть выполнена в амбулаторных условиях
 - б) может быть выполнена хирургом любой квалификации
 - в) обладает противотромбоэмболическим действием
 - г) обладает хорошим обезболивающим эффектом
 - д) не сопровождается каким-либо осложнением
667. Внутрикостные методы обезболивания разрабатывались и внедрялись в практику всеми перечисленными авторами, кроме
- а) Воронцова А.В.
 - б) Дитерихса М.И.
 - в) Крупко И.Л.
 - г) Фраймана С.Б.
 - д) Школьникова Л.Г.
668. Для пролонгированной внутрикостной блокады используется
- а) 0.5% р-р новокаина
 - б) 1% р-р новокаина
 - в) 2% р-р новокаина
 - г) 5% р-р новокаина
 - д) 10% р-р новокаина
669. В зависимости от характера повреждений и их осложнений в травматологии и ортопедии применяются все перечисленные типы блокады, кроме
- а) гемостатической
 - б) противовоспалительной
 - в) антисептической
 - г) антикоагуляционной
 - д) трофической
670. Противопоказаниями к спинно-мозговой анестезии являются
- а) падение артериального давления ниже 100 мм
 - б) острая кровопотеря
 - в) опухоль головного мозга
 - г) правильно а) и в)
 - д) все перечисленное

- 671.Перидуральная анестезия широко применяется у всех перечисленных больных, кроме больных, страдающих
- а) бронхитом
 - б) ларингитом
 - в) туберкулезом легких
 - г) циррозом печени
 - д) выраженной гипертонией
- 672.Местная анестезия при операциях на головном мозге имеет перед наркозом все следующие преимущества, кроме
- а) отсутствия повышения внутричерепного давления
 - б) сохранения контакта с больным (речевого)
 - в) обеспечения хорошего гемостаза мягких тканей покровов черепа
 - г) создания полной анестезии оболочек головного мозга и возможности быстро осуществить искусственную вентиляцию легких
- 673.Наиболее целесообразным видом обезболивания у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, находящихся в состоянии травматического шока, является
- а) местная анестезия
 - б) внутривенный наркоз
 - в) эндотрахеальный наркоз
 - г) масочный и ингаляционный наркоз фторотаном
 - д) пролонгированная внутрикостная гемостатическая блокада в комбинации с внутривенным наркозом
- 674.Противопоказаниями к перидуральной анестезии является все перечисленное, кроме
- а) тяжелых искривлений позвоночника
 - б) эмфиземы легких, нефроза
 - в) артериального давления ниже 100 мм
 - г) эмоциональной неустойчивости
- 675.Анестетиком выбора у больных с невосполненной кровопотерей и сохраняющейся гипотензией можно считать
- а) эфир
 - б) фторотан
 - в) калипсол
 - г) барбитураты
 - д) оксибутират натрия
- 676.Распространение местного анестетика в эпидуральном пространстве у пожилых пациентов зависит от всех перечисленных факторов, кроме
- а) уплотнения соединительнотканых перемычек
 - б) стенозированных межпозвонковых отверстий
 - в) атеросклеротических изменений сосудов эпидурального пространства
 - г) длины позвоночника
 - д) значений объема циркулирующей крови
- 677.При операциях на органах грудной клетки с целью профилактики возможного взрыва следует во время наркоза использовать
- а) эфир
 - б) циклопропан

- в) фторотан
- г) правильно а) и б)
- д) все неправильно

678. При остеосинтезе бедренной кости с большим смещением отломков наилучшим видом обезболивания является

- а) эндотрахеальный наркоз с мышечными релаксантами в небольшой дозе
- б) эндотрахеальный наркоз с мышечными релаксантами в большой дозе
- в) перидуральная анестезия в комплексе с наркозом закистью азота
- г) спинно-мозговая анестезия в комплексе с внутривенным наркозом
- д) хлорэтиловый наркоз в комплексе с внутрикостной пролонгированной гемостатической блокадой

679. При ожогах ног и нижней половины туловища

для обезболивания и улучшения трофики применяются новокаиновые блокады

- а) окологривечная
- б) вагосимпатическая
- в) поясничного сплетения
- г) внутрикостная регионарная

680. У больного выявлен перелом обеих бедренных костей

без повреждения магистральных сосудов, артериальное давление - 60/40 мм рт. ст., дыхание - 26 в минуту.

Наиболее целесообразно в этой ситуации

- а) срочная инфузионная терапия с одновременным введением в наркоз
- б) срочно начать инфузионную терапию, осуществить обезболивание, добиться стабилизации артериального давления; затем начать проведение анестезии и операции
- в) срочно интубировать и начать инфузионную терапию

681. При выборе вещества для обезболивания при травматическом шоке

учитывают в первую очередь влияния

- а) на дыхание
- б) на гемодинамику
- в) на эндокринную систему
- г) на центральную систему
- д) на свертывающую систему

682. При множественных переломах ребер в условиях стационара

оптимальным методом обезболивания можно считать

- а) паравертебральную блокаду и эпидуральную анестезию
- б) спинальную анестезию
- в) блокаду области перелома
- г) наркотические анальгетики

683. Достоинством новокаиновой блокады при тяжелых травмах является то, что она

- а) не вызывает снижения артериального давления
- б) дает длительное обезболивание
- в) ликвидирует боль, не смазывая клиническую картину
- г) снижает температуру тела
- д) повышает центральное венозное давление

684. При операциях на проксимальных отделах нижних конечностей методом выбора анестезии является
- а) общая анестезия
 - б) эпидуральная анестезия
 - в) спинно-мозговая анестезия
 - г) внутрикостная и проводниковая анестезия
 - д) может быть применена любая из перечисленных
685. Гипотензивный эффект ганглиотиков у пожилых пациентов
- а) более выражен
 - б) менее выражен
 - в) отсутствует
 - г) закономерности не выявляется
686. На госпитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении
- а) на черепно-мозговую травму
 - б) на повреждение внутренних органов
 - в) на перелом таза и перелом бедра
 - г) на компрессионный перелом позвоночников
 - д) правильно а) и б)
687. Быстрое выключение спонтанного дыхания при вспомогательной вентиляции легких у пожилых больных происходит
- а) из-за понижения порога чувствительности дыхательного центра к углекислоте
 - б) из-за повышения порога чувствительности дыхательного центра к углекислоте
 - в) из-за наличия эмфиземы легких
 - г) из-за понижения ригидности грудной клетки
 - д) из-за повышения ригидности грудной клетки
688. Наиболее глубокие расстройства газообмена наблюдаются
- а) при повреждении груди с открытым пневмотораксом
 - б) при повреждении груди с клапанным пневмотораксом
 - в) при массивном гемотораксе
 - г) при эмфиземе легких
 - д) правильно б) и в)
689. При массивной кровопотере со снижением объема циркулирующей крови на 30-40% через 60 минут с момента травмы
- а) наступает гемодилюция со снижением гематокрита
 - б) происходит быстрое перемещение интерстиционной жидкости в сосудистое русло
 - в) гематокрит не изменяется
 - г) наступает гемоконцентрация с повышением гематокрита
 - д) правильно а) и б)
690. При лечении ожогового шока приблизительное соотношение коллоидов и кристаллоидов должно составлять
- а) 3:1
 - б) 1:1
 - в) 2:1
 - г) 1:2
 - д) 1:3

691. Лечение олиго- или анурии включает все перечисленное, кроме
- а) проведения адекватной гидратации
 - б) поддержания нормального водно-электролитного баланса
 - в) внутривенного введения маннитола
 - г) переливания крови
692. Уменьшают опасность развития сердечной слабости при массивных трансфузиях у больных с политравмой
- а) медленное возмещение кровопотери
 - б) применение только свежей крови
 - в) переливание крови, согретой до 37°C
 - г) одновременное вливание на каждые 500 мл крови 30-50 мл 5% раствора натрия бикарбоната
 - д) все перечисленное
693. Больной поступил в операционную через 30 минут после травмы с диагнозом травматический отрыв нижней конечности на уровне нижней трети бедра. На месте травмы наложен жгут на верхней трети бедра. АД 65-60 мм. Наиболее рационально в этой ситуации
- а) срочно начать инфузионную терапию и добиться стабилизации гемодинамики, а затем начать проведение анестезии и операции
 - б) срочно начать инфузионную терапию с одновременным началом анестезии
 - в) провести инфузионную терапию и провести отсроченное оперативное вмешательство
694. При внезапной остановке сердца на фоне общего благополучия развиваются все перечисленные симптомы, кроме
- а) резкой бледности кожных покровов, судорожного периодического дыхания
 - б) отсутствия пульса на артериях, падения артериального давления до нуля
 - в) потери тонуса глазных яблок
 - г) резкого сужения зрачков
 - д) темной крови во время операции или при открытой травме, или прекращения всякого кровотечения
695. При непрямом массаже сердца должно быть выполнено все перечисленное, кроме
- а) уложить больного на мягкое (диван, кровать и т.п.)
 - б) расположиться слева от него
 - в) расположить свои руки: левую наиболее широкой ее частью на точку, расположенную на 2 поперечных пальца выше от мечевидного отростка, а вторую - крестообразно положить на первую пальцами к голове
 - г) надавливать на грудину по направлению к позвоночнику на глубину 4-5 см
 - д) таких сдавлений производить до 100-110 в минуту
696. При открытом массаже остановившегося сердца производят все следующие манипуляции, кроме
- а) рассекается грудная клетка слева от грудины вместе с плеврой по 4-5 межреберному промежутку одним разрезом
 - б) сердце выводится на поверхность грудной клетки
 - в) начинается ритмичное сжимание желудочков и правого предсердия сердца с частотой 60-80 в одну минуту с усилием, обеспечивающим появление пульса в 1 минуту

- г) параллельно в полость левого желудочка вводится 3-5 мл 10% раствора хлористого кальция и разведенного в несколько раз 0.5 мл 0.1% раствора адреналина
- д) осуществляется внутриартериальное нагнетание кровозаменителя в одну из крупных периферических артерий

697. При фибрилляции сердца или мерцания желудочков применяются все следующие мероприятия, кроме

- а) создается возвышенное положение туловища
- б) при помощи закрытого или открытого массажа сердца пытаются восстановить тонус миокарда
- в) в полость левого желудочка вводят 10 мл 1% раствора новокаина и продолжают массаж
- г) при продолжающейся фибрилляции необходимо применить дефибриллятор. Его электроды обматывают салфетками, смоченными гипертоническим раствором, один помещают под спину, на уровне левой лопатки, другой плотно прижимают к передней поверхности грудной клетки слева от грудины. Подают ток напряжением от 2 до 4 кВ от дефибриллятора

698. Для борьбы с остановкой сердца необходимо иметь все следующие стерильные растворы, кроме

- а) различной концентрации раствора новокаина для введения в полость перикарда, полость левого желудочка, разведения адреналина и норадреналина
- б) 10% раствор хлористого кальция
- в) 25% раствор сернокислой магнезии
- г) 10% раствор новокаина
- д) 40% раствор глюкозы и инсулин

699. Острая дыхательная недостаточность возникает в результате всего перечисленного, кроме

- а) повреждения центральных механизмов регуляции дыхания (травма ЦНС, спинного мозга, инсульт, отравление снотворными, повреждение электротоком и т.д.)
- б) наличия множественных скальпированных ран в области грудной клетки
- в) множественных переломов ребер, сдавления груди, утопления, судорожных состояний
- г) полной или частичной непроходимости дыхательных путей, пребывания в атмосфере с низким содержанием кислорода, воспаления легких, ушиба легких и т.д.
- д) нарушения дыхания вследствие расстройства кровообращения и газообмена (инфаркт миокарда, остановка сердца, шок, кровопотеря, отравление цианистыми соединениями, угарным газом и т.д.)

700. Главными признаками острой дыхательной недостаточности являются все перечисленные, кроме

- а) остановки дыхания (апноэ)
- б) слегка учащенного дыхания, но резкой бледности лица и падения артериального давления и пульса
- в) очень частого поверхностного дыхания, возбуждения и спутанного сознания
- г) редкого дыхания (5-8 дыханий в минуту), затрудненного дыхания с длинным вдохом или выдохом, чувством удушья, психомоторным возбуждением

д) изменения ритма дыхания, сопровождающимся синюшностью губ, лица, коматозным состоянием

701. Среди перечисленных ниже приемов обеспечения проходимости дыхательных путей эффективны все перечисленные, кроме

- а) резко согнуть головку, приблизив подбородок к груди
- б) максимально разогнуть голову, подложив свою руку под шею, другую на область лба для энергичного разгибания головы кзади
- в) максимально вытянуть изо рта язык и фиксировать его к подбородку
- г) пальцем, обернутым влажной салфеткой, очистить полость рта и глотку от слизи, копоти, остатков рвотных масс и инородных тел
- д) ввести в полость рта воздуховод

702. При искусственном дыхании методом "рот в рот" и "рот в нос" нужно произвести все следующие манипуляции, исключая

- а) уложить пострадавшего на спину, резко разогнув ему голову
- б) после глубокого вдоха охватить его рот своими губами, зажав нос пальцами, и произвести форсированное вдухание воздуха в его легкие
- в) присасывающим движением своего рта удалить из легких пострадавшего "отработанный" воздух
- г) объем "вдуваемого" воздуха должен составить, примерно, 600-700 см³
- д) производить таких "вдуваний" 1-14 в минуту

703. В методической последовательности работы с аппаратом "АМБУ" следует выполнить все перечисленные мероприятия, кроме

- а) заложить под голову подушку, создать возвышенное положение
- б) очистить полость рта и носа от слизи, гари, рвотных масс
- в) выдвинуть нижнюю челюсть вперед
- г) плотно прижать маску к лицу, окружив ею рот и нос
- д) работать гармошкой, "вдувая" в легкие 500-700 см³ воздуха

704. При продолжительной оксигенотерапии

вдыхаемая газовая смесь должна содержать кислород в объеме

- а) 100%
- б) 80-70%
- в) 50-60%
- г) 30-40%
- д) до 10%

705. При терапии острой дыхательной недостаточности не применяется

- а) атропин
- б) аминазин
- в) ГОМК (g-оксимасляная кислота)
- г) бемегрид
- д) добелин

706. Неотложная реанимация при острой кровопотере

состоит из всех перечисленных ниже мероприятий, исключая

- а) временную, а потом постоянную остановку продолжающегося кровотечения
- б) заместительную сначала инфузионную, а потом трансфузионную терапию
- в) обеспечение адекватного дыхания
- г) гипотермию тела и конечностей

д) обезболивание общее и местное и коррекцию нарушенных функций

707. При острой кровопотере в организме

происходят все перечисленные изменения, кроме

- а) уменьшается объем циркулирующей крови, происходит централизация кровообращения
- б) после первоначальной активности артериол, венул, их шунтов происходит ослабление их деятельности: нарушается микроциркуляция, увеличивается вязкость крови
- в) происходит агрегация форменных элементов, появляются капли нейтрального жира
- г) повышается резервная щелочность, уменьшается содержание молочной кислоты
- д) в периферической крови появляются микротромбы, прекращающие перфузию отдельных участков тканей

708. Основными принципами инфузионно-трансфузионной терапии

при острой кровопотере являются все ниже следующие, исключая

- а) при оказании первой помощи - увеличение объема циркулирующей крови путем инфузии солевых растворов и декстранов
- б) в условиях стационара до подбора крови введение коллоидных растворов и растворов солей
- в) использование крови "универсального донора" O(I) группы, имеющей резус-отрицательное значение
- г) переливание консервативной одногруппной и резус-совместимой донорской крови
- д) трансфузия препаратов крови в зависимости от клинических и биохимических лабораторных показателей

709. При лечении острой кровопотери из перечисленных ниже средств не применяются

- а) гидрокортизон
- б) полиглюкин
- в) адреналин
- г) кордиамин
- д) пентамин

710. Клинически ось нижней конечности проходит через все следующие образования, исключая

- а) передне-верхнюю ось подвздошной кости
- б) наружный край надколенника
- в) внутренний край надколенника
- г) середину проекции голеностопного сустава
- д) первый палец стопы

711. Клинически ось верхней конечности проходит через все следующие образования, кроме

- а) акромиального отростка лопатки
- б) середины проекции головки плечевой кости
- в) центра головчатого возвышения плеча
- г) головки лучевой кости
- д) головки локтевой кости

712. Суммарная длина нижней конечности

включает в себя расстояние от передней верхней ости таза

- а) до большого вертела бедра
- б) до суставной щели коленного сустава
- в) до края наружной лодыжки
- г) до пяточного бугра

713. Суммарная длина верхней конечности измеряется от акромиального отростка

- а) до середины проекции головки плеча
- б) до наружного мыщелка
- в) до шиловидного плеча отростка лучевой кости
- г) до конца третьего пальца
- д) до конца пятого пальца

714. При определении характера искривления позвоночника

учитывают все перечисленное, кроме

- а) отклонения вершины остистых отростков от линии, проведенной от заднего края большого затылочного отверстия, 7-го шейного позвонка до середины нижнего конца крестца
- б) длины ног
- в) величины реберного горба
- г) ширины таза
- д) отклонения от горизонтали линии, соединяющей ости таза

715. Линия и треугольник Гютера применяется при исследовании нормального локтевого сустава. Для его определения необходимо знать все перечисленные ориентиры, кроме

- а) оси плеча
- б) расположения надмыщелков
- в) расположения вершины локтевого отростка
- г) при разгибании указанные три точки (надмыщелки и локтевой отросток) составляют прямую линию
- д) при сгибании указанные три точки составляют равнобедренный треугольник

716. Линия Розер-Нелатона применяется при исследовании нормального тазобедренного сустава. Ее определяют все перечисленные образования, кроме

- а) точки верхней подвздошной кости
- б) точки седалищного бугра
- в) точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135° , которая располагается выше этой линии
- г) точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135° , которая располагается на этой линии

717. Треугольник Бриана применяется при исследовании тазобедренного сустава, на нормальном суставе его определяет все перечисленное, кроме

- а) горизонтальной линии, проведенной через большой вертел у больного, лежащего на спине
- б) из точки на верхней ости подвздошной кости опускается перпендикуляр
- в) соединяют вершину большого вертела с верхней остью подвздошной кости и получают равнобедренный треугольник

718. Линия Шумахера при патологии тазобедренного сустава

- а) проходит через точку на вершине большого вертела
- б) проходит через точку на передней верхней ости подвздошной кости
- в) проходит ниже пупка, если линия соединяет точки А и Б

г) проходит через пупок или чуть выше его, если линия соединяет точки А и Б

719. При патологии тазобедренного сустава линия лонного сочленения, соединяющая точку на вершине большого вертела с точкой на вершине лонного сочленения горизонтальной линией

- а) перпендикулярна к оси туловища
- б) не перпендикулярна к оси туловища
- в) составляет с осью туловища угол более 70°

720. Перкуссия не позволяет выявить

- а) наличия жидкости в полости очага или сустава
- б) наличия газа в полости или суставе
- в) степени сращения переломов длинных трубчатых костей
- г) степени кровоснабжения конечностей
- д) наличия больших полостей в эпифизах или метафизах конечностей

721. Перкуссия суставов позволяет определять все перечисленное, кроме

- а) обычного (нормального) количества синовиальной жидкости в здоровом суставе
- б) наличия крови при гемартрозе
- в) наличия синовиальной жидкости при выраженном синовите
- г) наличия небольшого количества жидкости в больном или травмированном суставе
- д) наличия гноя в полости сустава при артрите

