

№ ОРД-ТРАВМ-23

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра травматологии и ортопедии

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального  
координационного учебно-методического совета  
от «14» марта 2023 г., протокол №4

### ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

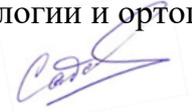
по дисциплине «Врачебные манипуляции в травматологии и ортопедии»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы ординатуры по специальности 31.08.66 травматология и ортопедия

утвержденной «13» апреля 2023 г.

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры от  
«13» марта 2023 г. протокол № 8.

Зав. кафедрой травматологии и ортопедии

д.м.н., профессор  С.С.Сабаев

г. Владикавказ 2023 г.

## СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств
  - ситуационные задачи
  - эталоны тестовых заданий
  - перечень вопросов к зачету/экзамену

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине «Травматология и ортопедия»

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Текущий, промежуточный		
1.	Хирургическими вмешательствами и манипуляциями пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара	УК-1 УК-2 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Тесты, вопросы для проведения зачета  экзаменационные билеты, тестовые задания
2.	Хирургические вмешательства и манипуляции пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в условиях стационара	УК-1 УК-2 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Тесты, вопросы для проведения зачета  экзаменационные билеты, тестовые задания

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача №1.

Женщина Б., 68 лет, упала на улице, ударившись областью правого тазобедренного сустава. Была доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение дежурной больницы с предположительным диагнозом перелома шейки бедренной кости.

Вопросы:

1. Что Вы ожидаете увидеть при осмотре?
2. Какой вид укорочения конечности может быть у больной?
3. Что определите при пальпации?
4. В какой области следует ее проводить?
5. Назовите рентгенологические признаки, которые могут подтвердить диагноз.

### Задача №2.

Больной К., 45 лет, упал с упором на кисть вытянутой левой руки. Почувствовал резкую боль в плече. Самостоятельно обратился на травмпункт. При обследовании обращает на себя внимание вынужденное положение отведения левого плеча, нарушение контуров надплечья, западение под акромиальным отростком лопатки.

Вопросы:

1. Назовите вероятный диагноз.
2. Ожидаете ли выявить при измерении истинное укорочение плеча?
3. Какой вид укорочения конечности может быть у пациента?
4. Будет ли нарушена ось конечности?
5. Что будет обнаружено на рентгенограмме плечевого сустава?

### Задача №3.

Больной Д., 35 лет, поступил в приемный покой районной больницы с жалобами на боли в левой голени. Час назад на улице был сбит автомобилем.

Объективно: состояние удовлетворительное. В средней трети голени припухлость, деформация, при пальпации - локальная болезненность, патологическая подвижность, крепитация. Длина правой голени 55 см, левой 53 см.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Укажите план обследования пациента.
3. Какой вид укорочения левой голени имеется у больного?

#### **Задача №4.**

Больной К., 20 лет, упал с упором на кисть отведенной правой руки. Почувствовал резкую боль в плечевом суставе. Самостоятельно обратился на травмпункт.

Объективно: Правая рука несколько отведена. Визуально и пальпаторно определяется западение в области правого плечевого сустава. Головка плеча пальпируется под ключицей. Отмечается положительный симптом «пружинящего» сопротивления. Активные и пассивные движения плеча не возможны из-за болей.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Мероприятия по дообследованию больного.
3. Какой вид укорочения или удлинения правой верхней конечности будет у больного?

#### **Задача №5**

Больной З., 27 лет, поступил в травматологическое отделение спустя 2 месяца после внутрисуставного перелома дистального метаэпифиза правой плечевой кости. Лечился при помощи гипсовой повязки. После снятия гипсовой повязки выявлено ограничение движений в правом локтевом суставе: сгибание до 60°, разгибание до 120°.

Вопросы:

1. Как называется указанное ограничение движений в локтевом суставе?
2. Какой вид укорочения правой верхней конечности имеется у больного?
3. Какое исследование нужно выполнить для уточнения диагноза?

#### **Задача №6.**

Больному Ф., 34 лет, по поводу перелома левого бедра в средней трети был произведен остеосинтез бедра стержнем Кюнчера. После заживления раны была наложена кокситная гипсовая повязка на 2,5 месяца. После снятия повязки выявлено нарушение функции коленного сустава, амплитуда движений была в пределах 5°.

Вопросы:

1. Как называется ограничение движений в суставе данного больного?
2. Что могло способствовать нарушению подвижности в коленном суставе ?
3. Какое исследование следует предпринять до уточнения диагноза?

#### **Задача №7.**

Больной С., 26 лет, доставлен после автоаварии. При поступлении общее состояние тяжелое, глубокий сон. Ликворея из правого уха. Артериальное давление 90/60 мм. рт. ст., пульс 100 уд/мин. В средней трети правого бедра определяется деформация, голень ротирована наружу. В области правого надплечья имеется припухлость. При пальпации ключицы определяется костная крепитация.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Что нужно предпринять для установления окончательного диагноза?
3. В какое отделение нужно госпитализировать больного?
4. Следует ли при поступлении выполнить остеосинтез бедра и ключицы?

### **Задача №8.**

Больная П., 45 лет, доставлена попутной машиной в приемное отделение городской больницы через час после дорожно-транспортного происшествия. После обследования установлен диагноз: травматическая болезнь, острый период. Открытый перелом костей левой голени, закрытые оскольчатый перелом левого бедра в средней трети, перелом локтевого отростка слева, закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней степени тяжести. Травматический шок 11 ст.

Вопросы:

1. Укажите первоочередные медицинские мероприятия.
2. Дальнейший план лечения.
3. Какой вид остеосинтеза предпочтителен при лечении перелома голени?
4. После выведения больной из шока какой метод используете для лечения перелома левого бедра?

### **Задача №9.**

Больной М., 43 лет, получил повреждения в автокатастрофе 2 часа тому назад. Доставлен в приемное отделение больницы попутным транспортом. Без сознания. В левой височно-теменной области обширный кровоподтек. Левый зрачок значительно шире правого, реакции на свет нет. Отмечается ригидность затылочных мышц. Тонус мышц справа повышен, рефлексы оживлены. В средней трети левой голени определяется деформация, патологическая подвижность. Артериальное давление 140/80 мм. рт. ст., пульс 64 уд/мин., частота дыханий 28 в минуту.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план дальнейшего обследования.
3. Показано ли оперативное лечение перелома костей голени?
- 4.

### **Задача №10.**

Пострадавший А., 27 лет, поступил в приемное отделение многопрофильной больницы через 30 минут после того, как на улице был сбит автомобилем. Была кратковременная потеря сознания. У пострадавшего выявлен открытый перелом левого бедра в средней трети со смещением отломков. При обследовании - сознание сохранено, пульс 92 уд. в 1 мин., ритмичный, АД 105/60 мм. рт. ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какой способ лечения выберете по поводу перелома бедра?
3. Какой фактор обусловит выбор активной лечебной тактики?

### **Задача №11**

Больной Г., 36 лет, в результате ДТП получил закрытый перелом правого плеча в средней трети. Лечился методом скелетного вытяжения в течение 4 недель в районной

больнице, затем гипсовой лонгетой, которая через 2 недели сломалась и была заменена новой. Через 2 мес. без гипсовой иммобилизации произведена контрольная рентгенограмма - костная мозоль не определяется. Наложена гипсовый ортез на 8 недель. После снятия иммобилизации отмечается выраженная атрофия правого плеча и надплечья, определяется безболезненная патологическая подвижность в зоне перелома. На Р-граммах плечевой кости прослеживается щель между отломками, концы их утолщены, костномозговые каналы облитерированы, костная мозоль не выражена.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Определите способ лечения
3. Срок фиксации конечности после операции?
4. Как стимулировать процесс репаративной регенерации?

### **Задача №12.**

Больной М., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на невозможность нагрузки на левую нижнюю конечность, ограничение движений в коленном и голеностопном суставах. В анамнезе - 8 месяцев назад в ДТП получил открытый оскольчатый перелом на границе средней и нижней трети левой большеберцовой кости и закрытый косой перелом в средней трети малоберцовой кости. После ПХО раны в районной больнице лечение проводилось методом скелетного вытяжения, а затем циркулярной гипсовой повязкой в течении 6 месяцев. На контрольной Р-грамме после снятия гипсовой повязки имеется щель между отломками, концы большеберцовой кости склерозированы, костная мозоль выражена недостаточно. На месте перелома малоберцовой кости костная мозоль хорошо выражена.

Вопросы.

1. Сформулируйте диагноз
2. Определите лечебную тактику
3. Как Вы поступите с малоберцовой костью? Почему?
4. Будете ли назначать средства, стимулирующие репаративный процесс костной ткани
5. Через какой срок назначите контрольную Р-грамму левой голени.

### **Задача №13.**

Больная Л., 64 лет, оступилась, упала на приведенную к туловищу левую руку. Почувствовала резкую боль в плече. Самостоятельно обратилась на травмпункт. При осмотре: контуры плечевого сустава сглажены, активные движения не возможны, боль при пальпации и при осевой нагрузке. На Р-грамме левого плечевого сустава в двух проекциях определяется нарушение целостности плечевой кости, линия излома проходит поперечно ниже бугорков, отломки смещены под углом, открыты кнаружи и кзади.

Вопросы.

1. Установите диагноз.
2. Изберите метод лечения.
3. Под каким обезболиванием будете выполнять сопоставление отломков.
4. Способ иммобилизации.
5. Прогноз.

### **Задача № 14.**

У больной С., 31 года, в результате ДТП появились боли, припухлость и деформация левого плеча. После клинического и Р-логического исследования выявлен поперечный перелом средней трети плечевой кости со смещением отломков по длине и под углом, открытым кнаружи. Неврологических и сосудистых нарушений не выявлено. Двухкратная попытка ручной репозиции под внутривенным наркозом оказалась безуспешной.

Вопросы.

1. Укажите вероятную причину неэффективности закрытой репозиции.
2. Определите дальнейшую тактику лечения.
3. Каким способом будете вводить стержень - ретроградным или антеградным?
4. Укажите средние сроки сращения отломков.

### **Задача № 15.**

Больной Л., 42 лет, на охоте в результате неосторожного обращения с оружием получил огнестрельное ранение верхней трети правого плеча без повреждения сосудистонервного пучка. В районной больнице установлен огнестрельный оскольчатый перелом правой плечевой кости. Произведена операция - хирургическая обработка раны правого плеча, во время которой удалено несколько свободно лежащих костных отломков. Фиксация конечности осуществлена торакоброхиальной гипсовой повязкой с окном. Послеоперационный период протекал гладко. При осмотре и контрольной рентгенографии через 2,5 месяца определяется диастаз между отломками плечевой кости. Имеются признаки периостальной костной мозоли.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Какой метод лечения Вы выберете? Почему ?
3. Следует ли предпринять стимуляцию репаративного остеогенеза?
4. Укажите средние сроки сращения отломков.

### **Задача №16.**

Больной М., 32 лет, на производстве получил травму правого предплечья. Доставлен в районную больницу, где установлен диагноз: открытый оскольчатый перелом средней трети костей правого предплечья со смещением отломков. Была произведена операция - ПХО раны, открытая репозиция отломков костей предплечья и внутрикостный остеосинтез стержнями Богданова. Послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. Имобилизация предплечья осуществлялась циркулярной гипсовой повязкой в течение 3-х месяцев. После снятия гипсовой повязки произведена рентгенография предплечья. На Р-граммах стояние отломков правильное, но костная мозоль в месте перелома лучевой и локтевой костей не определяется.

Выраженный остеопороз костей предплечья.

Вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите лечебную тактику.
3. Способ иммобилизации.
4. Укажите ориентировочные сроки сращения отломков.