722. При истинном костном, функционально выгодном анкилозе коленного сустава походка человека определяется перечисленными терминами, исключая

- а) шадящую хромоту
- б) нешадящую хромоту
- в) "утиную" походку
- г) подпрыгивающую

723. Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать

- а) как анкилоз
- б) как контрактура
- в) как ригидность
- г) как патологическая подвижность
- д) все правильно

724. Отведение и приведение конечностей - это движения

- а) в сагитальной плоскости
- б) во фронтальной плоскости
- в) в аксиальной плоскости
- г) внутреннее движение вокруг продольной оси
- д) наружное движение вокруг продольной оси

725. Разгибание и сгибание конечности - это движения

- а) в сагитальной плоскости
- б) во фронтальной плоскости
- в) в аксиальной плоскости
- г) внутреннее движение вокруг продольной оси
- д) наружное движение вокруг продольной оси

726. В нормальном (здоровом) коленном суставе не возможно движение

- а) сгибание - 130°
- б) разгибание - 180°
- в) переразгибание - 15°
- г) отведение - 20°
- д) ротация (в положении сгибания) до 15°

727. В нормальном (здоровом) тазобедренном суставе не бывает движений

- а) сгибания - 130°
- б) ротации внутренней - 90°
- в) ротации наружной - 90°
- г) разгибания - 45°
- д) отведения - 70°

728. В нормальном (здоровом) голеностопном суставе не возможно движение

- а) тыльное сгибание - 20°
- б) подошвенное сгибание - 45°
- в) супинация - 30°
- г) пронация - 20°
- д) ротация - 45°

729. При параличе мышц тазобедренного сустава

- а) нет сгибательной контрактуры бедра
- б) нет активного приведения бедра
- в) нет активного отведения бедра
- г) нет активного разгибания бедра
- д) нет активной ротации бедра

730. При паралитической деформации коленного сустава не бывает

- а) сгибательной контрактуры голени
- б) Х-образного искривления сустава вследствие подвывиха голени назад
- в) рекурвации коленного сустава из-за паралича мышц сгибателей
- г) сгибательных контрактур тазобедренного и голеностопного суставов
- д) Y-образного искривления за счет поражения полусухожильной, полуперепончатой мышц, а также мышцы, натягивающей апоневроз

731. При параличе мышц голени не развиваются

- а) паралитическая вальгусная стопа
- б) паралитическая конская стопа
- в) паралитическая косолапость
- г) паралитическое удлинение конечности
- д) паралитическая пяточная стопа

732. Рентгенографическое исследование дает возможность установить перечисленное, кроме

- а) наличия костных переломов и степени их консолидации
- б) характера смещения отломков
- в) изменения структуры костной ткани
- г) степени регенерации поврежденного хряща
- д) разрывов крупных сухожилий, наличия свободного газа и жидкости в полостях, мягкотканых опухолей

733. При прочтении рентгенограммы нельзя определить

- а) форму оси конечности, строение кортикального и губчатого слоев
- б) форму и ширину, симметрию суставной щели
- в) форму и характер прикрепления мышц и степень их развития
- г) состояние росткового слоя и ядер окостенения
- д) наличие кист, полостей, секвестров

734. В ортопедии и травматологии

получили распространение все перечисленные методы исследования, исключая

- а) рентгенографию
- б) рентгеноскопию
- в) контрастную рентгенографию
- г) магнитно-полосную контрастную рентгенографию
- д) томографию

735. Ядерно-магнитный резонанс, в основе которого лежит

резонансное поглощение электромагнитных волн веществом

в постоянном магнитном поле, имеет по сравнению с обычным

рентгенологическим исследованием все перечисленные преимущества, исключая

- а) относительную биологическую безопасность метода
- б) возможность диагностировать мягкотканые объемные процессы до возникновения реакции со стороны костной ткани
- в) возможность судить о наличии и характере обменных процессов и, таким образом, диагностировать патологические процессы до появления ответных реакций со стороны костной ткани
- г) более точную диагностику перелома костей
- д) возможность диагностировать ранние сроки воспалительного процесса в тканях

736. Радиоизотопная диагностика,

основанная на различном избирательном поглощении радиоактивных изотопов

нормальной и опухолевой костной ткани, не показана

- а) при подозрении на первичную злокачественную опухоль при наличии нормальной рентгенограммы
- б) при дифференциальной диагностике нормальной и злокачественной костной ткани
- в) при уточнении места расположения опухолевого процесса
- г) при сканировании трудных для рентгенографического выявления областей скелета - грудины, ребер, лопатки
- д) при установлении степени сращения костной ткани

737. Обычное рентгенологическое исследование

дает возможность выявить всю перечисленную патологию, кроме

- а) перелома или трещины кости
- б) вывиха, подвывиха фрагментов сустава
- в) костной опухоли
- г) мягкотканной опухоли
- д) повреждения хрящевой ткани

738. При чтении рентгенограммы необходимо обращать внимание на все перечисленное, за исключением

- а) плотности рентгенологического рисунка кости (остеопороз, остеосклероз)
- б) нарушения кортикального и последующего слоев кости
- в) состояния окружающих кость тканей

- г) изменения оси, формы костного органа
- д) степени плотности (засветки) полей рентгенограммы вне исследуемого органа

739. Рентгенодиагностика переломов позвоночника

основывается на всех перечисленных признаках, кроме

- а) снижения высоты тела позвончика
- б) изменения оси позвоночника, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз)
- в) нарушения кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела
- г) степени смещения межпозвоночного диска
- д) наличия гематомы в мягких тканях и тела позвонка

740. Ориентиром при счете позвонков на спондилограмме шейного отдела является

- а) основание черепа
- б) остистый отросток 1-го шейного позвонка
- в) зуб 2-го шейного позвонка
- г) остистый отросток 2-го шейного позвонка
- д) правильно в) и г)

741. Отправными точками при счете ребер на рентгеновском снимке грудной клетки являются все перечисленные ориентиры, исключая

- а) 1-е ребро и ключицу
- б) контуры сердца
- в) нижний угол лопатки
- г) реберную дугу
- д) 12-й грудной позвонок

742. Основное лечение в диагностике медиального перелома шейки бедра имеет укладка при рентгенограмме

- а) передне-задняя
- б) боковая (профильная)
- в) аксиальная
- г) с ротацией бедра
- д) правильно а) и в)

743. Для выявления перелома зуба 2-го шейного позвонка

следует производить рентгенографию, используя укладку

- а) переднезаднюю через открытый рот
- б) боковую (профильную)
- в) аксиальную
- г) при максимальном наклоне головы
- д) правильно б) и г)

744. Для рентгенологической диагностики разрывов крестцово-седалищных сочленений со смещением фрагментов в сагитальной плоскости

основное значение имеет укладка по Драчуку

- а) передне-задняя, но с разведением бедер
- б) боковая, профильная, но с приведением к животу бедер
- в) кассета с пленкой устанавливается между ног, и луч аппарата проходит через большое тазовое отверстие
- г) положение больного на животе с разведенными бедрами
- д) рентгеновский луч направляется под углом 45° по направлению к сочленениям

745. Для выявления спондилолистеза так называемым функциональным методом применяются все перечисленные проекции спондилограмм, исключая
- а) боковую проекцию в положении максимального сгибания
 - б) боковую проекцию в положении максимального разгибания
 - в) аксиальную проекцию в положении ротации туловища
 - г) передне-заднюю проекцию с максимальными наклонами в сторону (в бок)
 - д) спондилограмму в вертикальном положении больного
746. Используя контрастную рентгенографию в отличие от классической, можно выявить
- а) подвывих фрагмента мелкого сустава
 - б) повреждения хрящевой прослойки сустава
 - в) секвестры в трубчатой кости
 - г) скрытую полость в диафизе кости
 - д) правильно в) и г)
747. При контрастной рентгенографии коленного сустава не представляется возможным определить
- а) разрыв наружного мениска
 - б) разрыв внутреннего мениска
 - в) наличие суставной "мышцы"
 - г) разрыв крестообразных связок
748. Контрастная ангиография помогает точной диагностике всей перечисленной патологии, исключая
- а) разрыв сосуда
 - б) обтурацию сосуда
 - в) сужение участка сосуда
 - г) опухоли сосуда
 - д) выявление рентгеноконтрастного тела в массиве мышц
749. Чаще всего с применением пневмографии исследуется
- а) плечевой сустав
 - б) локтевой сустав
 - в) коленный сустав
 - г) тазобедренный сустав
 - д) голеностопный сустав
750. Томография костей помогает выявить все перечисленное, кроме
- а) наличия перелома
 - б) отсутствия перелома
 - в) наличия костного сращения перелома
 - г) наличия ложного сустава и несросшегося перелома
 - д) разрывов мышц, связок и сухожилий
751. Используя метод ядерно-магнитного резонанса, можно осуществить все перечисленное, кроме
- а) диагностики перелома
 - б) диагностики вывиха
 - в) исследования структуры кости
 - г) диагностики опухоли
 - д) выявления инородных тел и секвестров

752. Контрастная рентгенография костей не дает возможности
- определить связь свищевых отверстий с костным органом
 - определить ход канала свищевого хода
 - диагностировать наличие скрытых костных полостей и кист
 - определить сроки образования свищевых ходов, полостей и секвестров
 - диагностировать наличие костных и хрящевых секвестров и рентгеноконтрастных инородных тел
753. Контрастная рентгенография суставов не позволяет диагностировать
- повреждение связочного аппарата сустава
 - разрывы менисков
 - наличие свободных внутрисуставных тел ("суставных мышей")
 - наличие синовита и гемартроза
 - слипчатые процессы в суставе, облитерацию заворотов и бурс
754. Рентгеноконтрастное исследование свищей
- дает возможность выявить все перечисленное, кроме
- связи мягкотканых свищей с костным органом
 - характера и топографии свищевого хода в мягких тканях и кости
 - наличия абсцессов и полостей в тканях
 - наличия секвестров и инородных тел в мягких тканях и кости
 - причины и механизм образования свищевого хода
755. Рентгеноконтрастное исследование сосудов
- позволяет диагностировать все перечисленное, исключая
- повреждение сосуда
 - тромбоз сосуда
 - образование аневризмы или варикоза сосуда
 - повреждение нервов, сопровождающих сосуд
 - образование артерио-венозного соустья
756. При артропневмографии коленного сустава оптимальным давлением вводимого газа является
- максимально достижимое
 - 50-100 мм рт. ст.
 - 110-130 мм рт. ст.
 - 150-150 мм рт. ст.
 - 200-250 мм рт. ст.
757. Пневмографическое исследование рационально применять
- при свежих переломах длинных трубчатых костей
 - при свежих переломах плоских костей
 - при свежих ранах и разрывах мышц
 - при повреждении крупных сухожилий
 - при повреждении крупных нервных стволов
758. При термографическом методе исследования нижних конечностей в норме более высокую температуру имеют
- стопа
 - область голеностопного сустава
 - нижняя треть голени
 - средняя и верхняя треть голени

д) коленный сустав и нижняя треть бедра

759. Тепловидение или термографический метод исследования

позволяет производить диагностику

- а) свежего перелома длинной трубчатой кости
- б) свежего ушиба или гематомы
- в) разрыва связочного аппарата
- г) злокачественного опухолевого процесса или острого воспаления
- д) свежего внутрисуставного кровотечения

760. При артроскопии коленного сустава

возможно выявить или произвести все перечисленное, кроме

- а) повреждения суставного хряща
- б) повреждения менисков
- в) наличия дополнительной связки - медиопателлярной связки, связки надколенника (третьего мениска коленного сустава)
- г) частичного или полного рассечения связки, взятия биопсии, удаления части разорванного мениска
- д) восстановления разорванной крестообразной связки коленного сустава

761. Пневмоскопическое исследование плевральной полости не позволяет обнаружить

- а) повреждение плевры, ткани легкого
- б) наличия в плевральной полости свободной жидкости
- в) наличия слипчивого процесса, шварт плевры
- г) воспалительные изменения висцеральной или париетальной плевры
- д) проявления синдрома "шокового легкого"

762. При лапароскопии брюшной полости невозможно определить

- а) наличие свежей крови, гноя, экссудата, желудочного или кишечного содержимого
- б) разрыва ткани печени и ее связок
- в) разрыва ткани селезенки или ее капсулы
- г) наличия забрюшинной гематомы
- д) язвенных эрозий желудка и кишки

763. Из перечисленных методов инструментального исследования

в диагностике частичного повреждения ахиллова сухожилия следует в первую очередь применять

- а) термографический
- б) полярографический
- в) УЗИ (ультразвуковая доплерография)
- г) электромиографический

764. УЗИ (ультразвуковое исследование)

дает возможность выявить различные повреждения, кроме

- а) разрыва хрящевой губы суставной поверхности лопатки
- б) кальцификации дельтовидной мышцы
- в) частичного разрыва икроножной мышцы
- г) перелома плоских костей
- д) внутримышечной гематомы четырехглавой мышцы бедра

765. УЗИ (ультразвуковое исследование) мягких тканей плечевого пояса

дает возможность выявить перечисленные повреждения, исключая

- а) разрыв дельтовидной мышцы
- б) надрыв ротаторной манжетки (ротаторного кольца)
- в) разрыв стволов плечевого сплетения
- г) атрофию подостной мышцы лопатки
- д) разрыв акромиально-ключичного сочленения

766. При выявлении разрыва внутреннего мениска коленного сустава следует отдать предпочтение методу исследования

- а) рентгенографическому
- б) термографическому
- в) УЗИ
- г) артроскопическому
- д) артропневмографическому

767. Преимущества УЗИ состоят в перечисленном, исключая

- а) простоту метода исследования
- б) возможность одновременного сравнения данных исследования симметричной стороны
- в) безопасность многочисленных исследований для больного
- г) безопасность многочисленных исследований для врача
- д) дешевизну исследования

768. Применение УЗИ не показано

- а) у больных с высокой температурой
- б) в области сегмента, закрытого гипсовой повязкой
- в) в области обширного кровоизлияния в мягкие ткани
- г) правильно б) и в)
- д) правильно все

769. При повреждении органов груди и живота,

используя метод УЗИ, удается определить наличие жидкости (кровь, экссудат) в плевральной и брюшной полостях в объеме

- а) 50 мл
- б) 100 мл
- в) 150 мл
- г) 200 мл
- д) 300 мл

770. Операция лапароскопии включает в себя следующие манипуляции, исключая

- а) местную анестезию
- б) разрез кожи по средней линии выше пупка на 5 см
- в) прошивание или захватывание зажимов Кохера срединного апоневризма
- г) приподнимание брюшной стенки конусообразно за держалку и прокалывание троакара
- д) введение через тубус троакара в брюшную полость катетера

771. При лапароцентезе следует выполнять все перечисленное, исключая

- а) введение катетера в брюшную полость длиной не менее 30 см
- б) введение катетера диаметром не менее 5 мм
- в) оставление катетера в брюшной полости сроком не более 24 часов
- г) введение в брюшную полость через катетер не менее 400 мл физиологического раствора

д) подключение к катетеру брюшной полости отсоса разряжением 0.3-0.5 атм.

772. Торакоцентез следует осуществлять

- а) при простом переломе ребер
- б) при сложном переломе ребер
- в) при осложненном переломе ребер
- г) при переломе тела грудины
- д) при переломе рукоятки грудины

773. Компьютерная томография при травме грудной клетки дает возможность получить дополнительную информацию по перечисленной патологии, исключая

- а) коллапс, ателектаз легкого
- б) хилоторакс
- в) гемоторакс
- г) пневмоторакс
- д) смещение средостения

774. Рентгенологическое обследование при переломах костей необходимо

- а) в случаях, где диагноз твердо установлен клинически
- б) для проверки и контроля эффективности лечения
- в) для получения всесторонней клинической картины
- г) правильно б) и в)
- д) правильно все

775. Поликлиническое лечение травматологических больных осуществляют все перечисленные учреждения, исключая

- а) травматологический пункт
- б) травматологический кабинет поликлиники
- в) медсанчасть учреждения
- г) стационар на дому

776. Для выявления повреждения

используются все приведенные ниже диагностические приемы, кроме

- а) сбора анамнеза
- б) осмотра
- в) взвешивания массы тела
- г) определения механизма травмы
- д) рентгенологического исследования

777. Травматологического больного после произведенной травмы

следует проводить через ВТЭК для получения разрешения на продление ему больничного листа

- а) через 1 месяц
- б) через 2 месяца
- в) через 3 месяца
- г) через 4 месяца
- д) через 5 месяцев

778. При осуществлении блокады по А.В.Вишневскому используют раствор новокаина концентрации

- а) 0.1%

- б) 0.25%
- в) 0.5%
- г) 1.0%
- д) 2.0%

779. Основной целью проведения первичной хирургической обработки ран является

- а) стерилизация ран скальпелем
- б) удаление инородных тел и сгустков крови
- в) иссечение всех нежизнеспособных тканей и создание "бесплодной каменистой почвы для развития микробной инвазии"
- г) возможность сделать края кожи и подлежащих тканей ровными
- д) удаление сгустков крови и перевязка тромбированных сосудистых стволов с целью профилактики вторичного кровотечения

780. После наложения циркулярной гипсовой повязки на конечность

могут возникнуть все перечисленные ниже осложнения, за исключением

- а) образования пролежней
- б) гибели всей сапрофитной кожной микрофлоры с дальнейшим замещением ее грибов
- в) сдавления (ишемии) питающих сосудов
- г) сдавления нервных стволов с дальнейшим образованием невритов и фолькмановской контрактуры на верхней конечности

781. Средний срок временной нетрудоспособности пострадавшего,

получившего перелом лучевой кости в "типичном месте" со смещением отломков равен

- а) 2 недели
- б) 4 недели
- в) 5-6 недель
- г) 7-8 недель
- д) 8-10 недель

782. На основании санитарных норм на одного больного

в палате травматологического отделения стационара выделяется площадь

- а) в 2 м²
- б) в 3 м²
- в) в 3 м²
- г) в 6 м²
- д) в 7 м²

783. Клинический диагноз травматологическому больному стационара

должен быть поставлен после госпитализации

- а) на 1-е сутки
- б) на 2-е сутки
- в) на 3-и сутки
- г) на 4-е сутки
- д) перед выпиской больного

784. Для наложения стандартной гипсовой кокситной повязки

необходимо иметь гипсовые бинты в количестве

- а) 4-5
- б) 6-7

- в) 8-9
- г) 10-12
- д) 16-18

785. Абсолютными показаниями для операции остеосинтеза при переломе костей будут все перечисленные, кроме

- а) закрытого перелома, отломки которого угрожают перфорации кожи
- б) сдавления отломками кости сосудисто-нервного пучка
- в) явной интерпозиции мягких тканей между отломками
- г) открытого перелома
- д) перелома костей, осложненного повреждением крупных сосудов, требующих оперативного восстановления их проходимости

786. При лечении переломов диафиза плечевой кости приходится прибегать к ее остеосинтезу

- а) в 5-6% случаев
- б) в 10-12% случаев
- в) в 26-30% случаев
- г) в 32-38% случаев
- д) в 40-43% случаев

787. Оперативное лечение при переломах обеих костей предплечья в средней трети со смещением отломков осуществляется

- а) в 5-6% случаев
- б) в 10-20% случаев
- в) в 25-30% случаев
- г) в 40-50% случаев

788. Из перечисленных видов обезболивания при операциях на кисти и пальцах нерационально использовать