#### **Задача № 17.**

Больной В., 43 лет, упал с крыши сарая и получил закрытый косо-поперечный перелом плечевой кости со смещением отломков на границе верхней и средней трети. В районной больнице из-за неэффективности методом скелетного вытяжения произвели открытую репозицию и остеосинтез пластиной, фиксированной к отломкам 4-мя шурупами. Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением, иммобилизация осуществлялась циркулярной гипсовой повязкой. Через 2,5 месяца она снята. На месте перелома плеча определяется патологическая подвижность, движения в локтевом суставе ограничены. На Р-грамме плеча линия излома плечевой кости сохраняется на всем протяжении, имеется угловая деформация отломков. Один из шурупов сломан. Периостальная костная мозоль выражена умеренно.

Вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите на вероятную причину несращения отломков.
3. Какой метод лечения Вы выберете.
4. Определите средние сроки сращения отломков.

#### **Задача № 18.**

Больная М., 48 лет, поступила в клинику с жалобами на боли, искривление правого бедра, укорочение правой нижней конечности. 3 месяца назад в ДТП получила перелом средней трети правого бедра со смещением отломков. В районной больнице лечилась методом скелетного вытяжения в течении 5 недель, затем была наложена кокситная гипсовая повязка на 6 недель. После снятия ее Р-графия бедра не производилась, рекомендована частичная нагрузка на ногу. Через несколько недель больная заметила искривление бедра, появились боли. Ходит с костылями. При обследовании впервые выявлен сахарный диабет средней степени тяжести. На Р-грамме правого бедра имеется периостальная костная мозоль на месте перелома бедра, но линия перелома прослеживается, она расположена почти поперечно. Имеется варусная деформация на месте перелома под углом 20 градусов.

Вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите возможные причины несращения отломков бедренной кости
3. Какой метод лечения Вы выберете
4. Какой врач специалист должен участвовать в лечении больной ?
5. Будете ли применять внешнюю иммобилизацию конечности после операции.

### Задача № 19.

Больная Ш., 62 лет, на улице оступилась и подвернула правую стопу. Почувствовала острую боль, хруст в нижней трети голени. Активные и пассивные движения в правом голеностопном суставе невозможны из-за боли. Выполнена рентгенограмма нижней трети голени и голеностопного сустава, на которой выявлена спиралевидная линия излома в нижней трети большеберцовой кости. Смещения отломков не определяется.

Вопросы.

1. Установите диагноз.
2. Определите лечебные мероприятия.
3. Какой способ лечения Вы выберете?
4. Назовите сроки иммобилизации.

### Задача № 20.

Больная Ф., 67 лет, упала на улице на правый бок. Почувствовала боль в паховой области. Подняться самостоятельно не смогла из-за боли и неустойчивости конечности. Доставлена в приемное отделение городской больницы. При осмотре: область тазобедренного сустава не изменена правая нижняя конечность ротирована кнаружи. Отмечается усиление пульсации бедренной артерии под паупартовой связкой. Положительный симптом «прилипшей пятки», относительное укорочение конечности на 2 см. На R-грамме тазобедренного сустава определяется нарушение целостности шейки бедренной кости по середине ее, шеечно-диафизарный угол составляет  $100^\circ$ .

Вопросы.

1. Установите диагноз.
2. Определите тактику лечения.
3. Укажите средние сроки сращения отломков.

### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

- №1
1. Небольшое укорочение конечности, умеренную ротацию ее кнаружи.
  2. Относительное
  3. Наличие болезненности.
  4. В проекции шейки бедренной кости (под паупартовой связкой).
  5. Линия перелома в зоне шейки бедренной кости, варусная деформация проксимального отдела бедра(уменьшение шеечно-диафизарного угла).

№2.

1. Вывих плеча.
2. Истинного укорочения плеча не будет.
3. Относительное укорочение верхней конечности.
4. Ось конечности нарушена не будет.
5. Головка плеча будет расположена вне суставной впадины лопатки.

№3.

1. Закрытый перелом костей левой голени в средней трети со смещением отломков.
2. Рентгенография левой голени в двух проекциях, исследование пульса и чувствительности дистальнее места повреждения.
3. Истинное (анатомическое).

№ 4.

1. Закрытый травматический вывих правого плеча.
2. Рентгенография правого плечевого сустава, исследование пульсации и чувствительности на периферии.
3. Относительное (дислокационное).

№5.

1. Контрактура.
2. Кажущееся (проекционное)
3. Рентгенография правого локтевого сустава в двух проекциях.

№6.

1. Ригидность.
2. Оперативное вмешательство по поводу перелома бедра, продолжительная иммобилизация гипсовой повязкой.
3. Рентгенография левого бедра в двух проекциях.

№7.

1. Травматическая болезнь, острый период. Закрытый перелом. Закрытый перелом правой ключицы. Открытая тяжелая черепно-мозговая травма. Перелом основания черепа. Ликворея. Травматический шок II степени.
2. Рентгенография правого бедра, ключицы, черепа, люмбальная пункция, ЭХОЭГ.
3. Реанимационное. 4. Нет.

№ 8.

1. Обезболивание, нормализация гемодинамики, иммобилизация левой нижней и левой верхней конечности.
2. Комплексная терапия шока, антибиотикотерапия, нормализация неврологического статуса, профилактика столбняка, симптоматические средства.
3. Аппаратом внешней фиксации. 4. Метод постоянного скелетного вытяжения.

№ 9.

1. Травматическая болезнь, острый период. Закрытая ЧМТ, ушиб головного мозга. Закрытый перелом средней трети костей левой голени.
2. Рентгенография черепа, левой голени, осмотр невропатологом, ЭХОЭГ, люмбальная пункция.
3. Нет.

№ 10.

- 1.Травматическая болезнь, острый период. Открытый перелом средней трети левого бедра со смещением. Закрытая ЧМТ: сотрясение головного мозга. Травматический шок 1 ст.
- 2.Оперативный.
- 3.Наличие открытого перелома бедра.

№ ОРД-ТРАВМ-19

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра травматологии и ортопедии

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального  
координационного учебно-методического  
совета от « 28 » августа 2020 г. № 1

## Эталоны тестовых заданий

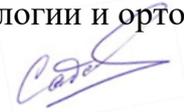
по дисциплине «Врачебные манипуляции в травматологии и ортопедии»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы ординатуры по специальности 31.08.66 травматология и ортопедия

утвержденной 28.08.2020 г.

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры от  
«27» августа 2020 г. (протокол № 1)

Зав. кафедрой травматологии и ортопедии

д.м.н., профессор  С.С.Сабаев

г. Владикавказ 2020 г.

Тестовые задания по травматологии и ортопедии для ординаторов

1. Уровень общего белка в крови в норме составляет

1. 25-30 г/л

2. 32-40 г/л

3. 45-52 г/л

4. 56-63 г/л

+5. 66-85 г/л

2. Повышение концентрации мочевины в крови и моче у больных после травмы наиболее выражено

1. на 1-е сутки
- +2. на 2-и сутки
3. на 5-е сутки      4. на 7-е сутки
5. на 9-е сутки

3. При неосложненном клиническом течении травматической болезни концентрация мочевины в крови нормализуется

1. на 5-е сутки
2. на 10-е сутки
- +3. на 15-е сутки
4.      на 20-е сутки
5.      на 25-е сутки

4. Прогноз летального исхода при тяжелой травме очевиден, если концентрация мочевины в крови с третьих суток превышает верхнюю границу нормы

1. на 50%
2. на 100%
3. на 150%
- +4. на 200%
5.    на 300%

5. Центральное венозное давление при нормоволемии равно

1.      30-45 мм вод. ст.
- +2. 50-120 мм вод. ст.
3. 130-150 мм вод. ст.
4. свыше 160 мм вод. ст.
5. свыше 200 мм вод. ст.

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

1.      передне-верхнюю ось подвздошной кости
- +2. наружный край надколенника
3. внутренний край надколенника

4. середину проекции голеностопного сустава

5. первый палец стопы

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

+1. акромиального отростка лопатки

2. середины проекции головки плечевой кости

3. центра головчатого возвышения плеча

4. головки лучевой кости

5. головки локтевой кости

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

1. до большого вертела бедра

2. до суставной щели коленного сустава

3. до края наружной лодыжки

+4. до пяточного бугра

9. Суммарная длина верхней конечности измеряется от акромиального отростка

1. до середины проекции головки плеча

2. до наружного мыщелка

3. до шиловидного плеча отростка лучевой кости

4. до конца третьего пальца

+5. до конца пятого пальца

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

+1. оси плеча

2. расположения надмыщелков

3. расположения вершины локтевого отростка

4. при разгибании указанные три точки (надмыщелки и локтевой отросток) составляют прямую линию

5. при сгибании указанные три точки составляют равнобедренный треугольник

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

1. горизонтальной линии, проведенной через большой вертел у больного, лежащего на спине
  2. из точки на верхней ости подвздошной кости опускается перпендикуляр
  - +3. соединяют вершину большого вертела с верхней остью подвздошной кости, получают равнобед. треугольник
12. При патологии тазобедренного сустава линия лонного сочленения, соединяющая точку на вершине большого вертела с точкой на вершине лонного сочленения горизонтальной линией
1. перпендикулярна к оси туловища
  - +2. не перпендикулярна к оси туловища
  3. составляет с осью туловища угол более  $70^{\circ}$
13. Перкуссия не позволяет выявить
1. наличия жидкости в полости очага или сустава
  2. наличия газа в полости или суставе
  3. степени срастания переломов длинных трубчатых костей
  - +4. степени кровоснабжения конечностей
  5. наличия больших полостей в эпифизах или метафизах конечностей
14. Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать
- +1. как анкилоз
  - +2. как контрактура
  - +3. как ригидность
  - +4. как патологическая подвижность
15. Отведение и приведение конечностей - это движения
1. в сагитальной плоскости
  - +2. во фронтальной плоскости
  3. в аксиальной плоскости
  4. внутреннее движение вокруг продольной оси
  5. наружное движение вокруг продольной оси
16. Разгибание и сгибание конечности - это движения
- +1. в сагитальной плоскости
  2. во фронтальной плоскости
  3. в аксиальной плоскости

4. внутреннее движение вокруг продольной оси
5. наружное движение вокруг продольной оси

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

1. рентгенографию
2. рентгеноскопию
3. контрастную рентгенографию
4. магнитно-полусную контрастную рентгенографию
- +5. томографию

18. Обычное рентгенологическое исследование дает возможность выявить всю перечисленную патологию, кроме

1. перелома или трещины кости
2. вывиха, подвывиха фрагментов сустава
3. костной опухоли
4. мягкотканной опухоли
- +5. повреждения хрящевой ткани

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

1. снижения высоты тела позвоночника
2. изменения оси позвоночника, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз)
3. нарушения кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела
- +4. степени смещения межпозвоночного диска
5. наличия гематомы в мягких тканях и тела позвонка

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

1. 1-е ребро и ключицу
2. контуры сердца
3. нижний угол лопатки
- +4. реберную дугу
5. 12-й грудной позвонок

21. Используя контрастную рентгенографию в отличие от классической, можно выявить

1. подвывих фрагмента мелкого сустава

2. повреждения хрящевой прослойки сустава
- +3. секвестры в трубчатой кости
- +4. скрытую полость в диафизе кости

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

1. разрыв сосуда
2. обтурацию сосуда
3. сужение участка сосуда
4. опухоли сосуда
- +5. выявление рентгеноконтрастного тела в массиве мышц

23. Томография костей помогает выявить все перечисленное, кроме

1. наличия перелома
2. отсутствия перелома
3. наличия костного сращения перелома
4. наличия ложного сустава и несросшегося перелома
- +5. разрывов мышц, связок и сухожилий

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

1. диагностики перелома
2. диагностики вывиха
- +3. исследования структуры кости
4. диагностики опухоли
5. выявления инородных тел и секвестров

25. Рентгеноконтрастное исследование сосудов позволяет диагностировать все перечисленное, исключая

1. повреждение сосуда
2. тромбоз сосуда
3. образование аневризмы или варикоза сосуда
- +4. повреждение нервов, сопровождающих сосудов
5. образование артерио-венозного соустья