- а) местную анестезию
- б) проводниковую анестезию
- в) новокаиновую блокаду плечевого сплетения
- г) внутрикостную новокаиновую блокаду со жгутом

789. Из предложенных методов оперативного и консервативного лечения многооскольчатых переломов плюсневых костей не следует использовать

- а) создание костного синостоза с соседними неповрежденными плюсневыми костями
- б) скелетное вытяжение за кольца
- в) остеосинтез штифтом или спицами
- г) внеочаговый остеосинтез аппаратом

790. Из перечисленных видов швов сухожилий сгибателей пальцев кисти в области сухожильных влагалищ используются все перечисленные, кроме

- а) по Кюнео
- б) по Розову
- в) по Долецкому - Пугачеву
- г) по Усольцевой
- д) по Беннелю

791. Физиотерапевтическое лечение не противопоказано

- а) при сердечно-сосудистой недостаточности в стадии декомпенсации

- б) при злокачественных новообразованиях
- в) при открытой форме туберкулеза легких
- г) при комбинированных радиационных повреждениях

792. К профессиональной реабилитации травматологических больных относится все перечисленное, кроме

- а) профессионального обучения и переучивания
- б) приспособления станков и орудий труда к возможностям инвалида
- в) создания новых специальностей
- г) создания специальных трудовых институтов в виде артелей и мастерских
- д) обеспечения орудиями производства и технологией по месту жительства инвалидов

793. Показатель гемоглобина периферической крови в норме колеблется в пределах

- а) 90-100 г/л
- б) 110-115 г/л
- в) 120-160 г/л
- г) 170-185 г/л
- д) 190-210 г/л

794. Гематокрит в норме составляет в пределах

- а) 26-30%
- б) 36-42%
- в) 45-48%
- г) 49-52%
- д) 53-58%

795. Уровень общего белка в крови в норме составляет

- а) 25-30 г/л
- б) 32-40 г/л
- в) 45-52 г/л
- г) 56-63 г/л
- д) 66-85 г/л

796. Посттравматическая гипопропротеинемия обусловлена всем перечисленным, кроме

- а) кровопотери
- б) аутогемоделиции
- в) усиления анаболического процесса
- г) потребления белка при синдроме ДВС
- д) нарушения процессов дезаминирования в печени

797. Повышение концентрации мочевины в крови и моче у больных после травмы наиболее выражено

- а) на 1-е сутки
- б) на 2-и сутки
- в) на 5-е сутки
- г) на 7-е сутки
- д) на 9-е сутки

798. При тяжелой травме следующее содержание лактата в крови в прогностическом значении является критическим

- а) 0.5-1.5 ммоль/л

- б) 3-5 ммоль/л
- в) 6-7 ммоль/л
- г) 8-10 ммоль/л
- д) 10-12 ммоль/л

799. Активность калликреин-кининовой системы крови при тяжелых повреждениях проявляется

- а) сокращением гладких мышц
- б) расслаблением гладких мышц
- в) расширением просвета кровеносных сосудов
- г) снижением кровяного давления
- д) всем перечисленным

800. При неосложненном клиническом течении травматической болезни концентрация мочевины в крови нормализуется

- а) на 5-е сутки
- б) на 10-е сутки
- в) на 15-е сутки
- г) на 20-е сутки
- д) на 25-е сутки

801. Прогноз летального исхода при тяжелой травме очевиден, если концентрация мочевины в крови с третьих суток превышает верхнюю границу нормы

- а) на 50%
- б) на 100%
- в) на 150%
- г) на 200%
- д) на 300%

802. Ударный объем сердца у здорового человека составляет

- а) 35-40 мл
- б) 55-90 мл
- в) 60-120 мл
- г) 80-140 мл
- д) 100-150 мл

803. Минутный объем сердца в норме равен

- а) 1.5-2.5 л/мин
- б) 2.0-3.5 л/мин
- в) 3.5-4.5 л/мин
- г) 4.0-6.0 л/мин
- д) 6.0-7.0 л/мин

804. Объем циркулирующей крови (ОЦК) составляет в норме

- а) 60-57 мл/кг
- б) 70-65 мл/кг
- в) 82-75 мл/кг
- г) 94-105 мл/кг
- д) 110-140 мл/кг

805. Общее периферическое сопротивление (ОПС) составляет в норме

- а) 1200-2500 дин/с'см⁵
- б) 2700-3000 дин/с'см⁵
- в) 3000-3500 дин/с'см⁵
- г) 3200-4000 дин/с'см⁵
- д) 3500-4500 дин/с'см⁵

806. Венозное давление поддерживают все перечисленные факторы, кроме

- а) давления и кровотока в капиллярах
- б) внутриплеврального давления
- в) внутрибрюшного давления
- г) внутрикостного давления и давления в лимфатической системе

807. Центральное венозное давление при нормоволемии равно

- а) 30-45 мм вод. ст.
- б) 50-120 мм вод. ст.
- в) 130-150 мм вод. ст.
- г) свыше 160 мм вод. ст.
- д) свыше 200 мм вод. ст.

808. Развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС)

в основном связано со всем перечисленным, кроме

- а) обширной травмы мягких тканей и скелета
- б) массивных гемотрансфузий
- в) трансфузий крови со сроком хранения от 2 до 3 дней в объеме 15% ОЦК больного
- г) активации калликреин-кининовой системы
- д) замедления кровотока

809. Развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания

сопровождается всем перечисленным, кроме

- а) гипокоагуляции
- б) гиперкоагуляции и гиперагрегации
- в) понижения активности тромбоцитов
- г) повышения активности тромбоцитов, концентрации тромбина, образования тромбофибриновых свертков (массивного тромбообразования)
- д) геморрагии или явного кровотечения при наличии микросвертков фибрина в системе микроциркуляции

810. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови в начальной стадии проявляется всем перечисленным, исключая

- а) геморрагический синдром, наличие острых язв желудочно-кишечного тракта
- б) нарушение микроциркуляции в легких, почках, печени
- в) острый канальцевый некроз почек
- г) респираторную недостаточность
- д) нарушение функции печени

811. К основным признакам диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови относятся все перечисленные, кроме

- а) тромбоцитов ниже $100 \cdot 10^9$ г/л
- б) фибриногена менее 1.5 г/л
- в) несворачиваемости крови

- г) коагулопатии потребления во 2-й стадии
 - д) повышения содержания VII и X факторов протромбинового комплекса
812. Достоверным признаком диссеминированного внутрисосудистого свертывания является снижение фибриногена
- а) ниже 1.75 г/л
 - б) до 2.0 г/л
 - в) до 2.5 г/л
 - г) до 3.0 г/л
 - д) до 3.5 г/л
813. Потери фибриногена происходят
- а) в сгустках крови
 - б) на фильтрах систем
 - в) в сосудах микроциркуляции
 - г) при контактах крови с серозными оболочками
 - д) при всем перечисленном
814. К факторам, способствующим развитию нарушений гемостаза при острой кровопотере, относятся
- а) гиповолемия
 - б) ацидоз
 - в) агрегация форменных элементов, расстройство макро- и микроциркуляции
 - г) тромбоцитопения разведения
 - д) все перечисленное
815. Развитию диссеминированного внутрисосудистого свертывания при массивной и костной травмах способствует
- а) снижение гемоглобина и гематокрита
 - б) анемия
 - в) лейкоцитоз
 - г) накопление активной тромбопластина (тканевого, эритроцитарного)
 - д) правильно все перечисленное
816. При диагностике диссеминированного внутрисосудистого свертывания важное значение приобретает все перечисленное, кроме
- а) определения группы крови
 - б) тромбоэластографии
 - в) определения протромбинового времени
 - г) определения протромбинового индекса
 - д) определения концентрации антитромбина
817. Диагностика геморрагического синдрома, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания и острого нарушения гемостаза основывается на следующих показателях
- а) фибриногена (1-1.5 г/л)
 - б) фибриногена (2-5.0 г/л)
 - в) тромбоцитов ($180-320 \cdot 10^9/\text{л}$)
 - г) тромбоцитов ($5-10 \cdot 10^9/\text{л}$)
 - д) правильно а) и г)
818. Причинами гиперкалиемии может быть все перечисленное, исключая

- а) быстрое восполнение объема циркулирующей крови консервированной кровью
- б) массивные повреждения мягких тканей
- в) местный ишемический гипертензионный синдром
- г) сдавление мягких тканей
- д) множественные переломы костей, со смещением отломков

819. В норме парциальное давление кислорода (P_{aO_2}) в артериальной крови составляет

- а) 110 ± 6 мм рт. ст.
- б) 95 ± 1 мм рт. ст.
- в) 80 ± 5 мм рт. ст.
- г) 75 ± 8 мм рт. ст.
- д) 68 ± 2 мм рт. ст.

820. В норме парциальное давление углекислого газа (P_{aCO_2}) артериальной крови составляет

- а) 20 ± 4 мм рт. ст.
- б) 26 ± 2 мм рт. ст.
- в) 30 ± 5 мм рт. ст.
- г) 40 ± 5 мм рт. ст.
- д) 50 ± 2 мм рт. ст.

821. Артериальная гипоксия у больных с травмой возникает вследствие

- а) альвеолярной гиповентиляции
- б) нарушения вентиляционно-перфузионных отношений
- в) внутрилегочного шунтирования венозной крови
- г) правильно а) и б)
- д) правильно все

822. Внутрилегочное шунтирование венозной крови составляет в норме

- а) 1-3%
- б) 5-7%
- в) 9-12%
- г) 13-15%
- д) 20-23%

823. Шоковый период травматической болезни характеризуется

- а) глюкозурией
- б) гипергликемией
- в) лактацидемией
- г) правильно а) и б)
- д) правильно все перечисленное

824. Для неблагоприятного исхода

гнойно-септических осложнений травматической болезни характерно

- а) развитие продолжительной умеренной гипергликемии
- б) гиперинсулинемии
- в) увеличение скорости глюконеогенеза
- г) лактоцидемия
- д) правильно все перечисленное

825. Осмолярность является интегральным показателем активности

- а) катаболических процессов в организме

- б) процесса транспортировки и утилизации кислорода в организме
- в) процесса элиминации углекислого газа в организме
- г) процесса анаэробного гликолиза
- д) калликреин-кининовой системы крови

826. Гиперосмолярность крови и плазмы возникает при уровне

- а) 120 мосмоль/л
- б) 186 мосмоль/л
- в) 295 мосмоль/л
- г) 310 мосмоль/л
- д) 326 мосмоль/л

827. Гиперосмолярность крови определяется при уровне

- а) 150 мосмоль/л
- б) 210 мосмоль/л
- в) 386 мосмоль/л
- г) 605 мосмоль/л
- д) 1205 мосмоль/л

828. Осмотически активными веществами в крови и плазме являются все нижеперечисленные, кроме

- а) мочевины
- б) натрия и калия
- в) глюкозы
- г) лактата
- д) микроэлементов (железо, цинк, медь)

829. Из применяемых для трансфузии растворов у травматологических больных являются гипоосмотическими все перечисленные, кроме

- а) альбумина 5%
- б) гемодеза
- в) раствора Гартмана
- г) аминокептида
- д) глюкозы 5%

830. Из применяемых для трансфузии растворов гиперосмотическими будут все нижеперечисленные, кроме

- а) желатиноль
- б) аминокептид
- в) интралипид 10%
- г) гидролизат казеина
- д) глюкоза 10%

831. У пострадавших с тяжелой механической травмой нарушаются следующие функции поджелудочной железы

- а) ферментообразования
- б) ферментовыведения
- в) переваривания в самой железе
- г) правильно а) и в)
- д) все перечисленное

832. Ферментообразовательная и ферментовыделительная функции поджелудочной железы у больных с травмой нарушаются вследствие

всех перечисленных причин, исключая

- а) гипоксию
- б) ацидоз
- в) дискинезию желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки
- г) инактивацию протеаз поджелудочной железы
- д) нарушение проходимости протоков

833. Так называемая "острая панкреатическая энзимопатия" у больных с травмой характеризуется

- а) активизацией кининовой системы
- б) активизацией протеолиза
- в) активизацией коагулопатии
- г) кардиотоксической реакцией
- д) всем перечисленным

834. У больных с тяжелой механической травмой

имеют место все перечисленные патологические (функциональные и органические) изменения со стороны печени, кроме

- а) понижения артериального и портального кровотока печени до 30-40% от исходного
- б) возникновения внутрипеченочной вазоконстрикции, сменяющейся застоем крови в печени и развитием ДВС
- в) элиминации ферментов с гиперферментемией ЛДГ, АЛТ, АСТ
- г) уменьшения потребления АТФ и уменьшения проницаемости мембран
- д) дистрофии гепатоцитов, развития холестаза и цитолиза

835. Симпатико-адреналовая система (САС) быстро и сильно реагирует на травму, что проявляется всем перечисленным, исключая повышение

- а) выработки и активности катехоламинов
- б) концентрации норадреналина до 2 раз
- в) концентрации адреналина до 6 раз
- г) возможности возникновения ДВС в первые 3 дня
- д) обменных процессов и функциональной деятельности систем организма

836. С целью профилактики возникновения гипергидратации головного мозга у пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой объем внутривенных инфузий не должен превышать

- а) 800 мл/сут
- б) 1200 мл/сут
- в) 2000 мл/сут
- г) 2500 мл/сут
- д) 3000 мл/сут

837. Инфузия гипертонических растворов глюкозы больным с тяжелой травмой имеет целью

- а) компенсацию глюкозы, расходуемой в гликолитической цепи
- б) стимуляцию инсулина
- в) угнетение глюкагона
- г) правильно а) и б)
- д) правильно все перечисленное

838. Наиболее важными показателями функции системы дыхания,

определяющими необходимость искусственной вентиляции легких, являются

- а) $P_{aO_2} < 50$ мм рт. ст.
- б) $P_{aCO_2} > 50$ рт. ст.
- в) $SO_2 < 78\%$
- г) правильно б) и в)
- д) все перечисленное

839. Возмещение кровопотери на современном этапе развития трансфузиологии состоит в том, что

- а) потерянная кровь должна замещаться только кровью и возмещение должно быть ранним
- б) должно соблюдаться количественное равенство
- в) переливать следует с запасом, превышающим кровопотерю на 0.5 л
- г) должен соблюдаться закон длительности переливания
- д) кровь должна переливаться только по жизненным показаниям

840. Для определения группы крови кровь следует забирать

- а) до переливания высокомолекулярного декстрана
- б) до переливания низкомолекулярного декстрана
- в) после переливания высокомолекулярного декстрана
- г) после переливания низкомолекулярного декстрана
- д) правильно а) и б)

841. Переливание несовместимой крови вызывает

- а) отек легких
- б) тромбоз клубочков почек
- в) диссеминированное внутрисосудистое свертывание
- г) гемолитическую анемию
- д) поражение почечных канальцев

842. При переливании плазмы

- а) требуется учет групповой принадлежности
- б) не требуется учета групповой принадлежности
- в) возможна агглютинация эритроцитов реципиента с антителами донорской плазмы при введении 1 л иногруппной плазмы больным с анемией
- г) не наблюдается агглютинация эритроцитов реципиента с антителами донорской плазмы при введении 1 л иногруппной плазмы больным с анемией
- д) правильно а) и в)

843. Уровень гематокрита консервированной крови составляет

- а) 20%
- б) 30%
- в) 40%
- г) 50%
- д) 60%

844. Уровень гематокрита эритроцитарной массы составляет

- а) 30%
- б) 40%
- в) 50%
- г) 60%

д) 70%

845. Для стабилизации аутокрови требуется гепарин в количестве

- а) 1000 ед гепарина на 500 мл крови
- б) 2000 ед гепарина на 500 мл крови
- в) 3000 ед гепарина на 500 мл крови
- г) 5000 ед гепарина на 500 мл крови

846. Для стабилизации аутокрови требуется 4% раствор цитрата натрия в количестве

- а) 10 мл на 100 мл крови
- б) 20 мл на 100 мл крови
- в) 30 мл на 100 мл крови
- г) 40 мл на 100 мл крови

847. В консервированной крови содержится все перечисленное, кроме

- а) избытка ионов калия и натрия
- б) недостатка ионов калия и натрия
- в) недостатка ионов кальция, тромбоцитов, V-VIII факторов свертываемости крови
- г) избытка ионов кальция, тромбоцитов, V-VIII факторов свертываемости крови
- д) правильно а) и в)

848. "Цитратная интоксикация" может быть вызвана тем, что

- а) цитрат натрия сам по себе не токсичен, но образует блоки с кальцием, резко снижая его уровень в крови, вызывая образование гипокальциемии, которая в свою очередь оказывает отрицательное влияние на сократимость и проводимость миокарда и ведет к фибрилляции
- б) цитрат натрия вызывает расширение сосудов малого круга кровообращения, легочную гипотензию
- в) цитрат натрия вызывает сужение сосудов малого круга кровообращения, гипертензию сосудов малого круга, а ослабленная сердечная сократимость приводит к сердечной недостаточности
- г) правильно а) и в)
- д) правильно а) и б)

849. Сывороточная гомологическая желтуха

наблюдается наиболее часто при внутривенном переливании

- а) цельной крови от одного донора
- б) крови или плазмы от многих доноров
- в) плазмы от одного донора
- г) эритромаcсы от одного донора
- д) крови и плазмы от одного донора

850. Трансфузионная реакция во время наркоза

проявляется всеми перечисленными симптомами, кроме

- а) одышки
- б) примеси крови в моче
- в) гипотонии
- г) диффузионного кровотечения из операционной раны
- д) цианоза

851. Ранним признаком острого тромбоза артерий является

- а) боль

- б) отек
- в) похолодание конечности
- г) мраморность кожных покровов
- д) пощипывание, парестезии

852. Фильтрация аутокрови осуществляется через несколько слоев марли

- а) 2 слоя
- б) 3 слоя
- в) 6 слоев
- г) 8 слоев
- д) 10 слоев

853. Фильтрацию аутокрови через 8 слоев марли нужно применять при наличии жировой пленки или капель жира

- а) однократно
- б) двукратно
- в) трехкратно
- г) четырехкратно

854. Уровень разжижения крови нужно считать опасным при показателе гематокрита, равном

- а) 10-15 ед.
- б) 20-30 ед.
- в) 31-40 ед.
- г) 41-50 ед.

855. Минимальный уровень гематокрита, при котором имеются благоприятные условия для микроциркуляции и переноса кислорода

- а) в пределах 15-20%
- б) в пределах 30-35%
- в) в пределах 35-40%
- г) в пределах 40-45%
- д) в пределах 45-50%

856. При внутривенном введении аутокрови нужно вводить 10% раствор хлористого кальция из расчета

- а) 10 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
- б) 20 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
- в) 30 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
- г) 40 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
- д) 50 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови

857. Синдром "массивная трансфузия" включает все следующие компоненты, кроме

- а) повышения артериального давления
- б) сердечно-сосудистого коллапса
- в) кровоточивости раны
- г) почечно-печеночной недостаточности
- д) полиорганной недостаточности

858. Показаниями к прямому переливанию крови являются

- а) синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания
- б) массивные кровотечения в акушерстве

- в) отсутствие банка консервированной крови
 - г) отсутствие возможности проведения реинфузии
 - д) все перечисленное
859. Кальций, вводимый при массивных гемотрансфузиях с целью устранения гипокальциемии
- а) оказывает токсическое действие на сердце
 - б) уменьшает цитратную интоксикацию
 - в) уменьшает содержание калия
 - г) токсическое действие более выражено при гиперкальциемии, чем при гипокальциемии
 - д) правильно б) и г)
860. На каждые 500 мл крови с целью "защиты от цитрата" необходимо ввести
- а) 1 г кальция
 - б) 2 г кальция
 - в) 3 г кальция
 - г) 4 г кальция
 - д) 5 г кальция
861. Недостаточная реакция на введение 2 л лактасола свидетельствует о том, что
- а) кровопотеря превышает 1 л
 - б) кровопотеря значительно меньше 1 л
 - в) требуется переливание донорской крови
 - г) не требуется переливания донорской крови
 - д) правильно а) и в)
862. Показаниями к переливанию плазмозаменителей являются
- а) гиперволемиа
 - б) нормоволемиа
 - в) гиповолемиа
 - г) уровень гематокрита 45-50%
 - д) высокий лейкоцитоз
863. Плазмозаменители вызывают все перечисленное, кроме
- а) повышения гидростатического давления
 - б) повышения онкотического давления
 - в) перемещения внеклеточной жидкости в сосудистое русло
 - г) повышения транспортной функции
 - д) тромбоцитопении разведения
864. Низкомолекулярные декстраны
- а) увеличивают опасность кровотечения
 - б) ухудшают микроциркуляцию
 - в) не увеличивают опасность кровотечения
 - г) улучшают микроциркуляцию
 - д) правильно в) и г)
865. Максимальная доза лактасола при внутривенном введении не должна превышать
- а) 1-2 л
 - б) 2-4 л
 - в) 5-6 л
 - г) 7-8 л

д) максимальный объем не определен

866. Возрастные особенности регенерации костной ткани обусловлены

- а) механизмом травмы
- б) состоянием белковой матрицы кости
- в) минерализацией кости
- г) всем перечисленным

867. Регенерация костной ткани наиболее продолжительна

- а) в раннем возрасте
- б) в юности
- в) в среднем возрасте
- г) в старческом возрасте

868. В течении раневого процесса целесообразно различать периоды

- а) сосудистых изменений и очищения раны от некротических тканей
- б) образования и созревания грануляционной ткани
- в) реорганизации рубца
- г) эпителизации
- д) верно все перечисленное

869. Участие гистамина в раневом процессе

заключается в нижеперечисленных действиях, исключая

- а) расширение просвета артериол, венул, капилляров
- б) сужение просвета артериол, венул, капилляров
- в) повышение проницаемости капилляров
- г) стимуляцию фагоцитоза
- д) укорочение времени кровотечения

870. Бактериальное обсеменение "чистых" операционных ран

оказывается наиболее высоким на этапе

- а) сразу после разреза кожи
- б) в наиболее травматический момент операции
- в) перед зашиванием раны
- г) при первой послеоперационной перевязке
- д) верно б) и в)

871. Острое гнойное воспаление ран

в основном определяют следующие возбудители, кроме

- а) золотистого стафилококка и стрептококка
- б) протей и неклостридиальных анаэробов
- в) протей и энтерококков
- г) синегнойной палочкой
- д) неклостридиальных анаэробов

872. Причинами возникновения гнойной инфекции травматических ран являются

- а) "уличная" микрофлора
- б) "госпитальная" микрофлора
- в) эндогенная микрофлора
- г) верно а) и в)
- д) верно б) и в)

873. Наиболее эффективными против синегнойной инфекции являются все дезинфицирующие средства, исключая
- а) борную кислоту
 - б) муравьиную кислоту
 - в) перманганат калия
 - г) дегмициды
 - д) антисептики, содержащие соединения четвертичного аммония
874. В ранней фазе воспаления раневого процесса ведущую роль играют
- а) макрофаги
 - б) тромбоциты и тучные клетки
 - в) нейтрофилы
 - г) фибробласты
 - д) верно а) и в)
875. Основными клетками, принимающими участие в очищении ран от тканевого детрита в фазу воспаления, являются
- а) макрофаги
 - б) тромбоциты и тучные клетки
 - в) нейтрофилы
 - г) фибробласты
 - д) верно в) и г)
876. К факторам, повреждающим локальную тканевую защиту в ранах и способствующим развитию инфекции, относят
- а) местную ишемию, наличие некротизированных тканей, гематом
 - б) хронические заболевания (соматические)
 - в) инородные тела
 - г) терапию иммуносупрессорами
 - д) все перечисленное
877. К факторам, определяющим успех метода активного вакуумного дренирования при абсцессах, затеках и т.п., относятся
- а) герметичность дренируемой полости
 - б) введение дренажа через контрапертуру со стороны здоровых тканей
 - в) эвакуация содержимого гнойной полости через небольшой разрез с последующим его ушиванием
 - г) введение лекарственных препаратов в полость с определенной экспозицией
 - д) все перечисленное
878. Применение ферментов в комплексном лечении ран способствует всему перечисленному, исключая
- а) агрегацию эритроцитов в зоне раны
 - б) повышение прочности послеоперационного рубца
 - в) сокращение фазы травматического воспаления
 - г) активизацию роста грануляционной ткани, синтеза кислых гликозаминогликанов, образование коллагеновых волокон
879. К средствам энзимотерапии относятся следующие вещества, применение которых целесообразно для лечения инфицированных ран, кроме
- а) трипсина, химиотрипсина, химиопсина
 - б) эластолитина

- в) протелина, гигролитина
- г) прасилола
- д) бализа

880. Ведущими симптомами раневого сепсиса являются

- а) тяжелая интоксикация
- б) гиповолемия, нарушение водно-электролитного баланса, ацидоз
- в) ухудшение микроциркуляции
- г) анемия, гипопроотеинемия
- д) все перечисленное

881. Заживление раны первичным натяжением обуславливается рядом условий, к которым относятся

- а) небольшая зона повреждения и плотное соприкосновение краев раны
- б) сохранение жизнеспособности краев раны
- в) отсутствие очагов некроза и гематомы
- г) асептичность раны (или уровень микробных тел ниже критического)
- д) все перечисленное

882. Хирургическая обработка в фазе регенерации

ставит перед хирургами следующие задачи

- а) удаление нежизнеспособных и измененных тканей
- б) снижение количества микробных тел в ране
- в) вскрытие затеков
- г) снижение интоксикации
- д) все перечисленное

883. Сроки активного дренирования гнойной раны составляют

- а) от 3 до 5 суток
- б) от 6 до 10 суток
- в) от 11 до 14 суток
- г) сроки определяются отдельной конкретной ситуацией
- д) верно б) и в)

884. К приемам введения дренажной трубки относятся

- а) трубку располагают точно на дне гнойной полости
- б) отводящий конец располагают в самом низком (в положении лежа) участке
- в) используют трубки диаметром от 5 до 20 мм
- г) вводят дренажи послойно при обширных ранениях
- д) все перечисленное

885. При наличии местного гнойного очага генерализованная инфекция проходит фазы

- а) гнойно-резорбтивную лихорадку
- б) начальную стадию сепсиса
- в) септицемию
- г) септикопиемию
- д) все перечисленное

886. Наиболее часто при сепсисе преобладают гнойные метастазы, локализующиеся

- а) в мягких тканях и костях
- б) в легких, сердце и почках
- в) в печени и селезенке

- г) верно а) и в)
- д) верно а) и б)

887. При возникновении воспаления с серозно-гнойным отделяемым в области швов рекомендуется

- а) антибактериальная терапия
- б) снятие швов и промывание раны
- в) повторная хирургическая обработка раны с наложением вторичных швов
- г) правильно а) и б)
- д) все правильно

888. Критический уровень содержания микробных тел на 1 г ткани раны при генерализованной инфекции составляет

- а) 10^2
- б) 10^3
- в) 10^4
- г) 10^5
- д) 10^6

889. Ко вторичным гнойным воспалениям при первичном ожоге (инфицированной ране, карбункуле, абсцессе, флегмоне) относятся

- а) лимфаденит
- б) флебит
- в) тромбофлебит
- г) артрит

890. Истощенному раненому, имеющему пониженную температуру и незаживающую рану с обширной поверхностью и гнойным отделяемым, следует поставить диагноз

- а) раневого истощения
- б) сепсиса
- в) септицемии
- г) пиемии
- д) септикопиемии

891. В классификации клинического течения хирургического сепсиса выделяют все перечисленные формы, кроме

- а) молниеносной
- б) острой
- в) подострой
- г) рецидивирующей
- д) хронической

892. Клиническая картина гнилостной инфекции представлена всеми перечисленными симптомами, за исключением

- а) зловонного гнойного расплавления тканей с пузырьками газа
- б) общей интоксикации, высокой температуры
- в) ясного сознания, субфебрильной температуры
- г) беспокойства
- д) при разрезе в ране здоровые снабжаемые кровью мышцы

893. Тромбоэмболия легочной артерии после травмы обычно возникает через

- а) 3-7 дней
- б) 8-12 дней
- в) 13-21 дней
- г) 22-28 дней
- д) 30-36 дней

894. При попадании воздуха в кровеносную систему смертельные осложнения наступают при попадании

- а) 3-5 мл
- б) 10-20 мл
- в) 50-100 мл
- г) 100-140 мл
- д) 150-250 мл

895. Жировая эмболия обычно возникает после травмы через

- а) 1 сутки
- б) 2 суток
- в) 3 суток
- г) 6 суток
- д) 12 суток

896. Клиническими признаками нежизнеспособности тканей при первичной хирургической обработке будут все перечисленные, исключая

- а) изменение окраски
- б) отсутствие кровотечения
- в) отсутствие эластичности
- г) нарушение сократимости
- д) запах, повышенную кровоточивость при ранении

897. Наложение кровоостанавливающего жгута при кровоточащих ранах требует выполнения всех перечисленных манипуляций, исключая

- а) жгут накладывается как можно ближе к ране, проксимальнее ее
- б) жгут накладывается у корня конечности на мягкую подкладку
- в) жгут накладывается и затягивается до исчезновения периферического пульса и прекращения кровотечения
- г) жгут можно накладывать на одежду и на мягкую подкладку
- д) к жгуту обязательно прикладывается бирка с указанием времени наложения в минутах

898. Правильное наложение кровоостанавливающего жгута характеризуется следующим условием

- а) жгут наложен как можно туже на конечности
- б) жгут наложен с силой, вызывающей онемение в дистальном отделе конечности
- в) жгут наложен так туго, как только остановится кровотечение
- г) жгут наложен так, что из раны слегка сочится кровь
- д) жгут накладывается до передавливания мышц конечности

899. К понятию хирургической обработки раны относится

- а) смазывание краев раны йодом, наложение повязки, введение внутримышечно антибиотиков
- б) промывание раны, введение в мягкие ткани антибиотиков
- в) удаление из раны инородных тел, обработка раны антисептиками,

- дренирование раны
г) рассечение и иссечение раны, удаление сгустков крови, дренирование раны, восстановительная операция
900. К отсроченной хирургической обработке относится обработка, произведенная после травмы через
- а) 12-18 ч
 - б) 24-48 ч
 - в) 49-72 ч
 - г) 73-96 ч
 - д) 97-120 ч
901. Показаниями к первичной хирургической обработке являются все нижеперечисленные, кроме
- а) наличия точечной раны с венозным кровотечением
 - б) небольшой раны с ровными краями без кровотечения
 - в) наличия у пострадавшего более тяжелого повреждения, опасного для жизни (внутреннее кровотечение, разрыв внутреннего органа)
 - г) сильно загрязненной и размятой раны
 - д) состояния травматического шока III-IV степени
902. Вторичной хирургической обработкой раны называется
- а) хирургическая обработка, сделанная позднее одной недели после повреждения
 - б) хирургическая обработка, сделанная при неудовлетворительном результате первичной хирургической обработки
 - в) наложение вторичных швов на рану после первичной хирургической обработки, сделанной 1-3 дня назад
 - г) пластическое закрытие кожного дефекта после хирургической обработки
 - д) обработка, сделанная впервые по прошествии одного месяца после травмы
903. Под вторичным заживлением раны не следует понимать заживление
- а) вторичным натяжением
 - б) через нагноение
 - в) через грануляции
 - г) через отторжение погибших тканей
 - д) после вторичной хирургической обработки
904. Первично-отсроченным швом является
- а) шов на рану, подвергшейся хирургической обработке через одну неделю после повреждения
 - б) шов, наложенный на рану, подвергнувшейся обработке через один месяц после повреждения
 - в) шов, накладываемый на рану в течение первых 5-6 дней после ранения на предварительно обработанную рану до появления грануляций
 - г) шов, наложенный на гранулирующую рану с подвижными нефиксированными краями, без наличия рубцов
 - д) шов, наложенный на гранулирующую рану с развитой рубцовой тканью после иссечения кожных краев и дна раны
905. Поздним вторичным швом называется шов, наложенный
- а) в течение первой недели после первичной хирургической обработки до появления грануляций

- б) на гранулирующую рану с подвижными краями без наличия рубцов
- в) на гранулирующую рану с развитием рубцовой ткани после иссечения краев и дна раны
- г) на раны через один месяц после травмы
- д) на рану на 2-3 суток после первичной хирургической обработки

906. К категории аутопластических видов восстановительной хирургии относятся все перечисленные, кроме

- а) свободная кожная пластика расщепленным аутолооскутом
- б) свободная кожная пластика погнотойным кожным аутолооскутом
- в) аутопластика фиблатовским стеблем
- г) пластика передвигной кожным аутолооскутом
- д) замещение дефекта кожи лиофилизированным кожным аллотрансплантатом

907. Токсин возбудителя столбняка вызывает специфическое поражение

- а) передних рогов спинного мозга
- б) задних рогов спинного мозга
- в) центральных и боковых отделов спинного мозга
- г) правильно б) и в)
- д) все ответы правильны

908. Споры столбнячной палочки при кипячении или сухом нагревании до 150°C погибают

- а) через 10-20 мин
- б) через 21-30 мин
- в) через 31-40 мин
- г) через 41-50 мин
- д) более 60 мин

909. Инкубационный период при столбняке обычно равен

- а) 1-2 дня
- б) 3-5 дней
- в) 7-14 дней
- г) 10-21 день
- д) 24-30 дней

910. Подострая форма столбняка характеризуется

- а) медленным нарастанием симптомов
- б) умеренным нарастанием симптомов
- в) выздоровлением большинства больных в течение 20-30 дней
- г) правильно а) и б)
- д) всем перечисленным

911. Для хронической формы столбняка типично все перечисленное, кроме

- а) медленного развития напряжения мышц
- б) отсутствия клонических судорог
- в) нормальной или субфебрильной температуры тела
- г) летальный исход имеет место в 17-19% случаев
- д) болезнь тянется несколько недель или месяцев

912. Местный столбняк проявляется

- а) неприятными ощущениями и тянущей болью в области раны
- б) подергиванием и повышением тонуса мышц в области раны

- в) клоническими судорогами скелетных мышц
 - г) правильно а) и б)
 - д) всем перечисленным
913. В ранних фазах развития столбняка следует проводить дифференциальный диагноз
- а) с менингитом
 - б) с отравлением стрихнином
 - в) с бешенством
 - г) правильно а) и б)
 - д) со всем перечисленным
914. Лечение столбняка в первые 2-3 дня осуществляется применением перечисленных лекарственных препаратов, исключая
- а) противостолбнячную сыворотку внутримышечно и эндолюмбально
 - б) лидазу и кислород эндолюмбально
 - в) миорелаксанты внутривенно
 - г) противостолбнячный g-глобулин внутримышечно
 - д) нейроплегические препараты внутримышечно и внутривенно
915. При анаэробной газовой инфекции в патологический процесс вовлекаются
- а) только мышцы
 - б) преимущественно подкожная жировая клетчатка и кожа
 - в) только соединительная ткань
 - г) все виды мягких тканей
 - д) верно а) и в)
916. Определяющими факторами возникновения инфекции являются все перечисленные, исключая
- а) состояние реактивности организма больного
 - б) степень местных нарушений в ране
 - в) состояние кровообращения
 - г) массивное повреждение костей
 - д) наличие дефекта покровных тканей
917. Клостридии - возбудители анаэробной инфекции вырабатывают
- а) экзотоксин
 - б) эндотоксин
 - в) экзотоксин и эндотоксин
 - г) не вырабатывает токсина
918. К клиническим проявлениям анаэробной инфекции относится все перечисленное, исключая
- а) боль в ране
 - б) отек, газообразование
 - в) токсикоз
 - г) анестезию в области раны, гипертермию
 - д) субфебрилитет
919. Инкубационный период при анаэробной газовой инфекции составляет
- а) от 1 до 12 ч
 - б) от 12 до 24 ч
 - в) от 24 до 48 ч

- г) от 3 до 4 суток
- д) свыше 5 суток

920. К оперативным вмешательствам при газовой анаэробной инфекции относятся все перечисленные, исключая

- а) широкое рассечение пораженных тканей
- б) иссечение пораженных тканей, в первую очередь мышц
- в) ампутацию
- г) пункционное дренирование раны
- д) верно а) и в)

921. Перевязку сосудов при дистальной операции по поводу газовой анаэробной инфекции необходимо делать

- а) проксимальнее из дополнительного резерва
- б) на протяжении, но в ране
- в) в области культи
- в) все перечисленное
- д) правильно а) и б)

922. Перевязку сосудов при проксимальной ампутации по поводу газовой анаэробной инфекции следует делать

- а) из дополнительного разреза проксимальнее
- б) в ране, на протяжении
- в) в области культи
- г) все перечисленное
- д) правильно б) и в)

923. Профилактической дозой антигангренозной сыворотки является

- а) по 5 000 МЕ против каждого из трех возбудителей
- б) по 10 000 МЕ против каждого из трех возбудителей
- в) 10 000 МЕ против возбудителя "перфригенс"
- г) 30 000 МЕ против всех возбудителей (поливакцина)
- д) правильно б) и г)

924. Лечебной дозой антигангренозной сыворотки является

- а) по 10 000 МЕ против каждого из возбудителей
- б) по 15 000 МЕ против каждого из возбудителей
- в) по 20 000 МЕ против каждого из возбудителей
- г) по 50 000 МЕ против каждого из возбудителей
- д) по 100 000 МЕ против каждого из возбудителей

925. Применение ГБО при газовой анаэробной инфекции способствует

- а) действию антибиотиков
- б) стимуляции фагоцитоза
- в) оказанию антитоксического действия
- г) оказанию общенормализующего действия
- д) правильно а) и б)

926. К комплексу профилактических мероприятий при открытых повреждениях против газовой анаэробной инфекции относятся все перечисленные, кроме

- а) противошоковых мероприятий
- б) ранней первичной хирургической обработки (ПХО)

- в) иммобилизации поврежденного сегмента
- г) антибактериального лечения
- д) обкалывания сегмента антибиотиками

927. При лечении столбняка

противостолбнячная сыворотка вводится эндолюмбально в дозе

- а) 25 000-30 000 АЕ
- б) 35 000-45 000 АЕ
- в) 50 000-100 000 АЕ
- г) 120 000-150 000 АЕ
- д) 160 000-200 000 АЕ

928. Бешенство характеризуется развитием патологических изменений головного мозга в виде

- а) менингита
- б) энцефалита
- в) базального арахноидита лобных долей
- г) вентрикулита III желудочка
- д) отека мета- и гипоталамуса

929. Инкубационный период при бешенстве чаще длится

- а) 5-6 дней
- б) 2-3 недели
- в) 1-3 месяца
- г) 4-5 месяцев
- д) более 5 месяцев