26. Пневмоскопическое исследование плевральной полости не позволяет обнаружить

1. повреждение плевры, ткани легкого
2. наличия в плевральной полости свободной жидкости

3. наличия слипчивого процесса, шварт плевры
4. воспалительные изменения висцеральной или

париетальной

плевры

+5. проявления синдрома "шокового легкого"

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

1. термографический
2. полярографический
- +3. УЗИ (ультразвуковая доплерография)
4. электромиографический

28. УЗИ (ультразвуковое исследование) дает возможность выявить различные повреждения, кроме

1. разрыва хрящевой губы суставной поверхности лопатки
2. кальцификации дельтовидной мышцы
3. частичного разрыва икроножной мышцы
- +4. перелома плоских костей
5. внутримышечной гематомы четырехглавой мышцы бедра

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

1. разрыв дельтовидной мышцы
2. надрыв ротаторной манжетки (ротаторного кольца)
- +3. разрыв стволов плечевого сплетения
4. атрофию подостной мышцы лопатки
5. разрыв акромиально-ключичного сочленения

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

1. рентгенографическому
2. термографическому
- +3. УЗИ
4. артроскопическому
5. артропневмографическому

31. Преимущества УЗИ состоят в перечисленном, исключая

1. простоту метода исследования

2. возможность одновременного сравнения данных исследования симметричной стороны
3. безопасность многочисленных исследований для больного
- +4. безопасность многочисленных исследований для врача
5. дешевизну исследования

32. Применение УЗИ не показано

1. у больных с высокой температурой
- +2. в области сегмента, закрытого гипсовой повязкой
3. в области обширного кровоизлияния в мягкие ткани

33. Показатель гемоглобина периферической крови в норме колеблется в пределах

1. 90-100 г/л
2. 110-115 г/л
- +3. 120-160 г/л
4. 170-185 г/л
5. 190-210 г/л

34. Развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания сопровождается всем перечисленным, кроме

1. гипокоагуляции
2. гиперкоагуляции и гиперагрегации
- +3. понижения активности тромбоцитов
4. повышения активности тромбоцитов, концентрации тромбина, образования тромбофибриновых свертков
5. геморагии или явного кровотечения при наличии микросвертков фибрина в системе микроциркуляции

35. Достоверным признаком диссеминированного внутрисосудистого свертывания является снижение фибриногена

- +1. ниже 1.75 г/л
2. до 2.0 г/л
3. до 2.5 г/л
4. до 3.0 г/л
5. до 3.5 г/л

36. Потери фибриногена происходят

- +1. в сгустках крови

- +2. на фильтрах систем
- +3. в сосудах микроциркуляции
- +4. при контактах крови с серозными оболочками

37. Развитию диссеминированного внутрисосудистого свертывания при массивной и костной травмах способствует

- 1. снижение гемоглобина и гематокрита
- 2. анемия
- 3. лейкоцитоз
- +4. накопление активного тромбoplastина (тканевого, эритроцитарного)

38. При диагностике диссеминированного внутрисосудистого свертывания важное значение приобретает все перечисленное, кроме

- +1. определения группы крови
- 2. тромбозластографии
- 3. определения протромбинового времени
- 4. определения протромбинового индекса
- 5. определения концентрации антитромбина

39. В норме парциальное давление кислорода в артериальной крови составляет

- 1.  $110 \pm 6$  мм рт. ст.
- +2.  $95 \pm 1$  мм рт. ст.
- 3.  $80 \pm 5$  мм рт. ст.
- 4.  $75 \pm 8$  мм рт. ст.
- 5.  $68 \pm 2$  мм рт. ст.

40. Артериальная гипоксия у больных с травмой возникает вследствие

- +1. альвеолярной гиповентиляции
- +2. нарушения вентиляционно-перфузионных отношений
- +3. внутрилегочного шунтирования венозной крови

41. Внутрилегочное шунтирование венозной крови составляет в норме

- 1. 1-3%
- +2. 5-7%
- 3. 9-12%
- 4. 13-15%

5. 20-23%

42. Шоковый период травматической болезни характеризуется

- +1. глюкозурией
- +2. гипергликемией
- +3. лактацидемией

43. Для неблагоприятного исхода гнойно-септических осложнений травматической болезни характерно

- +1. развитие продолжительной умеренной гипергликемии
- +2. гиперинсулинемии
- +3. увеличение скорости глюконеогенеза
- +4. лактоцидемия

44. Гиперосмолярность крови и плазмы возникает при уровне

- 1. 120 мосмоль/л
- 2. 186 мосмоль/л
- 3. 295 мосмоль/л
- +4. 310 мосмоль/л
- 5. 326 мосмоль/л

45. Гиперосмолярность крови определяется при уровне

- 1. 150 мосмоль/л
- 2. 210 мосмоль/л
- 3. 386 мосмоль/л
- 4. 605 мосмоль/л
- +5. 1205 мосмоль/л

46. Осмотически активными веществами в крови и плазме являются все нижеперечисленные, кроме

- 1. мочевины
- 2. натрия и калия
- 3. глюкозы
- 4. лактата
- +5. микроэлементов (железо, цинк, медь)

47. Из применяемых для трансфузии растворов у травматологических больных являются гипоосмотическими все перечисленные, кроме

1. альбумина 5%
2. гемодеза
3. раствора Гартмана
- +4. аминокептида
5. глюкозы 5%

48. Из применяемых для трансфузии растворов гиперосмотическими будут все нижеперечисленные, кроме

1. желатиноль
2. аминокептид
- +3. интралипид 10%
4. гидролизат казеина
5. глюкоза 10%

49. У пострадавших с тяжелой механической травмой нарушаются следующие функции поджелудочной железы

- +1. ферментообразования
- +2. ферментовыведения
- +3. переваривания в самой железе

50. Ферментообразовательная и ферментовыделительная функции поджелудочной железы у больных с травмой нарушаются вследствие всех перечисленных причин, исключая

1. гипоксию
2. ацидоз
3. дискинезию желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки
- +4. инактивацию протеаз поджелудочной железы
5. нарушение проходимости протоков

51. Так называемая "острая панкреатическая энзимопатия" у больных с травмой характеризуется

- +1. активизацией кининовой системы
- +2. активизацией протеолиза
- +3. активизацией коагулопатии
- +4. кардиотоксической реакцией

52. У больных с тяжелой механической травмой имеют место все перечисленные патологические (функциональные и органические) изменения со стороны печени, кроме

1. понижения артериального и портального кровотока печени до 30-40% от исходного
2. возникновения внутripеченочной вазоконстрикции, сменяющейся застоем крови в печени и развитием ДВС
3. элиминации ферментов с гиперферментемией ЛДГ, АЛТ, АСТ
- +4. уменьшения потребления АТФ и уменьшения проницаемости мембран
5. дистрофии гепатоцитов, развития холестаза и цитолиза

53. Симпатико-адреналовая система (САС) быстро и сильно реагирует на травму, что проявляется всем перечисленным, исключая повышение

1. выработки и активности катехоламинов
2. концентрации норадреналина до 2 раз
3. концентрации адреналина до 6 раз
- +4. возможности возникновения ДВС в первые 3 дня
5. обменных процессов и функциональной деятельности систем организма

54. С целью профилактики возникновения гипергидратации головного мозга у пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой объем внутривенных инфузий не должен превышать

1. 800 мл/сут
2. 1200 мл/сут
3. 2000 мл/сут
- +4. 2500 мл/сут
5. 3000 мл/сут

55. Инфузия гипертонических растворов глюкозы больным с тяжелой травмой имеет целью

- +1. компенсацию глюкозы, расходующейся в гликолитической цепи
- +2. стимуляцию инсулина
- +3. угнетение глюкагона

56. Возмещение кровопотери на современном этапе развития трансфузиологии состоит в том, что

1. потерянная кровь должна замещаться только кровью и возмещение должно быть ранним

2. должно соблюдаться количественное равенство
3. переливать следует с запасом, превышающим кровопотерю на 0.5 л
4. должен соблюдаться закон длительности переливания
- +5. кровь должна переливаться только по жизненным показаниям

57. Для определения группы крови кровь следует забирать +1. до переливания высокомолекулярного декстрана

- +2. до переливания низкомолекулярного декстрана
3. после переливания высокомолекулярного декстрана
4. после переливания низкомолекулярного декстрана

58. Переливание несовместимой крови вызывает

1. отек легких
2. тромбоз клубочков почек
3. диссеминированное внутрисосудистое свертывание
4. гемолитическую анемию
- +5. поражение почечных канальцев

59. Уровень гематокрита консервированной крови составляет

1. 20%
2. 30%
- +3. 40%
4. 50%
5. 60%

60. Уровень гематокрита эритроцитарной массы составляет

1. 30%
2. 40%
3. 50%
4. 60%
- +5. 70%

61. Для стабилизации аутокрови требуется гепарин в количестве

- +1. 1000 ед гепарина на 500 мл крови
2. 2000 ед гепарина на 500 мл крови
3. 3000 ед гепарина на 500 мл крови
4. 5000 ед гепарина на 500 мл крови

62. Сывороточная гомологическая желтуха наблюдается наиболее часто при внутривенном переливании

1. цельной крови от одного донора
- +2. крови или плазмы от многих доноров
3. плазмы от одного донора
4. эритромаcсы от одного донора
5. крови и плазмы от одного донора

63. Трансфузионная реакция во время наркоза проявляется всеми перечисленными симптомами, кроме

1. одышки
2. примеси крови в моче
3. гипотонии
4. диффузионного кровотечения из операционной раны
- +5. цианоза

64. Ранним признаком острого тромбоза артерий является

- +1. боль
2. отек
3. похолодание конечности
4. мраморность кожных покровов
5. пощипывание, парестезии

65. Фильтрация аутокрови осуществляется через несколько слоев марли

1. 2 слоя
2. 3 слоя
3. 6 слоев
- +4. 8 слоев
5. 10 слоев

66. Уровень разжижения крови нужно считать опасным при показателе гематокрита, равном

- +1. 10-15 ед.
2. 20-30 ед.
3. 31-40 ед.
4. 41-50 ед.