930. Смерть больного бешенством наступает после появления параличей через

- а) 5-7 ч
- б) 12-20 ч
- в) 24 ч
- г) 48 ч
- д) 96 ч

931. Общая длительность заболевания бешенством составляет

- а) 3-7 дней
- б) 8-10 дней
- в) 12-14 дней
- г) 21-28 дней
- д) 30-40 дней

932. Дифференциальная диагностика бешенства проводится

- а) с столбняком
- б) с истерией
- в) с поствакционным энцефалитом
- г) с энцефаломиелитом
- д) со всем перечисленным

933. Профилактика бешенства при укусах животными заключается в осуществлении

- а) промывания раны мыльной водой и раствором 3% H_2O_2
- б) хирургической обработки раны с иссечением краев ее с наложением швов
- в) антирабической прививки

- г) правильно а) и в)
- д) все перечисленное

934. Наиболее часто сдавление мягких тканей наблюдается

- а) при автомобильных авариях
- б) при падении с высоты
- в) при землетрясении
- г) при пожарах
- д) при подводных работах на глубине

935. Сдавление мягких тканей конечности возникает в результате

- а) удара тяжелым предметом
- б) давления тяжести по всей конечности
- в) длительного нахождения жгута на конечности (более 4 час.)
- г) правильно б) и в)
- д) все ответы правильны

936. В патогенезе сдавления мягких тканей ведущее значение имеет все перечисленное, кроме

- а) кровотечения
- б) интоксикации
- в) плазмопотери
- г) чрезмерного болевого раздражения
- д) спазма артериальных сосудов почек

937. Первопричиной патологических изменений в организме при сдавлении мягких тканей является

- а) гиперкалиемия
- б) плазмопотеря
- в) выброс в кровяное русло катехоламинов
- г) закупорка почечных петель миоглобином
- д) резкое повышение осмолярности (до 400 мосмоль/л) крови

938. При сдавлении мягких тканей в электролитном составе крови происходят нижеперечисленные изменения, исключая

- а) гиперфосфатемию
- б) гиперкалиемию
- в) гипернатриемию
- г) гиперкальциемию

939. В клиническом течении сдавления мягких тканей выделены периоды, кроме

- а) периода сдавления
- б) промежуточного периода
- в) периода почечных нарушений
- г) периода ранних осложнений
- д) периода поздних осложнений

940. Наиболее ярко и отчетливо клиническая картина сдавления мягких тканей наблюдается

- а) в момент сдавления
- б) сразу же после освобождения от сдавления
- в) через несколько часов после освобождения от сдавления

- г) через 2-3 суток после сдавления
д) все перечисленное неправильно
941. Для периода декомпенсации при сдавлении мягких тканей бедра характерно все перечисленное, кроме
а) гиперкалиемии
б) резкого снижения артериального давления
в) бледности кожных покровов
г) полиурии
д) шокоподобного состояния больного
942. Плазмопотеря после освобождения от сдавления нижней конечности обычно составляет
а) 0.5% от веса тела пострадавшего
б) 1.8% от веса тела пострадавшего
в) 3.3% от веса тела пострадавшего
г) 15.5% от веса тела пострадавшего
д) 20.3% от веса тела пострадавшего
943. После освобождения конечности от сдавления больному рекомендовано осуществить инфузию растворов, исключая
а) хлористый калий 10% - 30
б) реополиглюкин 400
в) глюкозо-калиево-инсулиновая смесь 500
г) раствор глюкозы 5% - 500
д) раствор новокаина 0.25% - 300
944. Клиническая картина сдавления мягких тканей находится в прямой зависимости
а) от возраста больного
б) от длительности сдавления
в) от атмосферных условий
г) от характера сдавливающего фактора
д) от пола больного
945. Тяжесть сдавления мягких тканей конечностей зависит от всего перечисленного, исключая
а) силу сдавления
б) площадь повреждения
в) длительность сдавления
г) температуру тела пострадавшего
д) локализацию (верхней или нижней конечности), массу мышечной ткани
946. После освобождения конечности от сдавления следует осуществить все нижеперечисленное, исключая
а) иммобилизацию конечности
б) наложение жгута на проксимальный конец конечности
в) новокаиновую блокаду конечности
г) новокаиновую паранефральную блокаду
д) введение обезболивающих и седативных средств
947. Лечение больных со сдавлением мягких тканей в первые сутки после освобождения конечности включает все перечисленное, кроме

- а) инфузии кровозаменителей
- б) гипотермии
- в) новокаиновых блокад
- г) введения сердечно-сосудистых средств
- д) введения гепарина

948. При исследовании крови в первые 2 дня после освобождения конечности от сдавления обнаруживается все перечисленное, кроме

- а) сгущения периферической крови
- б) увеличения процента гемоглобина
- в) лимфопении
- г) увеличения количества остаточного азота
- д) увеличения резервной щелочности крови

949. По своему течению сдавление мягких тканей подразделяется в зависимости от площади, силы и времени сдавления на все перечисленные формы, исключая

- а) легкие
- б) средние
- в) тяжелые
- г) очень тяжелые или разможнения

950. Для сдавления мягких тканей конечности характерно

- а) раздавленные мышцы разволокнены и пропитаны кровью и отечной жидкостью
- б) очаги некроза имеют вид полос или островков
- в) магистральные сосуды не повреждены и не тромбированы
- г) правильно а) и б)
- д) все ответы правильны

951. Для сдавления мягких тканей

характерны все перечисленные патологические изменения, исключая

- а) застойную печень
- б) полнокровие головного мозга
- в) насыщение миоглобином мышц
- г) точечные кровоизлияния плевры и отек легких
- д) перерождение мышцы сердца

952. При сдавлении мягких тканей в почках

имеют место следующие патологические изменения

- а) выраженные изменения в дистальных извитых канальцах
- б) выраженные изменения в восходящих петлях Генле
- в) забитость кровяными цилиндрами из миоглобина канальцев
- г) правильно б) и в)
- д) все ответы правильны

953. Период ранних осложнений при сдавлении мягких тканей наступает в первые

- а) 8-10 дней
- б) 12-15 дней
- в) 20-25 дней
- г) 30-45 дней
- д) 48-50 дней

954. В период поздних осложнений

отмечается развитие всех нижеперечисленных патологических состояний, исключая

- а) контрактуры
- б) невриты
- в) хроническую недостаточность почек
- г) гангрену конечности
- д) хроническую недостаточность печени

955. После освобождения конечности от сдавления больному рекомендовано осуществить инфузию всех перечисленных растворов, исключая

- а) хлористый кальций 10% - 30
- б) реополиглюкин 400
- в) глюкозо-калиево-инсулиновую смесь 500
- г) раствор глюкозы 5% - 500
- д) раствор новокаина 0.25% - 300

956. Возникновение торпидной фазы шока

согласно нейрорефлекторной теории развития травматического шока обусловлено

- а) возбуждением коры мозга
- б) возбуждением подкорки - продолговатого мозга
- в) торможением коры
- г) торможением подкорки - продолговатого мозга
- д) истощенностью приспособительных возможностей ретикулярной формации (сетчатой субстанции)

957. У молодого, ранее здорового человека,

находящегося в состоянии травматического шока I степени, артериальное давление будет

- а) 60/40 мм рт. ст.
- б) 70/60 мм рт. ст.
- в) 90/60 мм рт. ст.
- *г) 100/60 мм рт. ст.
- д) 110/70 мм рт. ст.

958. К первичному травматическому шоку относят шок

- а) впервые диагностируемый у пострадавшего
- б) возникший вслед за травмой
- в) возникший при механической травме
- г) диагностируемый при первом осмотре
- д) возникающий после первой помощи по поводу повреждения

959. К вторичному травматическому шоку относят шок

- а) диагностируемый у пострадавшего, если в анамнезе у него ранее был шок
- б) диагностируемый у пострадавшего при втором и последующих осмотрах
- в) который возник у пострадавшего через некоторое время после того, как он был выведен из шока и транспортирован в лечебное учреждение
- г) который возник у легко раненого при вторичном более тяжелом ранении
- д) возникающий у пострадавшего с радиоактивным микстом, когда всосались в кровь радиоактивные вещества

960. Травматический шок становится необратимым,

- если максимальное артериальное давление в 60 мм рт. ст. не удается поднять в течение
- а) 30 мин
 - б) 1 ч
 - в) 2 ч
 - г) 4 ч
 - д) 6 ч

961. Травматический шок при тяжелой черепно-мозговой травме возникает

- а) часто
- б) очень часто
- в) всегда
- г) редко
- д) очень редко

962. При травматическом шоке наблюдаются все перечисленные нарушения функции органов и обмена веществ, исключая

- а) уменьшение фильтрующей способности почек
- б) увеличение проницаемости клеточных мембран
- в) уменьшение синтеза белка
- г) уменьшение дезинтоксикационной функции
- д) улучшение работы калие-натриевого клеточного насоса

963. Диагноз травматического шока становится на основании всех перечисленных клинических и инструментальных исследований, исключая

- а) изменения показателей артериального давления
- б) четких изменений центрального венозного и спинального давления
- в) показателей пульса
- г) частоты дыхания
- д) изменения сознания

964. Вазоконстрикция при тяжелых формах травматического шока захватывает кровеносные системы внутренних органов

- а) иннервируемых солнечным сплетением (печень, селезенка, кишечник, поджелудочная железа, мышечная система)
- б) системы сердца
- в) системы головного мозга
- г) системы легких
- д) системы верхних и нижних конечностей

965. Конечная фаза травматического шока сопровождается

- а) расширением прекапиллярных сфинктеров при продолжающемся сужении посткапиллярных сфинктеров
- б) подъемом гидростатического капиллярного давления с выходом жидкости из капилляров в интерстиций, склеиванием эритроцитов и тромбоцитов и образованием микротромбов
- в) расстройством микроциркуляции
- г) всем перечисленным
- д) правильно а) и в)

966. Непосредственная причина угрозы жизни больного при травматическом шоке связана

- а) с расстройством микроциркуляции в результате молочно-кислого диатеза
- б) с артериальным кровотечением
- в) с множественными переломами длинных трубчатых костей
- г) с венозным кровотечением
- д) правильно а) и г)

967. Механизм травматического шока при множественных и сочетанных повреждениях с массивной травмой мягких тканей связан со всем перечисленным, кроме

- а) сердечно-сосудистой недостаточности
- б) расстройства насосной функции сердца
- в) абсолютным и относительным дефицитом объема циркулирующей крови
- г) симпатoadренергической реакции
- д) специфической вазомоции

968. Патологоанатомическая картина травматического шока представлена

- а) полнокровием мышц
- б) отеком головного мозга
- в) спазмом сосудов селезенки и кишечника
- г) правильно а) и в)
- д) все ответы правильны

969. При травматическом шоке имеют место все перечисленные патоморфологические изменения, кроме

- а) уменьшения объема циркулирующей крови
- б) скопления крови в мезентериальных сосудах, селезенке и печени
- в) скопления крови в капиллярах мышц
- г) скопления лимфы в протоках мышц
- д) повышения проницаемости мембран

970. Нарушения микроциркуляции при множественных и сочетанных повреждениях, осложненных шоком, характеризуются всем перечисленным, кроме

- а) увеличения капиллярной перфузии и гемодилюцией
- б) уменьшения капиллярной перфузии и вазодилуцией
- в) локальных нарушений обмена веществ с метаболическим ацидозом, повышением свертываемости крови
- г) агрегации клеток, выхода плазмы, стаза крови в капиллярах и образования тромбов в капиллярах
- д) ДВС

971. Проявления специфической вазомоции и нарушения микроциркуляции при травматическом шоке в начальной фазе характеризуются всем перечисленным, кроме

- а) пре- и посткапиллярной вазоконстрикции
- б) уменьшения капиллярной перфузии
- в) уменьшения капиллярного гидростатического давления
- г) компенсаторного перехода жидкости из интерстиции в капилляры
- д) правильно а) и б)

972. В клинической диагностике травматического шока ведущее значение имеют все приведенные факторы, кроме

- а) анализа повреждения
- б) характера травмы

- в) возраста, пола, наличия предшествующих травм и заболеваний
- г) времени года
- д) клинических данных - артериального давления, показателей пульса, дыхания, диуреза

973. Лечение травматического шока следует проводить, используя в комплексе

- а) трансфузию 0.25% раствора новокаина
- б) трансфузию кровезаменителей
- в) новокаиновые блокады мест переломов
- г) правильно б) и в)
- д) все правильно

974. При лечении травматического шока применение гипотермии

- а) не показано
- б) показано наряду с другими методами лечения
- в) показано в обязательном порядке
- г) показано в определенных периодах шока
- д) показано в конце лечения

975. При травматическом шоке IV степени полиглюкин и желатиноль

- а) улучшают микроциркуляцию
- б) не улучшают микроциркуляцию
- в) ухудшают микроциркуляцию
- г) влияния на сосудистую систему не оказывают

976. При травматическом шоке IV степени полиглюкин

- а) улучшает микроциркуляцию
- б) ухудшает микроциркуляцию
- в) изменений микроциркуляции не возникает
- г) улучшает реологические свойства крови, но вызывает небольшую агрегацию форменных элементов крови в венах конечностей
- д) улучшает реологические свойства крови, ее текучесть, вызывает дезагрегацию форменных элементов крови, улучшает системы микроциркуляции и транскапиллярный обмен

977. Интенсивное переливание кровезаменителей при АД, равном 60 мм рт. ст.

(критический уровень артериального давления) в количестве 500-1000 мл в первые 10-15 мин позволяет

- а) восполнить объем циркулирующей жидкости
- б) уменьшить дефицит ОЦК
- в) восполнить объем циркулирующей плазмы
- г) восполнить глобулярный остаток
- д) устранить интоксикацию

978. Пострадавшему, находящемуся в состоянии травматического шока III-IV степени, переливание крови и ее препаратов

- а) не показано
- б) абсолютно показано
- в) показано относительно
- г) можно обойтись трансфузией кровезаменителей
- д) зависит от случая

979. Внутривенное введение крови и ее заменителей имеет абсолютные показания при лечении
- а) травматического шока I-II степени
 - б) травматического шока III степени
 - в) травматического шока IV степени
 - г) коллапса во время оперативного пособия
 - д) правильно б) и в)
980. Операцию остеосинтеза закрытого перелома диафиза бедренной кости после выведения больного из состояния травматического шока рекомендуется производить
- а) сразу же после нормализации артериального давления и пульса
 - б) после нормализации диуреза
 - в) через 12 ч стабилизации гемодинамики
 - г) через несколько суток
981. При травматическом шоке I-III степени введенные 400-600 мл полиглюкина или желатиноля
- а) улучшают микроциркуляцию
 - б) не улучшают микроциркуляцию
 - в) ухудшают состояние микроциркуляции
 - г) изменений сосудистой системы не вызывают
 - д) вызывают спазм кровеносных сосудов желудка и кишечника
982. Трансфузия крови в условиях травматического шока тяжелой степени
- а) повышает артериальное давление в системе макроциркуляции
 - б) уменьшает гемоконцентрацию
 - в) ухудшает микроциркуляцию и транскапиллярный обмен
 - г) улучшает транскапиллярный обмен и микроциркуляцию
 - д) правильно а) и в)
983. К осложнениям при переливании крови больным, находящимся в условиях травматического шока тяжелых степеней, относится
- а) риск сенсibilизации
 - б) риск заражения СПИДом
 - в) гипокальциемия
 - г) иммунобиологический конфликт
 - д) все перечисленное
984. Принципы возмещения кровопотери при травматическом шоке основаны на
- а) знании реакции больного на кровопотерю и правильной оценке его состояния
 - б) умении определить кровопотерю (ее объем)
 - в) умении восполнить объем циркулирующей крови и объем плазмы
 - г) знании кислородтранспортной функции крови
 - д) всем перечисленном
985. С целью корректировки кислотно-щелочного состояния следует переливать 4% раствор бикарбоната натрия на каждые 500 мл крови в количестве
- а) 50 мл
 - б) 100 мл
 - в) 150 мл

- г) 200 мл
- д) 300 мл

986. В условиях замедленного кровотока кристаллоидные растворы

- а) обеспечивают приток жидкости в сосудистое русло, увеличивают гидростатическое давление, увеличивают текучесть крови, улучшают ее реологию, микроциркуляцию, обладают противоцидотическим действием
- б) нарушают работу калий-натриевого насоса, способствуют переходу солей из сосудистого русла в окружающие ткани, создают местную гидремию тканей, вызывают нарушения в системе микроциркуляции, ухудшают возврат крови к сердцу
- в) способствуют ацидозу, улучшая текучесть крови
- г) вызывают агрегацию форменных элементов крови, стаз крови в капиллярах
- д) способствуют развитию молочно-кислого диатеза и диссеминированного внутрисосудистого свертывания

987. Максимальная суточная доза полиглюкина при выведении больного из шока не должна превышать

- а) 1 л
- б) 2 л
- в) 3 л
- г) 4 л
- д) 5 л

988. В больших дозах, превышающих 2000 мл, полиглюкин

- а) обладает выраженным гемодинамическим действием
- б) улучшает систему микроциркуляции
- в) улучшает реологические свойства крови, текучесть крови
- г) повышает гидростатическое давление
- д) ухудшает работу системы микроциркуляции, вызывает агрегацию форменных элементов крови

989. Предварительное переливание полиглюкина в объеме 1-2 л в машине "скорой помощи"

- а) затрудняет определение групповой принадлежности крови
- б) улучшает определение групповой принадлежности крови
- в) существенного значения для определения групповой принадлежности крови не имеет
- г) у больных с большой кровопотерей значительно облегчает определение группы крови
- д) затрудняет определение только А(II) группы крови

990. К признакам начинающейся перегрузки кровообращения у больных с шоком при избыточном введении жидкостей относятся все перечисленные, кроме

- а) нарастания одышки
- б) крепитирующих хрипов в легких
- в) вздутия вен шеи
- г) увеличения ЦВД (больше 120 мм вод. ст.)
- д) уменьшения ЦВД (меньше 50 мм вод. ст.)

991. Для оценки состояния пострадавшего и прогнозирования течения травмы у старых больных и детей рекомендуется
- а) провести общеклиническое обследование органов и систем организма
 - б) определить резервные силы, компенсаторные и адаптационные возможности
 - в) определить степень инволютивных процессов старения
 - г) определить артериальное давление, пульс, частоту дыхания
 - д) все перечисленное
992. Применение пластики лоскутом на ножке, выкроенном вдали от раны (итальянская пластика), показано во всех случаях, кроме
- а) при обширных дефектах тканей, которые невозможно закрыть местными тканями
 - б) при дефектах тканей, включающих в себя не только кожу, но и подлежащие ткани
 - в) при дефектах, имеющих недостатки в кровоснабжении дна раны
 - г) при дефектах, включающих в себя не только кожу, но и крупные сосудистые и нервные стволы
 - д) при необходимости пересадки кожи с клетчаткой для обеспечения подвижности ее при функции
993. Важными условиями пересадки кожи на питающей ножке являются все перечисленные, кроме
- а) точного определения размера раны
 - б) что вершина выкраиваемого лоскута должна быть обращена в сторону, с которой будет производиться замещение раневого дефекта
 - в) что плоскость дефекта по отношению к лоскуту должна составлять не более 90° из-за возможного перекрута ножки
 - г) что основание выкраиваемого лоскута может превышать его длину не менее, чем в 4 раза
 - д) необходимости полного и точного соприкосновения раневого дефекта и лоскута
994. При пластике дефектов при помощи "острого" филатовского стебля необходимо учитывать все перечисленное, исключая
- а) топографию выкраиваемого лоскута и расположение питающей ножки
 - б) необходимость включения в лоскут подкожной клетчатки, а у худых больных и поверхностей фасции
 - в) необходимость точного учитывания расположения, топографии питающих сосудов донорского участка
 - г) строгое соблюдение соотношения длины и ширины лоскута в пределах 1:2
 - д) надежную фиксацию конечности
995. Реплантация не полностью отторгнутых кожных лоскутов не показана
- а) при скальпированных ранах головы
 - б) при скальпированных ранах лица
 - в) при небольших скальпированных ранах туловища и конечностей
 - г) при обширных скальпированных ранах конечностей
 - д) при значительных ранах конечностей при явно сохранившемся кровообращении в лоскуте
996. Использование филатовского (трубчатого) стебля относится
- а) к плоскостным видам пластики
 - б) к свободной пластике
 - в) к пластике расщепленным лоскутом

- г) к тоннельным видам пластики
- д) к объемной пластике

997. Филатовский стебель показан

- а) при поверхностных ранах
- б) при небольших плоскостных дефектах
- в) при значительных объемных дефектах
- г) при неглубоких ранах с мягкотканым, трофическим полноценным дном
- д) при значительных плоскостных дефектах

998. Преимуществами пластики стеблем Филатова является все перечисленное, кроме

- а) надежности закрытия глубоких объемных полостей
- б) возможности включения в пластический материал хрящевой, костной, мышечной и других тканей
- в) возможности закрытия дефектов любой локализации
- г) улучшения трофики окружающей дефект ткани
- д) быстром закрытии дефекта

999. К недостаткам пластики стеблем Филатова относится все перечисленное, кроме

- а) многоэтапности
- б) возможности закрытия объемных дефектов с нарушенной трофикой
- в) опасности осложнения и болезней стебля
- г) вынужденного длительного положения больного
- д) длительности лечения

1000. При выполнении пластики по методу Тычинкиной

- а) свободный кожный трансплантат консервируется глубоким охлаждением
- б) консервируется в различных питательных средах
- в) консервируется лиофилизацией
- г) свободным кожным трансплантатом закрывается донорский дефект и его укрывают отсепарованным кожным лоскутом, приготовленным для пластики
- д) приготовленный кожный лоскут на питающей ножке частично подшивают к донорскому дефекту, оставляя свободным верхушку его

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТАМ

1 - г	11 - в	21 - в	31 - д	41 - г	51 - а	61 - в	71 - в	81 - а	91 - а
2 - г	12 - б	22 - ф	32 - г	42 - в	52 - а	62 - а	72 - 1	82 - г	92 - б
3 - а	13 - в, г	23 - а	33 - в	43 - б	53 - б	63 - б	73 - 2	83 - в	93 - в
4 - в	14 - б	24 - б	34 - а	44 - г	54 - г	64 - б	74 - 2	84 - б	94 - б
5 - б	15 - д	25 - в	35 - б	45 - г	55 - д	65 - д	75 - 3	85 - а	95 - б
6 - г	16 - б	26 - а	36 - а	46 - д	56 - д	66 - г	76 - в	86 - б	96 - в
7 - а	17 - в	27 - г	37 - г	47 - д	57 - а	67 - б	77 - в	87 - в	97 - б
8 - а	18 - а	28 - б	38 - а	48 - а	58 - в	68 - б	78 - д	88 - а	98 - б
9 - а	19 - в	29 - б	39 - в	49 - в	59 - г	69 - б	79 - а	89 - в	99 - а
10 - а	20 - в	30 - б	40 - д	50 - в	60 - б	70 - в	80 - б	90 - а	100 - б

101 - б	111 - в	121 - г	131 - г	141 - а	151 - а	161 - в	171 - в	181 - в	191 - б
102 - а	112 - а	122 - в	132 - а	142 - б	152 - а	162 - а	172 - г	182 - а	192 - в

103 - б	113 - а	123 - г	133 - б	143 - а	153 - в	163 - б	173 - б	183 - а	193 - в
104 - в,г	114 - б	124 - г	134 - д	144 - б	154 - г	164 - б	174 - а	184 - б	194 - б
105 - а	115 - в	125 - в	135 - а	145 - в	155 - д	165 - д	175 - г	185 - а	195 - б
106 - в,г	116 - в	126 - г	136 - а	146 - д	156 - д	166 - б	176 - в	186 - а	196 - б
107 - г	117 - в	127 - д	137 - в	147 - в	157 - а	167 - г	177 - в	187 - а	197 - в
108 - а	118 - а	128 - б	138 - д	148 - б	158 - в	168 - д	178 - в	188 - б	198 - а
109 - а	119 - а	129 - в	139 - в	149 - в	159 - г	169 - д	179 - а	189 - в	199 - в
110 - б	120 - б	130 - д	140 - а	150 - в	160 - б	170 - б	180 - б	190 - в	200 - в

201 - а	211 - а	221 - б	231 - б	241 - г	251 - в	261 - а	271 - г	281 - а	291 - а
202 - д	212 - б	222 - в	232 - в	242 - в	252 - в	262 - б	272 - б	282 - в	292 - б
203 - в	213 - г	223 - в	233 - г	243 - в	253 - а	263 - б	273 - б	283 - г	293 - д
204 - а	214 - а	224 - в	234 - б	244 - г	254 - б	264 - в	274 - г	284 - а	294 - а
205-б, в	215 - а	225 - а	235 - а	245 - б	255 - а	265 - в	275 - б	285 - б	295 - а
206 - а	216 - г	226 - д	236 - в	246 - г	256 - а	266 - а	276 - г	286 - д	296 - б
207 - б	217 - б	227 - а	237 - в	247 - г	257 - в	267 - г	277 - в	287 - г	297 - г
208 - г	218 - б	228 - а	238 - г	248 - д	258 - г	268 - б	278 - в	288 - б	298 - г
209 - а	219 - б	229 - б	239 - б	249 - б	259 - а	269 - г	279 - в	289 - г	299 - г
210 - г	220 - а	230 - в	240 - в	250 - б	260 - а	270 - г	280 - а	290 - б	300 - д

301 - а	311 - г	321 - б	331 - д	341 - в	351 - г	361 - д	371 - а	381 - б	391 - д
302 - в	312 - д	322 - а	332 - в	342 - а	352 - г	362 - г	372 - д	382 - а	392 - д
303 - в	313 - г	323 - г	333 - б	343 - в	353 - г	363 - в	373 - б	383 - в	393 - г
304 - в	314 - в	324 - д	334 - г	344 - д	354 - в	364 - в	374 - г	384 - в	394 - г
305 - а	315 - в	325 - д	335 - г	345 - а	355 - б	365 - а	375 - б	385 - а	395 - в
306 - д	316 - в	326 - г	336 - в	346 - в	356 - б	366 - г	376 - а	386 - а,б,г,д	396 - в
307 - д	317 - б	327 - д	337 - б	347 - в	357 - б	367 - а	377 - а	387 - д	397 - в
308 - в	318 - д	328 - г	338 - в	348 - а	358 - в	368 - в	378 - б	388 - в	398 - г
309 - б	319 - б	329 - д	339 - г	349 - б	359 - а	369 - в	379 - а	389 - а	399 - г
310 - а	320 - д	330 - в	340 - а	350 - б	360 - в	370 - в	380 - а	390 - а,б	400 - б

401 - г	411 - а	421 - б	431 - г	441 - д	451 - в	461 - д	471 - г	481 - в	491 - б
402 - а	412 - г	422 - в	432 - а	442 - б	452 - д	462 - в	472 - д	482 - г	492 - г
403 - г	413 - в	423 - в	433 - в	443 - а	453 - г	463 - в	473 - г	483 - в	493 - г
404 - д	414 - г	424 - г	434 - в	444 - г	454 - д	464 - д	474 - г	484 - в	494 - в
405 - д	415 - г	425 - б	435 - в	445 - д	455 - д	465 - г	475 - г	485 - г	495 - г
406 - б	416 - в	426 - а	436 - б	446 - д	456 - д	466 - д	476 - г	486 - б	496 - б
407 - г	417 - г	427 - б	437 - д	447 - г	457 - г	467 - в	477 - г	487 - г	497 - в
408 - г	418 - д	428 - а	438 - г	448 - д	458 - д	468 - д	478 - д	488 - б	498 - б
409 - в	419 - б	429 - г	439 - а	449 - г	459 - г	469 - в	479 - д	489 - д	499 - в
410 - а	420 - б	430 - д	440 - б	450 - г	460 - д	470 - г	480 - д	490 - в	500 - д

501 - в	511-д	521-д	531-б	541-г	551-а	561-г	571-в	581-д	591-г
502 - в	512-д	522-б	532-а	542-д	552-а	562-а	572-а	582-б	592-б
503 - б	513-а	523-г	533-а	543-д	553-б	563-в	573-а	583-д	593-в
504 - г	514-в	524-а	534-а	544-а	554-а	564-б	574-б	584-д	594-г

505 - б	515-д	525-г	535-д	545-г	555-б	565-г	575-г	585-а	595-в
506 - г	516-д	526-г	536-д	546-б	556-б	566-г	576-г	586-г	596-б
507 - а	517-д	527-в	537-д	547-д	557-г	567-г	577-г	587-г	597-а
508 - а	518-г	528-д	538-в	548-б	558-в	568-г	578-а	588-а	598-в
509 - а	519-в	529-в	539-в	549-в	559-в	569-г	579-а	589-а	599-в
510 - г	520-г	530-б	540-д	550-в	560-б	570-д	580-г	590-б	600-в

601-а	611-а	621-г	631-г	641-в	651-б	661-б	671-д	681-б	691-г
602-д	612-а	622-а	632-б	642-б	652-б	662-а	672-г	682-а	692-д
603-в	613-б	623-г	633-б	643-в	653-а	663-д	673-в	683-в	693-а
604-в	614-а	624-в	634-а	644-а	654-а	664-д	674-б	684-д	694-г
605-д	615-а	625-а	635-д	645-б	655-б	665-г	675-в	685-а	695-а
606-д	616-г	626-д	636-а	646-в	656-а	666-в	676-д	686-д	696-б
607-а	617-а	627-д	637-в	647-а	657-б	667-д	677-в	687-б	697-а
608-б	618-б	628-а	638-б	648-б	658-в	668-г	678-а	688-д	698-в
609-б	619-в	629-в	639-б	649-б	659-б	669-в	679-а	689-д	699-б
610-б	620-в	630-д	640-в	650-б	660-г	670-д	680-б	690-в	700-б

701-а	711-а	721-а	731-г	741-г	751-в	761-д	771-д	781-в	791-а
702-в	712-г	722-б	732-г	742-д	752-г	762-д	772-в	782-д	792-г
703-а	713-д	723-д	733-в	743-д	753-г	763-в	773-б	783-в	793-в
704-в	714-г	724-б	734-д	744-в	754-д	764-г	774-г	784-в	794-в
705-б	715-а	725-а	735-г	745-в	755-г	765-в	775-г	785-б	795-д
706-г	716-в	726-г	736-д	746-д	756-г	766-в	776-в	786-г	796-в
707-г	717-в	727-д	737-д	747-г	757-г	767-г	777-г	787-б	797-б
708-в	718-в	728-д	738-д	748-д	758-г	768-б	778-б	788-г	798-г
709-д	719-б	729-г	739-г	749-в	759-г	769-г	779-в	789-а	799-д
710-б	720-г	730-д	740-д	750-д	760-д	770-б	780-б	790-а	800-в

801-г	811-д	821-д	831-д	841-д	851-а	861-д	871-а	881-д	891-г
802-б	812-а	822-б	832-г	842-д	852-г	862-в	872-д	882-д	892-д
803-г	813-д	823-д	833-д	843-в	853-б	863-а	873-д	883-г	893-в
804-в	814-д	824-д	834-г	844-д	854-а	864-д	874-б	884-д	894-д
805-а	815-г	825-а	835-г	845-а	855-б	865-б	875-а	885-а	895-в
806-г	816-а	826-г	836-г	846-а	856-а	866-б	876-д	886-д	896-д
807-б	817-д	827-д	837-д	847-д	857-а	867-г	877-а	887-д	897-б
808-в	818-д	828-д	838-д	848-г	858-д	868-д	878-а	888-г	898-в
809-в	819-б	829-г	839-д	849-б	859-д	869-б	879-г	889-а	899-г
810-а	820-г	830-в	840-д	850-д	860-а	870-г	880-д	890-а	900-б

901-д	911-б	921-в	931-а	941-г	951-в	961-г	971-д	981-а	991-д
902-б	912-г	922-а	932-д	942-а	952-д	962-а	972-г	982-д	991-а
903-д	913-д	923-д	933-г	943-а	953-г	963-б	973-в	983-д	993-г
904-в	914-б	924-д	934-в	944-б	954-г	964-а	974-а	984-д	994-в
905-в	915-г	925-д	935-б	945-г	955-в	965-а	975-в	985-а	995-г

906-д	916-д	926-д	936-а	946-б	956-д	966-а	976-д	986-а	996-д
907-д	917-а	927-в	937-а	947-б	957-г	967-а	977-а	987-б	997-в
908-д	918-г	928-б	938-г	948-д	958-б	968-г	978-б	988-в	998-д
909-в	919-г	929-в	939-б	949-в	959-в	969-б	979-в	989-а	999-б
910-д	920-г	930-б	840-д	950-д	960-д	970-а	980-г	990-д	1000-г

3.2 Вопросы собеседования

1. Вывихи плеча. Классификация. Клиника и диагностика. Консервативное лечение (методы вправления).
2. Привычный вывих плеча. Этиология, патогенез. Клиника и диагностика. Методы оперативного лечения.
3. Вывихи ключицы. Классификация, механизм повреждения. Диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения.
4. Повреждения сухожилий сгибателей пальцев кисти. Виды повреждений. Диагностика. Особенности лечения (сухожильный шов, пластика сухожилия).
5. Подкожные разрывы сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча. Механизм травмы, клиника, диагностика, лечение.
6. Переломы лопатки. Классификация. Механизм травмы. Диагностика. Методы лечения.
7. Переломы ключицы. Клиника и диагностика. Консервативное и оперативное лечение переломов ключицы.
8. Переломы хирургической шейки плеча. Клиника и диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
9. Переломы диафиза плечевой кости. Клиника, диагностика. Консервативное лечение. Показание к оперативному лечению.
10. Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости. Клиника и диагностика. Лечение.
11. Перелом локтевого отростка. Механизм травмы. Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции. Техника остеосинтеза.
12. Переломы головки и шейки лучевой кости. Механизм повреждения. Диагностика и лечение. Показания к операции.
13. Диафизарные переломы костей предплечья. Клиника, диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
14. Переломовывихи костей предплечья. Повреждения Монтеджа и Галеацци, механизм травмы. Клиника и диагностика. Лечение.
15. Переломы лучевой кости в типичном месте. Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции. Осложнения.
16. Перелом ладьевидной кости кисти. Механизм травмы. Диагностика. Особенности лечения (консервативное, оперативное).
17. Местная анестезия при лечении переломов (проводниковая, фулярная, новокаиновая блокады). Показания к общему обезболиванию при лечении переломов.
18. Металлоостеосинтез и его разновидности. Современные виды металлоостеосинтеза: остеосинтез с «блокированием», пластинами с «угловой стабильностью», пластинами с «ограниченным контактом» и др. Показания и противопоказания
19. Классификация повреждений грудной клетки.
20. Закрытые повреждения грудной клетки: ушибы, изолированные, множественные переломы рёбер. Клиника, диагностика, лечение.
21. Принципы лечения «окончатых» переломов рёбер.
22. Закрытый, клапанный пневмоторакс при переломах ребер: диагностика, принципы лечения.
23. Гемоторакс: диагностика, лечение.
24. Переломы грудины: клиника, диагностика, лечение.

25. Критерии определения трудоспособности при травмах, последствиях травм. Порядок направления на ВТЭК.
26. Травматический вывих бедра, клиника, диагностика и лечение.
27. Переломы шейки бедра у детей, особенности регенерации, осложнения.
28. Переломы диафиза бедра у детей, методы лечения.
29. Переломы мыщелков бедра и большеберцовой кости, диагностика, лечение, показания к хирургическому лечению.
30. Переломы лодыжек, классификация, механизм травмы, диагностика, лечение.
31. Перелом пяточной кости, классификация, выбор метода лечения, осложнения.
32. Особенности повреждения таза. Механизм повреждения. Клиника, диагностика, консервативное лечение, показания к оперативному лечению.
33. Осложненные переломы таза (повреждение мочевого пузыря, уретры, прямой кишки) и их лечение.
34. Повреждение позвоночника у детей и их классификация, механизм травмы, диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
35. Нестабильные повреждения позвоночника в шейном и грудно-поясничном отделе.
36. Повреждения костей таза. Классификация. Консервативное лечение.
37. Особенности диагностики и лечения ацетабулярных переломов. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении. Особенности диагностики и лечения у детей.
38. Клинические и технические аспекты хирургического лечения переломов шейки бедра и их последствий.
39. Диафизарные переломы бедра. Ошибки и осложнения в лечении.
40. Закрытые повреждения коленного сустава: внутрисуставные переломы. Особенности диагностики и лечения у детей.
41. Диафизарные переломы костей голени. Ошибки и осложнения в лечении.
42. Переломы лодыжек. Повреждения Потта, Десто, Дюпюитрена. Типичные затруднения в диагностике и лечении.
43. Вывихи бедра. Классификация. Осложнения.
43. Перелом крыши вертлужной впадины.
44. Травматический неврит седалищного нерва. Повреждения сосудисто-нервного пучка при передних вывихах бедра.
45. Переломовывихи бедра. Вывихи в сочетании с переломом головки, шейки и диафиза бедра.
46. Переломы проксимального конца бедренной кости. Диагностика, лечение.
47. Переломы диафиза бедра. Классификация, диагностика, лечение.
48. Переломы дистального отдела бедренной кости. Диагностика, лечение.
49. Повреждения коленного сустава. Ушиб и гемартроз коленного сустава, травматический синовит.
50. Повреждения менисков и связочного аппарата. Подкожный разрыв сухожилия четырехглавой мышцы бедра.
51. Вывихи голени. Осложнения, вправление, иммобилизация.
52. Перелом и вывих надколенника. Оперативное лечение привычного вывиха надколенника.
53. Диафизарные переломы костей голени. Методы лечения.
54. Повреждение связок голеностопного сустава.
55. Эпифизиолиты дистального конца голени у детей. Консервативное и оперативное лечение переломов лодыжек.
56. Переломы таранной и пяточной костей. Клиника, диагностика, лечение.
57. Переломы плюсневых костей. диагностика, лечение.
58. Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника. 36. Классификация переломов таза. Диагностика, лечение.
59. Критерии определения трудоспособности при травмах, последствиях травм. Порядок направления на ВТЭК.