67. Минимальный уровень гематокрита, при котором имеются благоприятные условия для микроциркуляции и переноса кислорода

1. в пределах 15-20%
- +2. в пределах 30-35%
3. в пределах 35-40%
4. в пределах 40-45%
5. в пределах 45-50%

68. При внутривенном введении аутокрови нужно вводить 10% раствор хлористого кальция из расчета

- +1. 10 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
2. 20 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
3. 30 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
4. 40 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
5. 50 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови

69. Синдром "массивная трансфузия" включает все следующие компоненты, кроме

- +1. повышения артериального давления
2. сердечно-сосудистого коллапса
3. рвоточивости раны
4. почечно-печеночной недостаточности
5. полиорганной недостаточности

70. Показаниями к прямому переливанию крови являются

- +1. синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания
- +2. массивные кровотечения в акушерстве
- +3. отсутствие банка консервированной крови
- +4. отсутствие возможности проведения реинфузии

71. На каждые 500 мл крови с целью "защиты от цитрата" необходимо ввести

- +1. 1 г кальция
2. 2 г кальция
3. 3 г кальция
4. 4 г кальция
5. 5 г кальция

72. Показаниями к переливанию плазмозаменителей являются

1. гиперволемиа
2. нормоволемиа
- +3. гиповолемиа
4. уровень гематокрита 45-50%
5. высокий лейкоцитоз

73. Плазмозаменители вызывают все перечисленное, кроме
- +1. повышения гидростатического давления
  2. повышения онкотического давления
  3. перемещения внеклеточной жидкости в сосудистое русло
  4. повышения транспортной функции
  5. тромбоцитопении разведения

74. Максимальная доза лактасола при внутривенном введении не должна превышать

1. 1-2 л
- +2. 2-4 л
3. 5-6 л
4. 7-8 л
5. максимальный объем не определен

75. Возрастные особенности регенерации костной ткани обусловлены

1. механизмом травмы
- +2. состоянием белковой матрицы кости
3. минерализацией кости

76. Регенерация костной ткани наиболее продолжительна

1. в раннем возрасте
2. в юности
3. в среднем возрасте
- +4. в старческом возрасте

77. В течении раневого процесса целесообразно различать периоды

+1. сосудистых изменений и очищения раны от некротических тканей

- +2. образования и созревания грануляционной ткани
- +3. реорганизации рубца
- +4. эпителизации

78. Участие гистамина в раневом процессе заключается в нижеперечисленных действиях, исключая

1. расширение просвета артериол, венул, капилляров
- +2. сужение просвета артериол, венул, капилляров
3. повышение проницаемости капилляров
4. стимуляцию фагоцитоза
5. укорочение времени кровотечения

79. Бактериальное обсеменение "чистых" операционных ран оказывается наиболее высоким на этапе

1. сразу после разреза кожи
2. в наиболее травматический момент операции
3. перед зашиванием раны
- +4. при первой послеоперационной перевязке

80. Острое гнойное воспаление ран в основном определяют следующие возбудители, кроме

- +1. золотистого стафилококка и стрептококка
2. протей и неклостридиальных анаэробов
3. протей и энтерококков
4. синегнойной палочкой
5. неклостридиальных анаэробов

81. Причинами возникновения гнойной инфекции травматических ран являются

1. "уличная" микрофлора
- +2. "госпитальная" микрофлора
- +3. эндогенная микрофлора

82. Наиболее эффективными против синегнойной инфекции являются все дезинфицирующие средства, исключая

1. борную кислоту
2. муравьиную кислоту
3. перманганат калия
4. дегмициды
- +5. антисептики, содержащие соединения четвертичного аммония

83. В ранней фазе воспаления раневого процесса ведущую роль играют

1. макрофаги
- +2. тромбоциты и тучные клетки
3. нейтрофилы
4. фибробласты

84. Основными клетками, принимающими участие в очищении ран от тканевого детрита в фазу воспаления, являются

- +1. макрофаги
2. тромбоциты и тучные клетки
3. нейтрофилы
4. фибробласты

85. К факторам, повреждающим локальную тканевую защиту в ранах и способствующим развитию инфекции, относят

- +1. местную ишемию, наличие некротизированных тканей, гематом
- +2. хронические заболевания (соматические)
- +3. инородные тела
- +4. терапию иммуносупрессорами

86. К факторам, определяющим успех метода активного вакуумного дренирования при абсцессах, затеках и т.п., относятся

- +1. герметичность дренируемой полости
2. введение дренажа через контрапертуру со стороны здоровых тканей
3. эвакуация содержимого гнойной полости через небольшой разрез с последующим его ушиванием
4. введение лекарственных препаратов в полость с определенной экспозицией

87. Применение ферментов в комплексном лечении ран способствует

всему перечисленному, исключая

- +1. агрегацию эритроцитов в зоне раны
2. повышение прочности послеоперационного рубца
3. сокращение фазы травматического воспаления
4. активизацию роста грануляц. ткани, синтеза кислых гликозаминогликанов, образование коллаген. волокон

88. К средствам энзимотерапии относятся следующие вещества, применение которых целесообразно для лечения инфицированных ран, кроме
1. трипсина, химиотрипсина, химиопсина
  2. эластолитина
  3. протелина, гидролитина
- +4. прасилола  
5. бализа
89. Ведущими симптомами раневого сепсиса являются
- +1. тяжелая интоксикация
  - +2. гиповолемия, нарушение водно-электролитного баланса, ацидоз
  - +3. ухудшение микроциркуляции
  - +4. анемия, гипопротейнемия
90. Заживление раны первичным натяжением обуславливается рядом условий, к которым относятся
- +1. небольшая зона повреждения и плотное соприкосновение краев раны
  - +2. сохранение жизнеспособности краев раны
  - +3. отсутствие очагов некроза и гематомы
  - +4. асептичность раны (или уровень микробных тел ниже критического)
91. Хирургическая обработка в фазе регенерации ставит перед хирургами следующие задачи
- +1. удаление нежизнеспособных и измененных тканей
  - +2. снижение количества микробных тел в ране
  - +3. вскрытие затеков
  - +4. снижение интоксикации
92. Сроки активного дренирования гнойной раны составляют
1. от 3 до 5 суток
  2. от 6 до 10 суток
  3. от 11 до 14 суток
- +4. сроки определяются отдельной конкретной ситуацией
93. К приемам введения дренажной трубки относятся
- +1. трубку располагают точно на дне гнойной полости

+2. отводящий конец располагают в самом низком (в положении лежа) участке

+3. используют трубки диаметром от 5 до 20 мм

+4. вводят дренажи послойно при обширных ранениях

94. При наличии местного гнойного очага генерализованная инфекция проходит фазы

+1. гнойно-резорбтивную лихорадку

2. начальную стадию сепсиса

3. септицемию

4. септикопиемию

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

+1. антибактериальная терапия

+2. снятие швов и промывание раны

+3. повторная хирургическая обработка раны с наложением

вторичных швов

96. Ко вторичным гнойным воспалениям при первичном ожоге (инфицированной ране, карбункуле, абсцессе, флегмоне) относятся

+1. лимфаденит

2. флебит

3. тромбофлебит

4. артрит

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

+1. раневого истощения

2. сепсиса

3. септицемии

4. пиемии

5. септикопиемии

98. В классификации клинического течения хирургического сепсиса выделяют все перечисленные формы, кроме

1. молниеносной

2. острой

3. подострой

- +4. рецидивирующей
- 5. хронической

99. Клиническая картина гнилостной инфекции представлена всеми перечисленными симптомами, за исключением

- 1. зловонного гнойного расплавления тканей с пузырьками газа
- 2. общей интоксикации, высокой температуры
- 3. ясного сознания, субфебрильной температуры
- 4. беспокойства

+5. при разрезе в ране здоровые снабжаемые кровью мышцы

100. Тромбоэмболия легочной артерии после травмы обычно возникает через

- 1. 3-7 дней
- 2. 8-12 дней
- +3. 13-21 дней
- 4. 22-28 дней
- 5. 30-36 дней

101. При попадании воздуха в кровеносную систему смертельные осложнения наступают при попадании

- 1. 3-5 мл
- 2. 10-20 мл
- 3. 50-100 мл
- 4. 100-140 мл
- +5. 150-250 мл

102. Жировая эмболия обычно возникает после травмы через

- 1. 1 сутки
- 2. 2 суток
- +3. 3 суток
- 4. 6 суток
- 5. 12 суток

103. Клиническими признаками нежизнеспособности тканей при первичной хирургической обработке будут все перечисленные, исключая

- 1. изменение окраски
- 2. отсутствие кровотечения

3. отсутствие эластичности
4. нарушение сократимости
- +5. запах, повышенную кровоточивость при ранении

104. Наложение кровоостанавливающего жгута при кровоточащих ранах требует выполнения всех перечисленных манипуляций, исключая

1. жгут накладывается как можно ближе к ране, проксимальнее ее
- +2. жгут накладывается у корня конечности на мягкую подкладку
3. жгут накладывается и затягивается до исчезновения периферического пульса и прекращения кровотечения
4. жгут можно накладывать на одежду и на мягкую подкладку
5. к жгуту обязательно прикладывается бирка с указанием времени наложения в минутах

105. Правильное наложение кровоостанавливающего жгута характеризуется следующим условием

1. жгут наложен как можно туже на конечности
2. жгут наложен с силой, вызывающей онемение в дистальном отделе конечности
- +3. жгут наложен так туго, как только остановится кровотечение
4. жгут наложен так, что из раны слегка сочится кровь
5. жгут накладывается до передавливания мышц конечности

106. К понятию хирургической обработки раны относится

1. смазывание краев раны йодом, наложение повязки, введение внутримышечно антибиотиков
2. промывание раны, введение в мягкие ткани антибиотиков
3. удаление из раны инородных тел, обработка раны антисептиками, дренирование раны
- +4. рассечение и иссечение раны, удаление сгустков крови, дренирование раны, восстановительная операция

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

1. 12-18 ч
- +2. 24-48 ч
3. 49-72 ч
4. 73-96 ч

## 5. 97-120 ч

108. Показаниями к первичной хирургической обработке являются все нижеперечисленные, кроме

1. наличия точечной раны с венозным кровотечением
2. небольшой раны с ровными краями без кровотечения
3. наличия у пострадавшего более тяжелого повреждения, опасного для жизни (внутреннее кровотечение)
4. сильно загрязненной и размятой раны
- +5. состояния травматического шока III-IV степени

109. Вторичной хирургической обработкой раны называется

1. хирургическая обработка, сделанная позднее одной недели после повреждения
- +2. хирургическая обработка, сделанная при неудовлетворительном результате первичной хирургич. обработки
3. наложение вторичных швов на рану после первичной хирургической обработки, сделанной 1-3 дня назад
4. пластическое закрытие кожного дефекта после хирургической обработки
5. обработка, сделанная впервые по прошествии одного месяца после травмы

110. Под вторичным заживлением раны не следует понимать заживление

1. вторичным натяжением
2. через нагноение
3. через грануляции
4. через отторжение погибших тканей
- +5. после вторичной хирургической обработки

111. Первично-отсроченным швом является

1. шов на рану, подвергшейся хирургической обработке через одну неделю после повреждения
2. шов, наложенный на рану, подвергнувшейся обработке через один месяц после повреждения
- +3. шов, накладываемый на рану в течение первых 5-6 дней после ранения до появления грануляций

4. шов, наложенный на гранулирующую рану с подвижными нефиксированными краями, без наличия рубцов
5. шов на гранулирующую рану с развитой рубцовой тканью после иссечения кожных краев и дна раны

112. Поздним вторичным швом называется шов, наложенный

1. в течение первой недели после первичной хирургической обработки до появления грануляций

2. на гранулирующую рану с подвижными краями без наличия рубцов

+3. на гранулирующую рану с развитием рубцовой ткани после иссечения краев и дна раны

4. на раны через один месяц после травмы

5. на рану на 2-3 суток после первичной хирургической обработки

113. К категории аутопластических видов восстановительной хирургии относятся все перечисленные, кроме

1. свободная кожная пластика расщепленным аутолоскутом

2. свободная кожная пластика полнослойным кожным аутолоскутом

3. аутопластика филатовским стеблем

4. пластика передвижным кожным аутолоскутом

+5. замещение дефекта кожи лиофилизированным кожным аллотрансплантатом

114. Споры столбнячной палочки при кипячении или сухом нагревании

до 150 градусов Цельсия погибают

1. через 10-20 мин
2. через 21-30 мин
3. через 31-40

мин

4. через 41-50 мин

+5. более 60 мин

115. Инкубационный период при столбняке обычно равен

1. 1-2 дня

2. 3-5 дней

+3. 7-14 дней

4. 10-21 день

5. 24-30 дней

116. В ранних фазах развития столбняка следует проводить дифференциальный диагноз

- +1. с менингитом
- +2. с отравлением стрихнином
- +3. с бешенством

117. Лечение столбняка в первые 2-3 дня осуществляется применением перечисленных лекарственных препаратов, исключая

- 1. противостолбнячную сыворотку внутримышечно и эндолюмбально
- +2. лидазу и кислород эндолюмбально
- 3. миорелаксанты внутривенно
- 4. противостолбнячный g-глобулин внутримышечно
- 5. нейроплегические препараты внутримышечно и внутривенно

118. При анаэробной газовой инфекции в патологический процесс вовлекаются

- 1. только мышцы
- 2. преимущественно подкожная жировая клетчатка и кожа
- 3. только соединительная ткань
- +4. все виды мягких тканей

119. Клостридии - возбудители анаэробной инфекции вырабатывают

- +1. экзотоксин
- 2. эндотоксин
- 3. экзотоксин и эндотоксин
- 4. не вырабатывает токсина

120. Инкубационный период при анаэробной газовой инфекции составляет

- 1. от 1 до 12 ч
- 2. от 12 до 24 ч
- 3. от 24 до 48 ч
- +4. от 3 до 4 суток
- 5. свыше 5 суток

121. Перевязку сосудов при дистальной операции по поводу газовой анаэробной инфекции необходимо делать

- 1. проксимальнее из дополнительного резерва

2. на протяжении, но в ране
- +3. в области культуры

122. Профилактической дозой антигангренозной сыворотки является

1. по 5 000 МЕ против каждого из трех возбудителей
- +2. по 10 000 МЕ против каждого из трех возбудителей
3. 10 000 МЕ против возбудителя "перфригенс"
- +4. 30 000 МЕ против всех возбудителей (поливакцина)

123. Применение ГБО при газовой анаэробной инфекции способствует

- +1. действию антибиотиков
- +2. стимуляции фагоцитоза
3. оказанию антитоксического действия
4. оказанию общенормализующего действия

124. Бешенство характеризуется развитием патологических изменений головного мозга в виде

1. менингита
- +2. энцефалита
3. базального арахноидита лобных долей
4. вентрикулита III желудочка
5. отека мета- и гипоталамуса

125. Стадия предвестников при бешенстве характеризуется следующими симптомами:

- +1. длительность стадии предвестников 1-3 дня,
- +2. появление неприятных ощущений в области укуса или ослюнения в виде жжения, зуда, гипертензии кожи,
- +3. депрессия
4. повышенное слюноотделение, слуховые и зрительные галлюцинации,
- +5. беспричинная тревога,

126. Дифференциальная диагностика бешенства проводится

- +1. с столбняком
- +2. с истерией
- +3. с поствакционным энцефалитом
- +4. с энцефаломиелитом

127. Наиболее часто сдавление мягких тканей наблюдается

1. при автомобильных авариях
2. при падении с высоты
- +3. при землетрясении
4. при пожарах
5. при подводных работах на глубине

128. В патогенезе сдавления мягких тканей ведущее значение имеет все перечисленное, кроме

- +1. кровотечения
2. интоксикации
3. плазмопотери
4. чрезмерного болевого раздражения
5. спазма артериальных сосудов почек

129. При сдавлении мягких тканей в электролитном составе крови происходят нижеперечисленные изменения, исключая

1. гиперфосфатемию
2. гиперкалиемию
3. гипернатриемию
- +4. гиперкальциемию

130. При проведении спиц со стороны сгибателей и проведении этой же спицы со стороны мышц-разгибателей для предупреждения контрактур дистальный фрагмент сустава должен находиться в положении

- +1. сначала - полного разгибания, затем - сгибания
2. сначала в положении полного сгибания, затем - разгибания
3. только в положении сгибания
4. только в положении разгибания
5. значения не имеет

131. К "стресс-аппаратам" спицевого направления в компрессионнодистракционном остеосинтезе относят аппараты внешней фиксации, кольца которых соединены

- +1. цилиндрическими пружинами
2. стержнями
3. гибкими связями
4. гипсовой повязкой

## 5. полимерной повязкой

132. При лечении методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза перелома длинной трубчатой кости с косой поверхностью излома рационально проводить

1. дистракцию вдоль продольной оси кости
- +2. компрессию
- +3. боковую компрессию

133. В процессе дистракции происходит растяжение всех перечисленных образований, кроме

1. кожи
2. нервных стволов
3. кровеносных сосудов
4. мышц
- +5. межкожных мембран

134. Основными условиями для оптимальной регенерации при ложных суставах и дефектах костей с использованием компрессионнодистракционного остеосинтеза являются все перечисленные, кроме

1. дистракции со скоростью 1 мм в сутки
- +2. дистракции со скоростью 5 мм в сутки
3. неподвижности отломков в поперечном направлении
4. микроподвижности отломков в продольном направлении
5. дозированной нагрузки на конечность

135. Наиболее удобной для наложения аппарата внешней фиксации является следующая локализация перелома бедра

- +1. оскольчатый перелом бедра в нижней трети
2. многооскольчатый перелом диафиза бедра
3. оскольчатый перелом бедра на границе верхней и средней трети
4. подвертельный перелом бедра
5. чрезвертельный перелом

136. Нецелесообразно использование метода чрескостного остеосинтеза аппаратами внешней фиксации при переломах

1. пяточной кости со смещением пяточного бугра
2. костей предплюсны со смещением и вывихом
- +3. таранной кости без смещения

4. клиновидных костей со смещением
5. плюсневых костей со смещением

137. При переломе внутреннего мыщелка бедра без смещения целесообразно использовать следующие из перечисленных аппаратов внешней фиксации

- +1. Илизарова и Калнберза
2. Гайдукова - Ткаченко и Окулича
3. Сиваша и Волкова - Оганесяна
4. Сиваша и Гудушаури

138. Главными условиями, обеспечивающими успех лечения при стержневом компрессионно-дистракционном остеосинтезе, являются

- +1. прочная фиксация стержней в кости, соединенных односторонней скобой
2. использование для соединения стержней двух скоб в различных плоскостях
3. использование рамочного соединения стержней
4. соединение фигурной рамой стержней, проведенных в различных плоскостях

139. При использовании компрессионно-дистракционного остеосинтеза аппаратом Илизарова следует помнить, что большая жесткость чрескостной фиксации определяется

- +1. к вертикальной нагрузке
2. к осевой нагрузке
3. к поперечной нагрузке

140. Наиболее ярко и отчетливо клиническая картина сдавления мягких тканей наблюдается

1. в момент сдавления
2. сразу же после освобождения от сдавления
3. через несколько часов после освобождения от сдавления
4. через 2-3 суток после сдавления
- +5. все перечисленное неправильно

141. Плазмпотеря после освобождения от сдавления нижней конечности обычно составляет

- +1. 0.5% от веса тела пострадавшего
2. 1.8% от веса тела пострадавшего

3. 3.3% от веса тела пострадавшего
4. 15.5% от веса тела пострадавшего
5. 20.3% от веса тела пострадавшего

142. Клиническая картина сдавления мягких тканей находится в прямой зависимости

1. от возраста больного
- +2. от длительности сдавления
3. от атмосферных условий
4. от характера сдавливающего фактора
5. от пола больного

143. После освобождения конечности от сдавления следует осуществить все нижеперечисленное, исключая

1. иммобилизацию конечности
- +2. наложение жгута на проксимальный конец конечности
3. новокаиновую блокаду конечности
4. новокаиновую паранефральную блокаду
5. введение обезболивающих и седативных средств

144. К вторичному травматическому шоку относят шок

1. диагностируемый у пострадавшего, если в анамнезе у него ранее был шок
2. диагностируемый у пострадавшего при втором и последующих осмотрах
- +3. возникший у пострадавшего через некоторое время после выведения из шока и транспортировки в ЛУ
4. который возник у легкораненого при вторичном более тяжелом ранении
5. возникающий у пострадавшего с радиоактивным микстом, когда всосались в кровь радиоактивные вещества

145. Травматический шок становится необратимым, если максимальное артериальное давление в 60 мм рт. ст. не удается поднять в течение

1. 30 мин
2. 1 ч
3. 2 ч
4. 4 ч
- +5. 6 ч

146. Диагноз травматического шока становится на основании всех перечисленных клинических и инструментальных исследований, исключая

1. изменения показателей артериального давления
- +2. четких изменений центрального венозного и спинального давления
3. показателей пульса
4. частоты дыхания
5. изменения сознания

147. Непосредственная причина угрозы жизни больного при травматическом шоке связана

- +1. с расстройством микроциркуляции в результате молочнокислого диатеза
2. с артериальным кровотечением
3. с множественными переломами длинных трубчатых костей
4. с венозным кровотечением

148. Согласно теории ударного эффекта деформирующихся костей основания черепа объяснимы все приведенные изменения, исключая

1. ушибы полюсов и оснований лобных долей
2. ушибы полюсов и оснований височных долей
- +3. ушибы конвексимальной поверхности лобных долей
4. ушибы основания затылочной доли
5. перелом крыльев основной кости

149. Сдавление головного мозга происходит вследствие всех возникших нарушений, за исключением

1. гидропса
2. внутричерепной гематомы
- +3. субарахноидального кровоизлияния
4. вдавленного перелома костей черепа
5. субдуральной гидромы

150. Для синдрома мозговой гипотензии при легких ушибах головного мозга характерны все перечисленные симптомы, кроме

1. бледности кожных покровов с небольшой синюшностью слизистых
- +2. головных болей распирающего характера
3. уменьшения головной боли при опускании головы

4. понижения артериального давления в пределах АД 100/70-90/60 мм рт. ст.

5. давления спинно-мозговой жидкости от 40 до 100 мм вод. ст.

151. При неполном переломе костей свода черепа имеет место

- +1. перелом только наружной пластинки
- +2. перелом только внутренней пластинки
- 3. расхождение по сагитальному шву или коронарному шву
- 4. перелом основания черепа, но без разрыва твердой мозговой оболочки

152. Для оскольчатых переломов костей свода черепа характерно

- 1. вдавление в полость черепа с повреждением твердой мозговой оболочки

- +2. разделение костных фрагментов пересекающимися трещинами
- 3. радиарное расхождение трещин от центра перелома
- 4. наложение одного костного фрагмента на другой

153. В основу классификации повреждений черепа и головного мозга положены все перечисленные виды и формы повреждений головного мозга, костей свода и основания черепа, исключая

- 1. сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга, сдавление головного мозга

- 2. переломы свода и основания черепа

- 3. открытые и закрытые повреждения головного мозга и черепа

- +4. повреждение желудочков головного мозга

- 5. повреждение твердой мозговой оболочки

154. По виду раневого канала различают все перечисленные огнестрельные повреждения черепа и головного мозга, кроме

- 1. слепого ранения

- 2. сквозного ранения

- 3. тангенциального ранения

- +4. проникающего ранения больших полушарий

- 5. диагонального ранения

155. Основные трудности диагностики повреждений черепа и головного мозга происходят вследствие всех перечисленных причин, исключая

1. тяжелое коматозное состояние пострадавшего
- +2. отсутствие данных люмбальной пункции
3. состояние алкогольного опьянения
4. отсутствие патогномичных симптомов для большинства тяжелых повреждений головного мозга
5. сочетание повреждений головного мозга с повреждениями

внутри органов и опорно-двигательного аппарата

156. При эхо-энцефалоскопическом исследовании больного с черепно-мозговой травмой можно подтвердить диагноз следующих видов повреждения головного мозга и их последствий, исключая

1. сотрясение головного мозга
2. ушиб головного мозга
3. гидроцефалию
- +4. субарахноидальное кровоизлияние
5. наличие внутричерепной гематомы

157. Люмбальная пункция дает возможность точно подтвердить диагноз только

1. сотрясения головного мозга
2. эпидуральной гематомы
3. субдуральной гематомы
4. внутримозговой гематомы
- +5. субарахноидального кровоизлияния

158. При оказании первой помощи больным с тяжелой черепно-мозговой травмой, на месте происшествия и во время транспортировки в стационар, врач должен сделать все перечисленные манипуляции, за исключением

1. восстановить дыхание, проходимость верхних дыхательных путей, сделать интубацию трахеи
- +2. при необходимости произвести трахеостомию
3. сделать венопункцию и осуществить инфузию кровозаменителей
4. осуществить непрямой массаж сердца
5. сделать новокаиновую блокаду перелома костей конечности

159. В связи с тем, что в комплексе консервативного лечения тяжелой черепно-мозговой травмы большое значение уделяется дегидратации и введению достаточного количества жидкости, наиболее отвечающим этим требованиям является

1. маннитол
2. мочевины
3. фуросемид
- +4. раствор А.Лабори
5. раствор 10% глюкозы