60. «Политравма». Клинические особенности политравмы. Особенности данной травматической патологии у пострадавших детского возраста.
61. «Множественные» повреждения. Клинические особенности множественных повреждений. Тактика лечения. Особенности данной травматической патологии у пострадавших детского возраста.
62. «Сочетанные» повреждения. Клинические особенности сочетанных повреждений. Тактика лечения. Особенности данной травматической патологии у пострадавших детского возраста.
63. «Комбинированные» повреждения. Клинические особенности комбинированных повреждений. Тактика лечения. Особенности данной травматической патологии у пострадавших детского возраста.
64. Синдром взаимного отягощения, несовместимость терапии. Тактика и методы лечения.
65. Синдром длительного сдавления: патогенез, лечение.
66. Синдром позиционного сдавления: патогенез, лечение.
67. Травматический шок, массивная кровопотеря: классификация, патогенез, лечение.
68. Опухоли костей: патогенетические механизмы образования, классификация.
69. Пограничные опухолевидные процессы: костно-хрящевые экзостозы, хондроматоз костей, фиброзная дисплазия, болезнь Педжета, кортикальный метафизарный дефект, эозинофильная гранулема.
70. Первичные доброкачественные опухоли хрящевого и костного происхождения: хондрома, хондробластома, хондромиксоидная фиброма, остеобластокластома (гигантоклеточная опухоль), остеоидная остеома, остеома.
71. Первичные злокачественные опухоли хрящевого и костного происхождения: злокачественная хордома, хондросаркома, остеогенная саркома, злокачественная остеобластокластома, параоссальная саркома, фибросаркома, опухоль Юинга, ретикулосаркома.
72. Вторичные злокачественные опухоли: метастатические и прорастающие в кость из окружающих мягких тканей (синовиома). Принципы диагностики опухолей: клинические и рентгенологические методы, КТ, МРТ, гистология.
73. Современное лечение опухолей: хирургические методы, органосохраняющие операции, химио-, лучевая терапия.
74. Остеохондропатии. Определение понятия «остеохондропатия». Этиология, патогенез, течение остеохондропатий. Клинические и рентгенологические проявления, методы лечения остеохондропатий.
75. Остеодистрофии болезнь Парро Мари. Этиология. Патогенез. Формы хондродистрофии. Клиническая картина: ризомелический тип укорочения конечностей (проксимальные отделы – бедро, плечо). Варусные искривления конечностей, высокое стояние головки малоберцовой кости, череп брахоцефалического, гидроцефалического типов. Рентгенологическая картина хондродистрофии. Лечение, методы.
76. Социальная значимость дисплазий тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра. Этиология: экзогенные, эндогенные, генетические факторы. Патогенез дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра. Клинические симптомы дисплазии тазобедренного сустава и вывиха бедра у новорожденных и в первые месяцы жизни ребенка, рентгенологическая диагностика этого периода (схемы Хильгенрейнера, Пугги, Рейнберга).
77. Лечение дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных и детей первых месяцев жизни.
78. Клиническая и рентгенологическая диагностика дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра у детей старше 1 года. Консервативное и оперативное лечение.
79. Определение косолапости, Степени тяжести деформации: легкая форма, форма средней тяжести, тяжелая форма. Патологическая анатомия костей суставов, мышц и связок голеностопного сустава и стопы при врожденной косолапости. Консервативное лечение косолапости. Оперативное лечение косолапости.

80. Косоруко́сть, Диагностика. Лечение. Синдактилия. Виды. Особенности хирургического лечения в зависимости от вида синдактилии.
81. Вопросы профилактики врожденных деформаций. Значение ранней диагностики и раннего лечения врожденных деформаций.
82. Определение термина «осанка». Типы осанки. Дефекты осанки. Принципы диагностики, профилактики и лечения нарушений осанки.
83. Определение понятий «сколиоз» и «сколиотическая болезнь». Диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
84. Врожденная мышечная кривошея. Морфологические изменения кивательной мышцы шеи. Клинические симптомы врожденной мышечной кривошеи. Методы лечения – консервативное и оперативное.
85. Болезнь Кипеля-Фейля, болезнь Гризеля, шейные ребра. Врождённое высокое стояние лопатки. Принципы диагностики. Клиника, методы лечения.
86. Классификация церебральных параличей. Этиология и патогенез церебральных параличей. Ортопедические методы лечения детских церебральных параличей.
87. Клиническая характеристика вялых параличей, полиомиелит. Методы консервативного ортопедического лечения. Показания и принципы оперативного лечения. Основные типы операций при вялых параличах. Реабилитационные мероприятия.
88. Деформирующий артроз: определение, классификация (первичные и вторичные), этиология, патогенез Стадии заболевания. Рентгенологические признаки.
89. Коксартроз – анатомия тазобедренного сустава, биомеханика тазобедренного сустава, клинические, рентгенологические и морфологические проявления заболевания. Лечение: медикаментозная терапия; лечебная гимнастика и массаж; санаторно-курортное лечение; хирургическое лечение: операция Фосса-Брандеса, остеотомии, артродез, тотальное эндопротезирование.
90. Гонартроз – анатомия коленного сустава, клинические, рентгенологические и морфологические проявления заболевания. Лечение: медикаментозная терапия; лечебная гимнастика и массаж; санаторно-курортное лечение; хирургическое лечение
- Деформирующие артрозы верхних конечностей – особенности течения заболевания, лечение.
91. Медицинская и профессиональная реабилитация больных с деформирующими артрозами крупных суставов.
92. Определение, патогенез ревматоидного артрита. Поражение опорно-двигательной системы (суставов, сухожилий), висцеральные проявления. Клиническая картина и диагностика. Принципы комплексного лечения: медикаментозное; консервативное и оперативное ортопедическое лечение. Выбор методов ортопедического лечения в зависимости от стадии заболевания.
93. Определение и патогенез остеохондроза позвоночника. Биомеханика и физиология межпозвоночного сегмента. Стадии остеохондроза. Клиника, диагностика остеохондроза позвоночника различной локализации. Современные принципы консервативного и оперативного лечения. Показания к консервативным и оперативным методам лечения. Профилактика остеохондроза позвоночника.
94. Этиология, патогенез спондилеза и спондилоартроза. Клиника. Диагностика. Принципы лечения спондилеза и спондилоартроза в условиях поликлиники и стационара.
95. Профессиональная и социальная реабилитация больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника.
96. Болезнь Бехтерева. Патогенез и клиника. Принципы ортопедического лечения.
97. Этиология, патогенез, классификация приобретенных деформаций стоп. Статические деформации стоп. Классификация и патогенез развития продольного и поперечного плоскостопия и плосковальгусной стопы. Клиника и методы выявления статических деформаций стоп.

98. Отклонение большого пальца стопы кнаружи. Этиология и патогенез. Течение заболевания. Методы лечения. Молоткообразная деформация пальцев. Причины развития молоткообразных пальцев стоп. Клинические симптомы молоткообразных пальцев. Принципы лечения. Показания к консервативным и оперативным методам лечения.
99. Цели и задачи протезирования.
100. Показания и противопоказания к протезированию.
101. Виды протезов конечностей – косметические, активно-косметические.
102. Экспресс-протезирование. Подготовка больного к протезированию.
103. Наиболее распространенные болезни культи. Диагностика. Показания к консервативным и оперативным методам лечения болезней культи.
104. Принципы подготовки культи к протезированию.
105. Меры профилактики вторичных заболеваний культи.
106. Ортопедические аппараты. Их назначение, устройство. Показания к использованию ортопедических аппаратов.
107. Ортопедические корсеты: фиксирующие, корригирующие.
108. Типы фиксирующих корсетов, показания к их применению.
109. Виды корригирующих корсетов, их устройство, показания к применению.
110. Ортопедическая обувь. Показания к назначению ортопедической обуви. Особенности использования у детей.
111. Ортопедические приспособления при продольно-поперечном плоскостопии.
112. Порядок направления больных на протезно-ортопедические предприятия.

3.3. Алгоритмы практических навыков

1. Алгоритм блокады при переломах, вывихах, заболеваниях суставов и позвоночника, паранефральные.
2. Алгоритм пункции суставов, бурситов, гематом.
3. Алгоритм пункции и дренирования плевральной полости.
4. Алгоритм надлобковой пункции мочевого пузыря.
5. Алгоритм троакарной эпицистостомии.
6. Алгоритм вправления вывихов.
7. Алгоритм закрытой репозиции переломов и фиксации гипсовыми и другими повязками переломов кисти.
8. Алгоритм закрытой репозиции переломов и фиксации гипсовыми и другими повязками переломов предплечья.
9. Алгоритм закрытой репозиции переломов и фиксации гипсовыми и другими повязками переломов плеча.
10. Алгоритм закрытой репозиции переломов и фиксации гипсовыми и другими повязками переломов стопы.
11. Алгоритм закрытой репозиции переломов и фиксации гипсовыми и другими повязками переломов голени.
12. Алгоритм закрытой репозиция переломов и фиксации гипсовыми и другими повязками переломов бедра.
13. Алгоритм закрытой репозиция переломов и фиксации гипсовыми и другими повязками поврежденных таза и позвоночника.
14. Алгоритм наложения систем скелетного вытяжения для лечения переломов и вывихов голени и стопы.
15. Алгоритм наложения систем скелетного вытяжения для лечения переломов и вывихов бедра.
16. Алгоритм наложения систем скелетного вытяжения для лечения переломов и вывихов верхней конечности.

17. Алгоритм наложения систем скелетного вытяжения для лечения переломов и вывихов позвоночника.
18. Алгоритм переливания крови, её препаратов и кровезаменителей.
19. Алгоритм закрытого массажа сердца.
20. Алгоритм наложения транспортной иммобилизации.
20. Алгоритм ассистенции при хирургических вмешательствах у пациентов с острой травмой и ортопедическими заболеваниями.
21. Алгоритм ассистенции при артроскопических вмешательствах.

3.4. Ситуационные задачи

Задача № 1

Описание: больной, 36 лет, получил травму коленного сустава около 3 лет тому назад, по поводу которой лечился амбулаторно в течение 2 мес. В настоящее время беспокоит неустойчивость и умеренные боли в правом коленном суставе. Периодически что-то заклинивает и движения в суставе становятся невозможными. Это нарушение функции больной устраняет качательными и ротационными движениями голени. «Что-то щёлкает, и сустав начинает работать». Боли усиливаются во время спуска по лестнице (симптом В.В. Перельмана).

При осмотре отмечается атрофия мышц бедра, особенно внутренней широкой, и более чёткое напряжение портняжной мышцы в момент подъёма ноги (симптом В.Д. Чаклина). Движения в коленном суставе — в полном объёме. Отмечается положительный симптом «переднего выдвигающего ящика». Имеется выраженное патологическое отклонение голени кнаружи.

Если согнуть ногу в коленном суставе и надавливать в зоне суставной щели с внутренней стороны, то боли не бывает. Но если производить те же действия с одновременным разгибанием конечности — возникает боль (симптом Н.И. Байкова). Определяется также положительный симптом Е.В. Ковалева: при одновременной активной наружной ротации нижних конечностей возникает боль с внутренней стороны сустава в проекции суставной щели на стороне поражения.

Вопросы по задаче: Поставьте диагноз, определите тактику.

Ответ: «Разрыв передней крестообразной, внутренней боковой связок и внутреннего мениска правого коленного сустава (триада Турнера)». Больному необходимо оперативное лечение, которое заключается в удалении мениска и пластике разорванных связок.

Задача № 2

Описание: больной 55 лет упал, поскользнувшись на улице. После падения самостоятельно встал и прошел небольшое расстояние. Возникшая боль в области тазобедренного сустава при ходьбе заставила пациента обратиться в травматологический пункт. При осмотре область тазобедренного сустава без видимых изменений, укорочения конечности не выявляется. Владеет весом конечности, при поднимании ноги возникает незначительная боль в области тазобедренного сустава, умеренная болезненность при проверке пассивных движений, которые сохранены практически в полном объеме. При поколачивании по пятке также отмечается болезненность в области тазобедренного сустава

Вопросы по задаче:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое рентгенологическое обследование необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. Выберите метод дальнейшего лечения.
4. Амбулаторное или стационарное лечение показано больному?
5. Какие возможны осложнения?

Ответ:

1. Необходимо дифференцировать ушиб тазобедренного сустава и вколоченный перелом шейки бедренной кости.

2. Необходимо выполнить рентгенограммы в двух проекциях - прямой и аксиальный снимок.
3. При подтверждении перелома: скелетное вытяжение небольшим грузом до 6-8 недель, в дальнейшем ходьба при помощи костылей без нагрузки на поврежденную конечность до 6-8 месяцев с момента травмы.
4. Нуждается в стационарном лечении.
5. Может произойти расколочение отломков, поэтому необходимо выполнить рентгенологический контроль на 2-е сутки.

Задача № 3

Описание: общее состояние раненого, пострадавшего при взрыве, тяжелое. Пульс 120 уд. в минуту, АД 70/30 мм рт. ст. Имеется обширная рвано-размозженная рана в нижней трети голени. В ране видны раздробленные кости голени. Стопа бледная, нечувствительная, соединена с голенью лишь задним кожно-сухожильным лоскутом.

Вопросы по задаче:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какая степень тяжести шока у раненого?
3. Какие хирургические манипуляции показано выполнить на этапе первой врачебной помощи?
4. Какая операция и в какие сроки должна быть выполнена на этапе квалифицированной помощи?
5. Укажите предположительный исход данного повреждения.

Ответ:

1. Огнестрельное осколочное ранение голени с обширным повреждением мягких тканей, повреждением сосудисто-нервного пучка, огнестрельный перелом обеих костей голени в нижней трети. Шок III ст.
2. Шок III ст.
3. Транспортная ампутация, перевязка сосуда или наложения зажима на сосуд в ране, футлярная новокаиновая блокада.
4. Ампутация в пределах здоровых тканей.
5. Для жизни прогноз благоприятный. Возвращение в строй невозможно, имеются признаки инвалидности.

Задача № 4

Описание: пострадавший получил ранение из огнестрельного оружия. Общее состояние раненого средней тяжести. Отмечается одышка, цианоз губ, беспокойство. Пульс 120 уд. в минуту, АД 80/40 мм рт. ст. Слева по задней подмышечной линии на уровне VI ребра рваная рана, присасывающая воздух на вдохе. Перкуторно слева определяется коробочный звук, дыхание резко ослаблено.

Вопросы по задаче:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите экстренные мероприятия первой помощи.
3. Укажите объём и последовательность мероприятий первой врачебной и квалифицированной помощи.

Ответ:

1. Огнестрельное проникающее ранение груди. Открытый пневмоторакс. Шок II.
2. Наложение окклюзионной повязки на рану, введение анальгетиков, транспортировка в положении "полусидя".
3. Первая врачебная помощь: контроль окклюзионной повязки, межреберная блокада, ингаляции кислорода, противошоковая инфузионная терапия (переливание до 1,5 л кровезаменителей), профилактика столбняка (1,0 мл СА, 3 тыс. МЕ ПСС). профилактическая антибактериальная терапия. Квалифицированная помощь: ушивание открытого

пневмоторакса, дренирование плевральной полости по Бюлау, продолжение противошоковых мероприятий.

Задача № 5

Описание: подросток 14 лет катался на мотоцикле, не справился с управлением, ударился правой стороной о дерево и упал вместе с мотоциклом на землю. После падения почувствовал сильную боль в области правого коленного сустава, не смог наступать на правую ногу.

Данные осмотра: выявляется штыкообразная деформация правой нижней конечности на уровне коленного сустава с направлением вершины деформации кзади. Активные движения в коленном суставе невозможны. При пальпации отмечается нарушение анатомического соотношения мыщелка бедра и голени — проксимальный конец голени пальпаторно определяется кзади от мыщелка бедра и смещенным кверху.

Вопросы по задаче: Вы врач скорой помощи. Ваш предварительный диагноз и объем неотложной помощи на догоспитальном этапе?

Ответ: диагноз: подозрение на закрытый вывих правой голени. Необходимо проверить сохранность пульса и чувствительности на нижней конечности. Травмированную конечность следует иммобилизовать транспортной шиной (шиной Крамера) от пальцев стопы до верхней трети бедра, ввести обезболивающие препараты. Показана госпитализация в специализированный детский хирургический стационар.

Лечение: после предварительной диагностической рентгенографии показано вправление вывиха голени под общим обезболиванием.

Задача № 6

Описание: больной, 28 лет, астенического сложения, доставлен в участковую больницу после падения с велосипеда на отведённую руку. При поступлении поставлен диагноз «вывих левого плеча». Многократные попытки вправления не привели к успеху. Направлен в районную больницу.

При осмотре определяется западение в верхненаружной части плечевого сустава. Здесь же кровоподтёк размерами 6×3 см. Активные движения в плечевом суставе ограничены из-за боли, пассивные — свободные. Положительный симптом «клавиши».

Вопросы по задаче: о каком повреждении можно думать по имеющейся клинической картине? Какие ошибки допущены врачом участковой больницы?

Ответ: диагноз: «вывих акромиального конца ключицы слева». Врач участковой больницы неправильно оценил клиническую картину. Выстоящий акромиальный конец ключицы создаёт иллюзию западения в области плечевого сустава и симулирует вывих в этом сочленении. Он же даёт симптом «клавиши».

При нарушении конгруэнтности суставных поверхностей никогда не будет свободных пассивных движений как у нашего больного. Обязательно проявится симптом «пружинящего сопротивления», а малейшие попытки форсировать движения будут вызывать интенсивную боль.

Грубой ошибкой врача явилась попытка устранения «вывиха плеча» без предварительной рентгенографии. Она способствовала бы уточнению диагноза, а больной избежал бы ненужных манипуляций и психологической травмы.

Задача № 7

Описание: больной, 26 лет, имел вывих акромиального конца ключицы. Лечился консервативно в течение 4 нед. После снятия повязки вывих остался неустранимым.

Вопросы по задаче: что делать? В чём суть лечения больного? Назовите сроки иммобилизации и восстановления трудоспособности.

Ответ: необходимо применить оперативный способ лечения. Он заключается в создании ключично-ключовидной и ключично-акромиальной связок из аутоканей или аллопластических материалов (шёлк, капрон, лавсан и др.). Лучшими являются операции

Беннеля, Бома. После хирургического вмешательства накладывают гипсовую торакобрахиальную повязку. Срок иммобилизации - 6 нед, трудоспособность восстанавливается через 7–8 нед. Подкупающие по простоте операции фиксации акромиально-ключичного сочленения спицами, шурупами, путём сшивания и т.д. без пластики ключично-ключовидной связки выполнять не следует из-за большого числа рецидивов. Ключично-ключовидная связка является основой в удержании ключицы.

Задача № 8

Описание: больной, 26 лет, 3 года назад имел травматический вывих левого плеча, устранённый врачом поликлиники без анестезии методом Гипократа. Наложена повязка Дезо, которую больной снял самостоятельно на второй день. К работе приступил через 7 дней с момента травмы (работал маляром). Спустя 2 мес от резкого движения рукой (бросил камень) произошёл ещё один вывих левого плеча. Вправил самостоятельно, за помощью не обращался. В последующем вывихи стали повторяться часто, они происходили при минимальной нагрузке, сопровождающейся наружной ротацией плеча. Два из них произошли во время сна. Всего было 22 вывиха.

При осмотре выявлена выраженная атрофия мышц левого надплечья и несколько меньше — плеча. Отмечается ограничение активной наружной ротации плеча при его отведении и сгибании в локтевом суставе из-за боязни вывиха (симптом Вайнштейна) и пассивной ротации в том же положении и по той же причине (симптом Бабица). Попытки пассивного приведения руки к туловищу при активном сопротивлении больного слева удаются легко, справа — нет (симптом пониженного сопротивления приведения). Подъём рук кверху и одновременное отклонение их кзади выявляет ограничение этих движений на стороне поражения (симптом «ножниц»). Электромиография даёт снижение электровозбудимости дельтовидной мышцы (симптом Новотельнова), на рентгенограмме определяется умеренный остеопороз головки плеча.

Вопросы по задаче: поставьте диагноз, определите ошибки в предыдущем лечении, наметьте дальнейшую тактику.

Ответ: диагноз: «привычный вывих левого плеча».

Причиной его возникновения у данного больного послужили следующие факторы:

- а) вправление плеча без анестезии. Это приводит к гипертонусу мышц и их дополнительной травматизации;
- б) неполноценная и непродолжительная иммобилизация не обеспечила покоя и регенерации тканей. У молодых людей после устранения вывиха плеча должна быть наложена гипсовая лонгета на 3–4 нед, у пожилых — допустима повязка Дезо или «косынка» на 7–10 дней;
- в) ранняя нагрузка на конечность;
- г) нарушение режима лечения больным и последующее самолечение;
- д) недостаточная санитарно-просветительная работа среди населения по профилактике травматизма и его последствий. Больному показано оперативное лечение, Трудоспособность восстанавливается через 4–6 нед.

Задача № 9

Описание: ребёнок, 2 лет, падал во время ходьбы, но был удержан мамой за левую руку. Произошла избыточная ротация предплечья. Ребёнок плачет, жалуется на боли в предплечье, не сгибает руку в локтевом суставе. При пальпации определяется лёгкая припухлость по передненаружной поверхности локтевого сустава, активное и пассивное сгибание невозможно из-за резких болей. На рентгенограммах левого локтевого сустава и предплечья в стандартных укладках патологии не выявлено.

Вопросы по задаче: о каком повреждении можно думать? В чем заключается лечение данной травмы?

Ответ: у ребёнка имеется подвывих головки лучевой кости, который не всегда распознаётся рентгенологически. Лечение заключается в закрытом вправлении вывихнутого сегмента.

Достигают это тракцией предплечья по оси (а), его супинацией (б), надавливанием на головку лучевой кости (в) и сгибанием в локтевом суставе (г). Вправление можно производить без анестезии. После манипуляции руку на 7–10 дней иммобилизируют косынкой. Реабилитация.

Задача № 10

Описание: пострадавший доставлен с места работы, где ему мешком с зерном придавило стопу в положении максимального поворота кнутри, приведения и подошвенного сгибания. Голеностопный сустав деформирован. Стопа отклонена кнутри. Кожные покровы в области лодыжек и передней поверхности голеностопного сустава белого цвета. При пальпации кпереди от наружной лодыжки выявляется выпячивание плотной консистенции. Движения в голеностопном суставе невозможны. Пальпация сустава болезненная, крепитации не выявлено.

Вопросы по задаче: предварительный диагноз? Лечение и его особенности?

Ответ: по клинической картине можно предположить наличие у больного вывиха таранной кости. Для уточнения диагноза нужна рентгенография голеностопного сустава.

Вправление таранной кости должно быть произведено сразу же после постановки диагноза. Лечение заключается в закрытом вправлении вывихнутой кости под общим обезболиванием (обязательно!). Конечность иммобилизируют циркулярной! гипсовой повязкой от конца пальцев до средней трети бедра при согнутом! под углом 150° коленном и 90° голеностопном суставах на 3 нед. Затем повязку меняют на гипсовый сапожок сроком на 6 нед. Нагрузка на конечность разрешается не ранее 3 мес.

Ранняя нагрузка после бывшего вывиха таранной кости нередко ведет к её асептическому некрозу.

Задача № 11

Описание: больной, 23 лет, травму получил в автокатастрофе. Жалуется на боли в правом тазобедренном суставе. Вынужденно лежит на спине. Правая нога несколько синюшного цвета, согнута, отведена и ротирована наружу. Анатомическая длина конечностей одинаковая. Большой вертел пальпируется плохо. Пальпаторно ощущается плотное образование под пупартовой связкой справа. Движения в правом тазобедренном суставе резко ограничены, болезненны. Отмечается положительный симптом «пружинящего сопротивления».

Вопросы по задаче: предварительный диагноз? Лечение и его особенности?

Ответ: предварительный диагноз: «запирательный вывих правого бедра». Больному необходимо произвести рентгенологическое исследование для уточнения диагноза — исключить перелом бедренной кости и таза. Обязательно проверить пульсацию на периферических артериях нижней конечности.

Лечение: закрытое вправление бедра под общим обезболиванием. Конечность фиксируют корытообразной лонгетой от угла лопатки до конца пальцев в течение 4 нед (гипсовую иммобилизацию можно заменить манжетным вытяжением с грузом 1–2 кг на тот же срок). Ходьба на костылях в течение 8–10 нед. Нагрузку на ногу разрешить не ранее 3 мес с момента травмы. Средние сроки восстановления трудоспособности — 14–15 нед.

Отсутствие иммобилизации или вытяжения после вправления травматического вывиха бедра, ранняя нагрузка на конечность могут, привести к асептическому некрозу головки бедра.

Задача № 12

Описание: больная, 63 лет, поскользнувшись, упала на приведённую к туловищу левую руку. Почувствовала резкую боль в плечевом суставе. Верхняя треть плеча отёчна, движения в суставе ограниченные из-за боли. Положительный симптом осевой нагрузки. Головка плеча находится в суставной впадине, при пальпации резкая боль ниже головки плечевой кости. На рентгенограмме определяется перелом плеча. Линия излома проходит ниже бугорков.

Центральный отломок смещён кпереди, кнаружи и ротирован кнаружи. Периферический отломок располагается кнаружи от центрального, под углом, открытым кнутри.

Вопросы по задаче: сформулируйте развернутый диагноз согласно классификации. Назовите, куда и по какой причине сместились отломки. Лечение?

Ответ: аддукционный перелом хирургической шейки левого плеча со смещением отломков.

Центральный отломок смещается кпереди, кнаружи и ротирован кнаружи за счёт механизма травмы, а также тяги надостной, подостной и малой круглой мышц. Периферический отломок отклоняется кнаружи за счёт механизма травмы и смещается кверху под действием мышцы.

Лечение консервативное. После анестезии 2% раствором прокаина в количестве 20 мл производят одномоментную ручную репозицию. Она заключается в тракции по оси, отведении конечности кнаружи и кпереди и наружной ротации. Обязательная противотяга за полотенце, проведённое через подмышечную область. После сопоставления отломков плечо осторожно ротируют кнутри и устанавливают конечность в следующем положении: отведение плеча 60°, передняя девиация — 30°, сгибание в локтевом суставе 90–100°, предплечье — в среднем положении между супинацией и пронацией, в лучезапястном суставе — 150° тыльного разгибания, пальцы кисти — в полусогнутом состоянии (положение на мячике). Срок фиксации гипсовой повязкой 6–8 нед.

Задача № 13

Описание: у больного, 30 лет, имеется поперечный перелом плеча на границе средней и нижней третей. Определяются все клинические признаки перелома за исключением крепитации. На уровне нарушения целостности кости имеется некоторое западение мягких тканей за счёт втяжения с ограниченной их подвижностью. На рентгенограмме определяется поперечный перелом плеча со смещением по длине и ширине. Центральный отломок расположен кнутри от периферического и не соприкасается с ним, образуя расхождение между ними до 2–2,5 см. Трёхкратная попытка ручной и аппаратной репозиции успеха не дала.

Вопросы по задаче: почему не удастся репозиция? Диагноз и дальнейшая тактика?

Ответ: перелом осложнился интерпозицией мягких тканей, на что указывают следующие признаки: втяжение мягких тканей с ограничением их подвижности, атипичное стояние и диастаз отломков, отсутствие костной крепитации, рентгенологические данные, свидетельствующие о расхождении отломков, безуспешные попытки репозиции.

Следует обратить внимание, что при явной клинической картине интерпозиции хирурги произвели трёхкратную попытку репозиции, чего, конечно же, делать не следует. Это лишняя травма для мягких тканей — мышц, сосудов, нервов.

Больному показано оперативное лечение — открытый остеосинтез. Интерпозиция является абсолютным показанием к оперативному лечению переломов костей.

Задача № 14

Описание: больная, 76 лет, поступила в стационар по поводу косоугольного перелома левого плеча в средней трети. Линия излома идёт косо вверх до уровня хирургической шейки. Больная около 20 лет страдает атопической (неинфекционно-аллергической) формой бронхиальной астмы с частыми приступами.

Вопросы по задаче: подберите оптимальный метод лечения.

Ответ: консервативное и оперативное лечение диафизарных переломов плеча заканчивается наложением гипсовой торакобрахиальной повязки или отводящей шины, что неприемлемо для нашей больной. Оптимальным в данном случае является компрессионно-дистракционный остеосинтез или метод Колдуэлла-Ильина — висячей повязки. Накладывают циркулярную гипсовую повязку от верхней трети плеча до пястно-фаланговых сочленений с гипсованными проволочными кольцами в области локтевого отростка и лучевой поверхности запястья. В подмышечную область кладут ватно-марлевый валик, чтобы придать руке отведение в 30–40°. В основе метода лежит постоянное вытяжение. В вертикальном положении больного

вытяжение осуществляется за счёт массы повязки, а в горизонтальном — с помощью тяги за кольцо в области локтевого отростка.

Задача № 15

Описание: у больного, 36 лет, перелом правого плеча в средней трети. Лечился скелетным вытяжением в течение 4 нед, затем лонгетой по Турнеру, которая сломалась через 2 нед и была заменена новой. Ещё через 2 нед без гипса произведена контрольная рентгенограмма — костная мозоль почти отсутствует. Наложена гипсовая лонгета на 4 нед, затем на 6 и последний раз ещё на 6 нед. После устранения иммобилизации отмечается выраженная атрофия мышц правого плеча и надплечья, сохраняются качательные движения в зоне перелома, почти безболезненные. На рентгенограммах прослеживается щель между отломками, концы их утолщены, костномозговые каналы заращены.

Вопросы по задаче: какое осложнение перелома возникло у больного? Назовите причины развития осложнения и способы лечения.

Ответ: у больного сформировался ложный сустав правого плеча. Причиной его возникновения, в первую очередь, следует считать несоблюдение сроков фиксации, а также неполноценную, часто меняющуюся иммобилизацию. Другой причиной явилось то, что в стадии замедленной консолидации перелома не были использованы средства, нормализующие остеогенез: ЛФК, физиотерапия, оксигенотерапия, медикаментозные препараты. Кроме того, не дожидаясь возникновения ложного сустава, необходимо было прибегнуть к внеочаговому компрессионно-дистракционному методу в аппарате Илизарова, Волкова-Оганесяна или другой подобной конструкции.

Лечение ложных суставов только оперативное и может быть выполнено открытым или закрытым способом. В первом случае обнажают зону ложного сустава, экономно резецируют склерозированные участки кости и фиброзную ткань на концах отломков.

Раскрывают костномозговые каналы. Зачастую прибегают к костной пластике. Вмешательство заканчивается скреплением отломков одним из способов: штифтом, пластиной или аппаратом внешней фиксации. Иммобилизация гипсовой повязкой или аппаратом до сращения отломков. Закрытый способ устранения ложного сустава выполняют с помощью компрессионно-дистракционных аппаратов. Производят сжатие отломков по продольной оси до резорбции в зоне ложного сустава. Последующей дистракцией стимулируют рост костного регенерата и восстанавливают прежнюю длину сегмента. Затем аппарат закрепляют и продолжают иммобилизацию до полного сращения отломков. Применяют терапию, активизирующую остеогенез.

Задача № 16

Описание: хирург, оперируя больного по поводу перелома локтевого отростка, произвёл остеосинтез металлическим шурупом. На контрольной рентгенограмме между отломками определялась щель в 2–3 мм. Через день, выполняя аналогичный остеосинтез по поводу перелома медиальной лодыжки, хирург постарался максимально завинтить шуруп в отломки, но на контрольной рентгенограмме вновь выявлен диастаз в 2–3 мм.

Вопросы по задаче: почему сохраняется диастаз между отломками?

Ответ: хирург допускает техническую погрешность. При свинчивании двух фрагментов между ними остается щель 1–2 «нитки» резьбы, так как шуруп врезается вращением одновременно в оба отломка и несколько отталкивает периферический. Чтобы плотно свинтить отломки, отверстие в фиксируемом фрагменте должно быть больше диаметра шурупа, но не превышать размеров его головки. Делается это следующим образом: сопоставляют отломки и просверливают их. Извлекая сверло и проводя его через периферический отломок, делают несколько круговых движений, расширяя отверстие до нужных размеров. Вставляют шуруп и плотно свинчивают костные фрагменты.

Задача № 17

Описание: у больного, 19 лет, перелом обеих костей правого предплечья в верхней трети. Репозиция отломков удалась со второй попытки. Наложена циркулярная гипсовая повязка от верхней трети плеча до головок пястных костей. Через 4 ч после репозиции усилились боли в области перелома. Больной стонет, выражения лица страдальческое. Введение 1 мл 2% раствора омнопона облегчения не принесло. Кисть синюшного цвета, холодноватая на ощупь, кожная чувствительность снижена. Разгибание пальцев усиливает боль. Пульсацию на лучевой артерии проверить невозможно из-за циркулярной гипсовой повязки.

Вопросы по задаче: какое осложнение возникло у больного? Назовите возможные причины его развития?

Ответ: у больного появились признаки сдавления сосудисто-нервного пучка, формируется ишемическая контрактура Фолькмана. Причинами этого осложнения может быть сама травма, её последствия или же неправильные действия врача. Сдавление нервно-сосудистого пучка возможно костными отломками, гематомой, нарастающим отеком, туго с перетяжками, наложенной гипсовой повязкой, марлевым бинтом, расположенным циркулярно под гипсовой повязкой.

Задача № 18

Описание: во время игры футболист, 28 лет, упал на разогнутую руку. Появились боли в правом лучезапястном суставе, но матч доиграл. При осмотре отмечают припухлость сустава, ограничение движения из-за боли. Указанные признаки наиболее выражены в зоне «анатомической табакерки». Осевая нагрузка на I палец вызывает боль в этой же точке, тыльное сгибание (или разгибание) кисти усиливает локальные боли

Вопросы по задаче: поставьте предварительный диагноз. Что нужно для его уточнения? Как лечить больного?

Ответ: предварительный диагноз: «перелом ладьевидной кости оправа». Необходимо произвести рентгенографию в трёх проекциях: прямой, боковой и полупрофильной. В некоторых случаях, при явной клинической картине на рентгенограммах перелом не находят даже с помощью лупы. Необходимо наложить гипсовую повязку на 10–12 дней, затем снять гипс и повторить рентгенологическое обследование. За это время наступает rareфикация кости, щель между отломками увеличивается, становится видимой на рентгенограммах.

При свежих переломах, как правило, применяют консервативное лечение. После введения в место перелома 10–15 мл 1% раствора новокаина производят сопоставление отломков путем тракции за кисть, сгибания в ладонную сторону и ульнарного отведения. Давлением на костные фрагменты в области «анатомической табакерки» завершают репозицию. Накладывают циркулярную гипсовую повязку от локтевого сустава до пястно-фаланговых сочленений в функционально-выгодном положении кисти (положение кисти, охватывающей теннисный мяч). Через 2,5–3 мес повязку снимают и производят контрольную рентгенографию. Если консолидация не наступила, иммобилизацию продолжают до 4–6 мес. После устранения иммобилизации назначают восстановительное лечение: тепловые процедуры, физиотерапию, массаж плеча и предплечья, водолечение, лечебную физкультуру.

Задача № 19

Описание: больной, 45 лет, при подъёме тяжести почувствовал боль в области верхнего отдела плеча. Сила руки на сгибание предплечья резко уменьшилась. При активном напряжении двуглавой мышцы плеча определяется западение в верхней части брюшка длинной головки и утолщение в дистальном отделе, снижение тонуса (по сравнению со здоровой стороной), умеренная болезненность.

Вопросы по задаче: поставьте диагноз. Как лечить больного?

Ответ: «Отрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча». У людей трудоспособного возраста при этом повреждении применяют оперативное лечение — дистальный конец оторванного сухожилия трансоссально фиксируют к плечевой кости в зоне

межбугорковой борозды или несколько ниже. Конечность иммобилизируют гипсовой торакобрахиальной повязкой на 5–6 недель. Трудоспособность восстанавливается через 8–10 недель.

Задача № 20

Описание: больной, 29 лет, при опрокидывании автомобиля получил удар краем борта в верхнюю треть левого плеча. Клинически и рентгенологически повреждения костей не выявлено. Поставлен диагноз «ушиб плеча». На второй день больной обратился повторно с жалобами на нарушение двигательной функции левой руки.

При тщательном обследовании отмечено отсутствие активного разгибания левого предплечья, кисти и её 1 пальца, снижение кожной чувствительности по задней поверхности плеча, предплечья и на радиальной половине тыла кисти, включая основные фаланги первых 2,5 пальцев. Нет сухожильного рефлекса трехглавой мышцы плеча.

Вопросы по задаче: определите повреждение. Как лечить больного?

Ответ: «Ушиб левого плеча с повреждением лучевого нерва». Во избежание вторичного пареза за счёт перерастяжения мягких тканей поврежденной конечности следует наложить съёмную корытообразную гипсовую лонгету по Турнеру. На область ушиба назначить УВЧ, а в последующем физиопроцедуры, обладающие обезболивающим и рассасывающим действием: электрофорез прокаина, ронидазы или йодистого калия, тепловые процедуры — озокерит, парафин, грязь. Как профилактику контрактур и атрофии мышц целесообразно назначить лечебную гимнастику активного и пассивного типа, массаж, электростимуляцию и медикаментозную стимуляцию мышц (микродозы дибазола и витамина В₁ чередовать с прозеринум по 10 дней). При отсутствии должного эффекта в дальнейшем решить вопрос об оперативном лечении.

Название рефератов/докладов

1. Развитие травматологии и ортопедии в России.
2. Организация травматолого-ортопедической помощи в Российской Федерации.
3. Регенерация костной ткани.
4. Совершенствование методов остеосинтеза.
5. Развитие артроскопии.
6. Эндопротезирование суставов.
7. Достижения в трансплантологии.
8. Современные способы диагностики.
9. Биомеханические модели.
10. Предоперационное планирование.
11. Робототехника в травматологии и ортопедии.
12. Телемедицина.
13. Клиническое обследование больного.
14. Исследование мышечной силы человека.
15. Функциональные способности больного.
16. Рентгенологическое обследование больного.
17. Рентгенконтрастные методы исследования в травматологии и ортопедии.
18. Рентгеновская компьютерная томография.
19. Элетромиография.
20. Исследование периферического кровообращения.
21. Патогенез заживления переломов.
22. Замедленная консолидация.
23. Артроскопическая репозиция.

24. Посттравматический остеомиелит.
25. Хирургическая анатомия позвоночника.
26. Хирургическая анатомия спинного мозга.
27. Клинико-биомеханическая теория нестабильности позвоночника.
28. Ушибы позвоночника.
29. Дисторсии позвоночника.
30. Подвывихи и вывихи позвонков.
31. Переломы тел позвонков.
32. Функциональный метод В. В. Гориневской и Е. Ф. Древинг.
33. Переломовывихи позвоночника.
34. Переломы позвоночника, осложнённые повреждением спинного мозга.