160. Противопоказаниями к осуществлению костнопластической трепанации являются все перечисленные, кроме

1. крайне тяжелого состояния больного
- +2. субдуральной гематомы объемом 60 мл
3. выраженного отека головного мозга
4. ушиба-размозжения головного мозга
5. субдуральной гидромы, после ее удаления необходимо дренировать субдуральное пространство

161. Лечение больного с ушибом головного мозга средней тяжести и закрытым поперечным переломом диафиза бедренной кости в верхней трети со смещением предусматривает по отношению к перелому бедра

1. наложение аппарата Илизарова
2. остеосинтез бедренной кости пластиной
3. фиксацию конечности кокситной гипсовой повязкой
4. наложение модуля аппарата Илизарова
- +5. остеосинтез бедренной кости штифтом

162. Больной перенес ушиб головного мозга средней тяжести, сопровождающийся умеренным субарахноидальным кровоизлиянием. Находился на лечении в течение 3 недель. Спустя 6 месяцев больного беспокоят головные боли. Больной обследован в отделении нейрохирургии и после пневмографии ощутил себя вполне здоровым. У больного, таким образом, выявлено отдаленное последствие черепно-мозговой травмы в виде

1. менингита
2. гидроцефалии
- +3. арахноидита
4. гипертензионного синдрома

## 5. кисты головного мозга

163. Больные, перенесшие тяжелую черепно-мозговую травму и страдающие частыми эпилептическими припадками и выраженным изменением личности, получают

1. I группу инвалидности
- +2. II группу инвалидности
3. III группу инвалидности
4. трудоустраиваются (ВТЭК через 1 год), а далее повторно освидетельствуются

164. В диагностике повреждений спинного мозга ведущую роль играют перечисленные методы исследования, кроме

1. сбора анамнеза
2. исследования двигательных функций конечностей
- +3. измерения температуры отдельных частей тела
4. исследования нарушений чувствительности конечностей
5. исследования проходимости подпаутинного пространства (спинальная пункция)

165. Пострадавшему с тяжелым повреждением спинного мозга на уровне 1-2-3 шейных позвонков сегментов следует в экстренном порядке осуществить все перечисленные мероприятия реанимационного характера, кроме

1. трахеостомии
2. восстановления гемодинамики
3. интубации трахеи и перевода пострадавшего на искусственную вентиляцию легких
- +4. ламинэктомии с ревизией спинного мозга
5. фиксации шейного отдела позвоночника

166. Противопоказаниями к оперативному вмешательству при повреждении спинного мозга являются все перечисленные, кроме

1. травматического шока
2. продолжающегося внутреннего кровотечения, повреждения внутренних органов или головного мозга
3. сепсиса, уросепсиса, гнойных осложнений со стороны мочевыводящих путей
- +4. клинических признаков сдавления спинного мозга

5. повреждения верхних сегментов шейного отдела с бульбарным симптомокомплексом

167. У пострадавшего с ушибом спинного мозга при правильном лечении профессиональное восстановление трудоспособности

- +1. возможно
2. невозможно
3. возможно лишь частично
4. возможно, но через много лет
5. потребует смены специальности

168. При повреждениях периферического нерва двигательные расстройства проявляются

1. гипертонусом мышц выше уровня ранения
- +2. вялым параличом ниже уровня ранения
3. судорожным сокращением мышц ниже уровня ранения
4. усилением сухожильных и периостальных рефлексов ниже уровня ранения
5. перемежающимся гипер- и гипотонусом мышц ниже уровня ранения

169. Верхняя форма или верхний паралич плечевого сплетения возникает при повреждении

1. пучков C3-C4
- +2. пучков C5-C6
3. пучков C7-C8
4. пучков C8-T

170. Для паралича плечевого сплетения типа Клюбке - Дежерина характерны все перечисленные симптомы, кроме

1. поражения срединного нерва
2. синдрома Горнера
3. поражения локтевого нерва
- +4. паралича разгибателей предплечья
5. нарушения чувствительности на внутренней поверхности плеча и предплечья

171. Двигательные волокна лучевого нерва иннервируют все перечисленные мышцы, кроме

1. трехглавой мышцы плеча

2. анконеуса
3. лучевых разгибателей кисти
- +4. плечевой мышцы
5. локтевого разгибателя кисти

172. При повреждении срединного нерва в средней трети предплечья страдают или полностью выпадают двигательные функции всех перечисленных мышц, кроме

- +1. круглого пронатора
2. длинного сгибателя первого пальца
3. глубокого сгибателя пальцев
4. мышцы большого возвышения
5. червеобразных мышц

173. Повреждение всех стволов плечевого сплетения происходит

1. при нанесении резаной раны
- +2. при тракции (тракционном механизме)
3. при нанесении колотой раны
4. при сдавлении конечности
5. при огнестрельном ранении

174. При повреждении бедренного нерва ниже пупартовой связки клиническая картина характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме

1. атрофии четырехглавой мышцы бедра
2. утраты коленного рефлекса
- +3. утраты чувствительности на внутренней поверхности бедра
4. нарушения чувствительности на передне-внутренней поверхности голени
5. невозможности сгибания голени

175. Клиническая картина поражения большеберцового нерва определяется всеми нижеперечисленными двигательными и чувствительными нарушениями, за исключением

- +1. нарушения чувствительности наружной поверхности голени
2. нарушения чувствительности задне-внутренней поверхности голени
3. невозможности поворачивания стопы кнутри
4. невозможности сгибания пальцев стопы

5. атрофии задней группы мышц голени

176. Каузалгия развивается, главным образом, после 1. ранения бедренного нерва

- +2. частичного повреждения срединного нерва
- 3. частичного повреждения малоберцового нерва
- 4. полного пересечения седалищного нерва
- 5. полного пересечения лучевого нерва

177. Для трофических изменений кожи, возникающих после повреждения периферических нервов, характерно все перечисленное, кроме

- 1. возникновения в сравнительно поздние сроки, через недели и месяцы после ранения
- 2. локализации трофических язв чаще в области пятки и стопы
- 3. образования трофических язв в первые дни после ранения при механических и термических воздействиях
- +4. трофические язвы не образуются при неполных перерывах нерва
- 5. при полных перерывах нерва весьма часто отмечается выпадение

волос

178. В случае каузалгии нижней конечности для устранения болевого симптома блокируют один из узлов пограничного симпатического ствола

- 1. I поясничный узел
- +2. II поясничный узел
- 3. III поясничный узел

179. Под термином "невролиз" понимают

- 1. выделение нерва из эпинеуральной оболочки
- +2. выделение нерва из окружающих тканей и рубцов
- 3. выделение нерва из окружающих тканей и рубцов с иссечением перерожденной части без сшивания нерва

180. Показаниями к внутривольному невролизу на верхней конечности являются

- 1. большие рубцы, сдавливающие нервный ствол
- 2. рубцовое перерождение эпинеурия
- 3. рубцы внутри нервного ствола
- 4. боковая неврома

+5. нейрогенная деформация кисти

181. Техника наложения шва нерва состоит из следующих элементов

+1. обязательное поперечное пересечение концов нерва бритвой

+2. наложение двух направляющих швов с латеральной и медиальной поверхности нерва

3. сближение концов нерва вплотную, но без загиба пучков

182. Пластика дефектов периферических нервных стволов может осуществляться с использованием

1. гомопластики (аллопластики)

2. гетеропластики

+3. аутопластики

183. После сшивания периферического нерва в послеоперационном ведении больного следует использовать все перечисленные лечебные мероприятия, кроме

1. гипсовой иммобилизации конечности в течение трех недель

+2. наложения через 3 недели после операции съемной гипсовой повязки и механотерапии

3. массажа и тепловых процедур через 3 недели после операции

4. профилактики развития вторичной нейрогенной деформации со 2-го месяца после операции

5. витаминотерапии с первых дней после операции

184. Ранние (до 6 часов) клинические проявления открытого, изолированного повреждения магистральных артерий конечности с декомпенсацией кровотока в ней выражаются

1. неадекватными повреждению болями

2. раной в проекции сосудистого пучка с кровотечением (интенсивным, незначительным) или отсутствием его

3. бледностью, похолоданием кожных покровов конечности дистальнее раны

4. расстройством чувствительности

+5. мышечной контрактурой

185. Наиболее информативным методом исследования артериального русла является

1. венография

2. осциллография
- +3. ангиография
4. определение пульсации сосуда
5. аускультация

186. Для снижения свертываемости крови после сосудистого шва назначают в раннем послеоперационном периоде

1. реополиглюкин
2. трентал
- +3. аспирин
4. спазмолитики
5. фенилин

187. По внутренней поверхности голени осуществляется доступ

1. к передней большеберцовой артерии
- +2. к задней большеберцовой артерии
3. к малоберцовой артерии

188. При шве артерии конец-в-бок не наблюдается

1. тромбоза анастомоза
2. несостоятельности шва
- +3. спазма в зоне анастомоза

189. Для профилактики тромбоза в зоне сосудистого шва назначают

- +1. антикоагулянты прямого действия
- +2. реополиглюкин
- +3. спазмолитики
- +4. антикоагулянты непрямого действия

190. Трудоспособность при изолированном повреждении лучевой артерии восстанавливается

1. через 3 недели
- +2. после заживления раны
3. через 6 недель
4. трудоспособность не нарушается

191. Основные принципы лечения больных с повреждением грудной клетки включают следующие лечебные действия:

- +1. лечение острой дыхательной недостаточности,

2. восстановление проходимости дыхательных путей,
- +3. снятие болевого симптома,
- +4. лечение острой кровопотери,
- +5. определение показаний к торакотомии

192. Клиника ушиба грудной клетки характеризуется следующими симптомами:

- +1. кровоизлияниями в мягкие ткани грудной клетки,
- +2. нарушением ритма и амплитуды дыхания,
3. симптомом Пертеса,
4. подкожной эмфиземой,
5. симптомами перелома ребер без смещения,

193. Современная классификация переломов ребер включает следующие:

- +1. простой перелом ребер,
2. разбитая грудная клетка,
- +3. сложный перелом ребер,
- +4. осложненный перелом ребер,
5. окончательный перелом ребер,

194. Клиническую картину сложного перелома ребер составляют следующие симптомы:

- +1. болевой симптом,
- +2. кровохарканье,
- +3. подкожная эмфизема,
4. петехиальные кровоизлияния,
- +5. пневмогемоторакс

195. Диагноз осложненного перелома ребер можно поставить на основании следующих признаков:

- +1. выраженная дыхательная недостаточность,
- +2. прогрессирующая подкожная эмфизема,
- +3. пневмоторакс, не устранимый плевральной пункцией,
- +4. гемоторакс,
5. набухание вен шеи

196. Напряженный (клапанный) пневмоторакс устанавливается на основании:

+1. нарастающей сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности,

+2. нарастающей подкожной эмфиземы,

+3. симптома "хлопающего паруса",

4. симптома Бирмера,

+5. положительного симптома "газового синдрома",

197. Для простого гемоторакса характерны:

1. нарастающая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность,

+2. положительный симптом Бирмена,

+3. снижение голосового дрожания на стороне повреждения,

+4. укорочение перкуторного звука на стороне повреждения,

+5. одышка, кашель

198. Клиническая картина хилоторакса складывается из:

1. прогрессирующей дыхательной недостаточности,

+2. клиники гемоторакса,

+3. плевральной жидкости, полученной при пункции: бело-розовый густой верхний и жидкий нижний слой,

4. кровохарканья,

5. положительной пробы Петрова

199. Для возникновения травматического шока у пострадавших с тяжелой травмой грудной клетки ведущее значение имеет все перечисленное, исключая

1. массивный гемоторакс

2. клапанный или напряженный пневмоторакс

3. тампонаду сердца +4. контузионный пневмонит

5.  $PaCO_2 = 60$  мм вод. ст.

200. Острая тампонада сердца проявляется:

+1. резким снижением артериального давления,

+2. значительным повышением центрального венозного давления,

3. резким усилением сердечных тонов,

+4. расширением тени сердца на рентгенограмме в виде трапеции или шара,

5. резкого снижения центрального венозного давления

201. Диагноз ушиба сердца основывается на всех перечисленных данных, исключая

1. данные ЭКГ
- +2. PO<sub>2</sub> и PCO<sub>2</sub> венозной крови
3. ферменты плазмы крови (АСТ, ЛЛГ, ЛДТ)
4. изменение границ сердца
5. неустойчивую гемодинамику и отсутствие отчетливой гемодинамики на проводимую терапию

202. При травмах грудной клетки выделяют следующие формы ателектаза легкого:

- +1. компрессионный,
- +2. обтурационный,
3. обтурационно-резорбционный,
- +4. констрикционный,
5. инфарктный

203. При простых переломах ребер обезболивание достигается путем:

- +1. паравертебральной новокаиновой блокады,
- +2. новокаиновой блокады области перелома ребер,
3. вагосимпатической новокаиновой блокады по А.В.Вишневскому,
4. введения промедола,
5. введения морфина

204. При выполнении плевральных пункций используют все перечисленные точки прокола, кроме

1. второго межреберья по средне-ключичной линии
2. четвертого межреберья по средней-подмышечной линии
3. шестого межреберья по задней подмышечной линии
- +4. восьмого межреберья по лопаточной линии
5. пункции по верхнему краю ребра

205. Дренажирование плевральной полости при гемотораксе следует осуществлять через

1. 3-е межреберье по средне-ключичной линии
2. 5-е межреберье по передней подмышечной линии
- +3. 6-е межреберье по средней подмышечной линии
4. 7-е межреберье по передней подмышечной линии

5. 8-е межреберье по лопаточной линии

206. Показаниями к торакотомии при тяжелых травмах груди являются все перечисленные, исключая

1. гемостатические показания
2. аэростатические показания
- +3. гипоксимические показания
4. дополнительные показания

207. Для открытых повреждений грудной клетки, нанесенных режущими и колющими предметами, характерно все перечисленное, исключая

1. небольшие размеры раны
2. ровные края раны
3. расположение раны чаще на левой стороне
4. раневой канал представляет собой треугольник, вершина которого - кожная рана
- +5. кровотечение из раны чаще артериального характера

208. Наиболее тяжелой по течению и сложной в диагностике формой флегмоны грудной клетки при ранениях груди является

1. флегмона надключичной области
2. флегмона области лопатки
- +3. субпекторальная флегмона
4. флегмона подкрыльцовой области
5. флегмона области тела грудины и мечевидного отростка

209. При наличии у пострадавшего наружного открытого пневмоторакса лечебная тактика включает следующие лечебные действия:

1. введение больному морфина,
- +2. вагосимпатическая блокада по А.В.Вишневскому,
- +3. первичная хирургическая обработка раны грудной клетки,
- +4. наложение окклюзионной повязки на рану грудной клетки до первичной хирургической обработки,
5. дренирование плевральной полости в межреберье расположения раны грудной клетки

210. Различают следующие виды проникающих ранений грудной клетки:

- +1. ушиб легкого,

- +2. ранение с повреждением костей грудной клетки,
- +3. ранения без повреждения костей грудной клетки,
- +4. ранения, связанные с повреждением внутренних органов,
- 5. ранения без повреждения внутренних органов,

211. При огнестрельных ранениях грудной клетки обследование осуществляется с использованием следующих видов анестезии, кроме

- +1. введения морфина или литической смеси
- 2. вагосимпатической блокады по А.В.Вишневскому
- 3. паравертебральной новокаиновой блокады
- 4. межреберной новокаиновой блокады
- 5. перидуральной анестезии

212. При нарастающей эмфиземе средостения производят в срочном порядке так называемое разгрузочное оперативное вмешательство, состоящее из

- 1. пункции по способу Марфана
- 2. пункции по способу Куршмана
- +3. рассечения кожи и фасции над яремной вырезкой и введения за грудину трубки в клетчатку средостения
- 4. введения двух дренажных трубок в 1-е межреберье по парастернальным линиям с обеих сторон
- 5. введения дренажной трубки в клетчатку средостения через трепанационное отверстие тела грудины,

213. Боковая торакотомия дает возможность детально осмотреть

- +1. передние отделы легкого
- +2. передние отделы сердца
- +3. задние отделы легкого
- +4. диафрагму

214. При лечении больных с множественными переломами ребер в сочетании с термическими ожогами грудной клетки и верхних дыхательных путей противопоказаны

- 1. вагосимпатическая новокаиновая блокада по А.В.Вишневскому
- +2. обезболивание закисью азота с эфиром через маску
- 3. трахеостомия
- 4. паравертебральная новокаиновая блокада
- 5. плевральная пункция

215. К симптомам, характерным для ушиба брюшной стенки, относятся

- +1. локальная болезненность, кровоподтек, ограниченная припухлость
2. локальная болезненность, обширная гематома, дефект мышечной ткани
3. кровоподтек, болезненность без точной локализации, вздутие живота
4. болезненность без точной локализации, вздутие живота, дефект мышц в области стенки живота
5. кровоподтек, локальная болезненность, явление пареза кишечника

216. Целесообразно исключить повреждение диафрагмы при наличии резаной раны

- +1. на уровне нижних шести ребер
- +2. на уровне нижних трех ребер
- +3. передней брюшной стенки
- +4. на уровне эпигастрия

217. Диагностика поддиафрагмальных абсцессов основана на всех следующих признаках, исключая

1. боли в области подреберья справа, иррадиирующие в лопатку, надплечье, эпигастральную область
2. высокое стояние диафрагмы, наличие свободной жидкости под диафрагмой
3. наличие симптома "защиты" - положения туловища на спине с приведенными к животу ногами
- +4. наличие экссудативного плеврита на стороне абсцесса
5. симптомы общей интоксикации, повышение температуры, сдвиг лейкоцитарной формулы, повышение СОЭ

218. При лечении переломов шейных позвонков, осложненных повреждением спинного мозга, применяется

- +1. ламинэктомия
- +2. корпоротомия с ревизией дурального мешка
3. рассечение передней продольной и вейной связки
4. резекция суставных отростков позвонков

219. Оперативное лечение переломов грудного отдела позвоночника показано во всех нижеперечисленных случаях, кроме

1. перелома, сопровождающегося повреждением спинного мозга
2. перелома, сопровождающегося повреждением корешков спинного мозга
3. тяжелого многооскольчатого перелома тела позвонка, межпозвоноч. диска с нарушением оси позвоночника
4. взрывного перелома тела позвонка с повреждением двух дисков
- +5. компрессионного перелома тела со снижением высоты менее, чем на 1/4

220. Среди переломов поясничного отдела позвоночника различают все перечисленные, кроме

1. осложненного перелома
2. неосложненного перелома
3. компрессионного перелома
- +4. торсионного перелома
5. перелома заднего отдела позвонка

221. Из консервативных методов лечения повреждений поясничного отдела позвоночника применяются все перечисленные, кроме

1. наложения гипсового корсета
2. метода создания "мышечного корсета" по Гориневской - Древинг
3. постепенной реклинации на валиках или специальном щите
4. одномоментной реклинации с фиксацией гипсовым корсетом
- +5. фиксации места перелома "поясом штангиста"

222. В практике лечения неосложненных переломов поясничного отдела позвоночника применяются все перечисленные оперативные методы, кроме

1. стяжки за дужки при помощи фиксатора Ткаченко
2. стяжки за остистые отростки при помощи фиксатора Цивьяна - Рамиха

3. стяжки за остистые отростки лавсановой лентой
- +4. замены сломанного позвонка ксенопротезом
5. стяжки за остистые отростки проволокой (по Новаку)

223. Переломы костей таза встречаются при всех перечисленных механизмах, кроме

1. сдавливания костей таза
2. разведения костей таза
3. прямого удара по тазу
- +4. скручивания костей таза
5. отрывного механизма

224. К переломам, сопровождающимся разрывом тазового кольца, относятся

1. перелом крыла подвздошной кости
2. перелом лонной кости
3. перелом губы вертлужной впадины
- +4. перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
5. перелом лонной и седалищной костей с разных сторон

225. Не относится к травме вертлужной впадины

1. перелом дна вертлужной впадины
2. перелом верхней губы вертлужной впадины
- +3. перелом основания лонной кости
4. центральный подвывих бедра
5. центральный вывих головки бедра

226. В лечении пострадавших с тяжелыми переломами костей таза не применяются

1. лечение и профилактика травматического шока
- +2. восполнение потерянной при травме крови
3. раннее вставание и активизация пострадавшего - "функциональное лечение"
4. репозиция смещенных отломков таза
5. профилактика и лечение возникающих осложнений

227. Наиболее легким осложнением ранения мягких тканей области таза является

- +1. недостаточность мышц (их сократительность)
- 2. повреждение крупных сосудов и связанные с этим осложнения
- 3. повреждение крупных нервных стволов
- 4. развитие гнойной инфекции
- 5. развитие анаэробной инфекции

228. Подкожные повреждения мышц чаще всего возникают

- 1. при действии прямой травмы
- 2. в результате микротравмы
- 3. из-за резкого некоординированного сокращения мышц
- +4. вследствие патологического состояния мышц и сухожилий

229. Дифференцировать полный и частичный разрыв мышцы следует на основании всего перечисленного, кроме

- 1. степени выраженности болевого симптома
- 2. снижения функции конечности
- 3. обширности отека
- 4. величины гематомы и кровоподтека
- +5. повышенного тонуса мышц

230. Для полного разрыва мышцы характерно все перечисленное, кроме

- 1. отчетливого ощущения момента разрыва
- 2. резкой боли
- 3. снижения функции конечности
- +4. выраженного гипотонуса конечности
- 5. западения в области разрыва мышцы

231. Чаще всего при травмах происходит разрыв

- +1. сухожилий разгибателей пальцев кисти
- 2. сухожилий разгибателей пальцев стопы
- 3. сухожилий четырехглавой мышцы бедра
- 4. сухожилий длинной головки двуглавой мышцы плеча
- 5. ахиллова сухожилия

232. Фиксация оторвавшегося дистального сухожилия двуглавой мышцы плеча наиболее просто и безопасно, и в то же время, осуществляется

- 1. к бугристости лучевой кости
- 2. к фасции Пирогова

- +3. к сухожилию плечевой мышцы
- 4. к плечевой мышце
- 5. к дистальному концу оторвавшегося сухожилия двуглавой мышцы на бугристости лучевой кости

233. Воспаление ахиллова сухожилия может быть вследствие любой из перечисленных причин, кроме

- 1. недооценки воздействия местной инфекции
- 2. частых микротравм области ахиллова сухожилия
- +3. врожденной анатомической предрасположенности в виде варусного положения стопы
- 4. неподходящей обуви при занятии спортом
- 5. упражнений, связанных с бегом и прыжками на твердом, мягком и скользком грунте

234. У штангистов и борцов часто происходит повреждение всех следующих мышц, прикрепляющихся к грудной клетке, кроме

- 1. большой грудной
- 2. межреберных мышц
- 3. передней грудной мышцы
- 4. прямой мышцы живота
- +5. поперечной мышцы груди

235. Отрыв прямой мышцы бедра происходит преимущественно в области

- 1. верхнего полюса надколенника
- 2. седалищного бугра
- +3. передней нижней оси подвздошной кости
- 4. передней верхней оси подвздошной кости

236. Для так называемого перелома Segond характерно все перечисленное, кроме

- +1. отрыва двуглавой мышцы бедра от головки малоберцовой кости
- 2. сочетанного повреждения передней крестообразной связки
- 3. возникновения при насильственной внутренней ротации приведенного и согнутого коленного сустава
- 4. резкой боли и блокады коленного сустава

237. Периферический отломок не бывает смещен

- +1. назад
- 2. вперед
- 3. вниз
- 4. внутрь

238. При консервативном лечении перелома ключицы применяются для иммобилизации ключицы все перечисленные повязки, кроме

- 1. шины Кузьминского
- 2. 8-образной повязки
- 3. колея Дельбе
- +4. гипсовой повязки по Турнеру

239. Периферический отломок при переломе шейки лопатки смещается 1. кверху и внутри

- +2. книзу и кнутри
- 3. кнаружи и кверху
- 4. кнаружи и книзу
- 5. ротационно

240. Характерным симптомом перелома лопатки является

- 1. признак Маркса
- 2. симптом Чаклина
- +3. симптом Комолли

241. При внутрисуставном переломе лопатки для иммобилизации применяется

- 1. гипсовая повязка по Турнеру
- 2. косыночная повязка
- 3. мягкая повязка Дезо
- 4. гипсовая повязка Дезо
- +5. отводящая шина

242. Абдукционный перелом хирургической шейки плеча возникает

- 1. при приведении плеча
- +2. при отведении плеча
- 3. при нейтральном положении
- 4. при любом из перечисленных положений

243. При абдукционном переломе хирургической шейки плеча угол, образованный фрагментами, открыт

1. кнутри и кзади
- +2. кнаружи и кзади
3. кнутри и кпереди
4. углового смещения нет

244. Переломы головки плеча с полным разобщением и поворотом у молодых людей следует лечить

+1. оперативно вправляя и фиксируя наружным остеосинтезом в ранние сроки

2. удаляя головку в ранние сроки
3. удаляя головку, производя артродез в ранние сроки
4. оперируя в поздние сроки, делая остеосинтез
5. оперируя в поздние сроки, удаляя головку

245. Характер смещения диафизных переломов плеча всех 3 уровней (проксимального, среднего и дистального отделов)

+1. только от действующей внешней силы, нарушившей целостность кости

- +2. от сокращения и тяги определенной группы мышц, по-новому влияющих на кость в условиях ее перелома
- +3. от особенностей иннервации

246. При консервативном лечении диафизарного перелома плеча и клинических признаках замедленной консолидации для иммобилизации может потребоваться

1. 3-4 месяца
- +2. 5-6 месяцев
3. 10-12 месяцев
4. 1-1.5 года

247. Среди внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза плеча следует выделять

+1. надмыщелковые переломы плеча (разгибательные и сгибательные)

- +2. чрезмыщелковые переломы плеча и переломы мыщелков
- +3. мыщелковые переломы плеча
- +4. переломы головчатого возвышения

248. При сгибательном типе перелома дистального отдела плеча угол между фрагментами открыт

1. кпереди и кнаружи
2. кзади и кнутри
- +3. кпереди и кнутри
4. углового смещения нет

249. При переломе плеча в нижней трети, осложненным повреждением срединного нерва, возникает расстройство чувствительности

1. 4 и 5 пальцев
2. во 2-м пальце
3. только в 1-м пальце
4. только в 3-м пальце
- +5. в 1, 2, 3 пальцах кисти и внутренней поверхности 4 пальца

250. Линия Гютера - это

1. линия оси плеча
2. линия оси предплечья
- +3. линия, соединяющая надмыщелки плеча в положении разгибания предплечья
4. линия, соединяющая большой и малый бугорки плеча

251. Контрактура Фолькмана возникает вследствие

1. повреждения плечевого сплетения
- +2. продолжительного значительного, но не полного нарушения артериального кровотока
3. короткого, измеряемого минутами, полного прекращения кровотока
4. двойного перелома плечевой кости

252. Контрактура Фолькмана может возникнуть

- +1. при ушибе конечности
- +2. при сдавлении конечности
- +3. при тромбозе, эмболии магистральных сосудов
- +4. при частичном или полном повреждении плечевой артерии

253. Для изолированного перелома лучевой или локтевой кости более характерна

1. косая линия излома

- +2. поперечная линия излома
- 3. винтообразная линия излома
- 4. продольная линия излома

254. При сгибательном типе повреждения Монтеджа головка луча вывихивается

- +1. кпереди
- 2. кзади
- 3. кнутри
- 4. кнаружи

255. Повреждение Галиацци - это

- 1. изолированный перелом локтевой кости
- 2. изолированный перелом лучевой кости
- 3. перелом локтевой кости и вывих головки лучевой
- +4. перелом лучевой кости и вывих головки локтевой

256. Вывих акромиального конца ключицы характеризуется

- 1. признаком Маркса
- 2. симптомом "треугольной подушки"
- +3. симптомом "клавиши"
- 4. пружинящим движением в плечевом поясе

257. Для уточнения диагноза "полный" или "неполный" вывих акромиального конца ключицы необходима рентгенограмма

- 1. надплечья, в положении больного лежа
- 2. надплечья, в положении больного стоя
- +3. обоих надплечий, стоя, с грузом в руке с поврежденной стороны
- 4. обоих надплечий в положении больного "лежа"

258. Срок иммобилизации верхней конечности после оперативного вправления и восстановления связок по поводу полного вывиха ключицы составляет

- 1. 2 недели
- +2. 4-5 недель
- 3. 8 недель
- 4. 12 недель

259. Срочно оперировать следует

1. надгрудинный вывих ключицы
2. предгрудинный вывих ключицы
3. загрудинный вывих ключицы
- +4. загрудинный вывих ключицы с нарушением дыхания

260. Наиболее часто вывихи возникают

1. в тазобедренном суставе
2. в коленном суставе
- +3. в плечевом суставе
4. в локтевом суставе
5. в лучезапястном суставе

261. Вывих плеча часто сопровождается переломом

1. малого бугорка
- +2. большого бугорка
3. шиловидного отростка лопатки
4. клювовидного отростка лопатки
5. ключицы

262. Плечо при внутриклювовидном вывихе кажется

1. удлиненным +2. укороченным
3. длина не изменена
4. деформированным

263. После вправления вывиха плечо следует фиксировать с помощью

1. косыночной повязки
2. мягкой повязки
- +3. гипсовой повязки
4. торако-бронхиальной повязки

264. Причиной возникновения привычного вывиха является

1. родовая травма
2. инфекционный артрит
3. вывих плеча, сопровождающийся переломом ключицы
- +4. повреждения в момент травматического вывиха в сочетании с неправильной тактикой ведения после вывиха

265. Предплечье выглядит удлиненным при вывихе

- +1. кпереди
- 2. кзади
- 3. с расхождением костей
- 4. кнутри

266. Наиболее характерным симптомом для вывиха является

- 1. сильная боль
- 2. "костный" хруст
- 3. возможность производить пассивные движения
- +4. "пружинящие" движения

267. После вправления вывиха плеча необходима иммобилизация

- 1. на косынке
- 2. мягкой повязкой Дезо
- 3. на отводящей шине
- +4. с помощью гипсовой повязки Дезо

268. Методом выбора при лечении огнестрельных переломов верхней конечности будет

- 1. интрамедуллярный остеосинтез
- 2. скелетное вытяжение
- 3. накостный остеосинтез
- +4. внеочаговый остеосинтез с помощью аппарата

269. При вывихе полулунной кости вывихиваются следующие кости запястья

- +1. полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу
- 2. головчатая кость по отношению к полулунной
- 3. полулунная и головчатая кости по отношению к лучезапястному суставу
- 4. головчатая и крючковидная кости по отношению к полулунной
- 5. ладьевидная, головчатая и гороховидная по отношению к полулунной

270. Для повреждения сухожилия глубокого сгибателя пальца не характерны

- 1. локализация и вид раны
- +2. активное сгибание пальца в пястно-фаланговом суставе
- 3. отсутствие активного сгибания ногтевой фаланги пальца

4. отсутствие мышечного тонуса при пассивном разгибании пальца
5. полное активное разгибание пальца

271. При пластическом восстановлении сухожилия глубокого сгибателя пальца кисти не употребляется

1. сухожилие поверхностного сгибателя этого же пальца
2. сухожилие длинной мышцы, натягивающей апоневроз кисти
- +3. сухожилие разгибателя этого же пальца
4. аллосухожилие
5. сухожилия разгибателя пальцев стопы

272. Вывихом чаще всего сопровождается

1. внутрисуставной перелом дистальной головки пястной кости
- +2. перелом типа Беннета - основание 1-й пястной кости
3. околосуставной перелом дистального отдела 5-й пястной кости
4. околосуставной перелом проксимального отдела 5-й пястной кости
5. перелом диафиза 5-й пястной кости

273. Основными признаками перелома шейки бедра являются все перечисленные, кроме

1. болей в тазобедренном суставе
2. укорочения конечности
3. симптома Гирголова
4. симптома "прилипшей пятки"
- +5. ротации конечности внутрь

274. Оперативное лечение переломов шейки бедра осуществляется всеми перечисленными методами, кроме

1. закрытого остеосинтеза различными металлоконструкциями
2. открытого остеосинтеза металлоконструкциями
3. остеосинтеза ауто- и аллотрансплантатами
- +4. открытой репозиции отломков и фиксации гипсовой повязкой
5. эндопротезирования тазобедренного сустава

275. Характерными признаками перелома большого и малого вертелов являются все перечисленные, кроме

1. боли в области тазобедренного сустава, усиливающейся при пальпации
2. боли в области паховой складки и внутренней поверхности бедра
- +3. боли в крестцово-подвздошном сочленении
4. гематомы в области тазобедренного сустава
5. крепитации отломков при пальпации

276. Фиксация отломков при оперативном лечении переломов большого и малого вертелов может быть осуществлена всеми перечисленными способами, исключая

- +1. компрессионно-дистракционные и стержневые аппараты
2. спицы и упорные площадки
3. металлические штифты и шурупы
4. костные штифты
5. шовный материал

277. Благоприятному исходу огнестрельного ранения тазобедренного сустава способствует первичная хирургическая обработка раны, произведенная в первые 6 часов после ранения

- +1. с наложением первичных швов и дренированием раны
2. с наложением вторичных швов и дренирования раны
3. первичная хирургическая обработка в первые 6-12 ч
4. первичная хирургическая обработка в первые 12-24 ч

278. Повреждение бедра под действием травмирующей силы возможно при падении

1. на спину
2. на область крестца и ягодиц
3. на область крыла подвздошной кости
- +4. на область бедра
5. на вытянутые ноги

279. Максимальное отведение и сгибание проксимального фрагмента наблюдается при переломах бедра в области

- +1. верхней трети диафиза
2. средней трети диафиза
3. нижней трети диафиза

4. надмыщелков
5. средней и нижней трети диафиза

280. Повреждение или сдавление сосудов бедра наиболее часто встречается при закрытых переломах бедренной кости в области

1. проксимального отдела бедра
  2. верхней трети диафиза
  3. средней трети
  4. нижней трети
- +5. надмыщелков

281. К наиболее часто встречающимся осложнениям травматического эпифизиолиза дистального конца бедра относятся

1. нарушение (тромбоз) магистрального кровотока конечности
- +2. нарушение роста кости
3. невозможность закрытой репозиции
  4. повреждение сосудисто-нервного пучка
  5. жировая эмболия

282. Лечение огнестрельного перелома бедра на госпитальном этапе включает

1. хирургическую обработку и интрамедуллярный остеосинтез
- +2. хирургическую обработку, активное дренирование, наружную фиксацию отломков
3. хирургическую обработку, пассивное дренирование, компрессионно-дистракционный остеосинтез
  4. хирургическую обработку, вакуумирование и наложение гипсовой повязки
  5. обкалывание антибиотиками, новокаиновую блокаду, иммобилизацию сегмента

283. Оптимальным сроком для удаления фиксаторов является срок

1. 6 месяцев
- +2. 1 год
3. 1.5 года
  4. 2 года
  5. фиксатор можно не удалять

284. Повреждение наружного мыщелка большеберцовой кости, вызываемого чрезмерной абдукцией, сопровождается повреждением боковых связок 1.

2. боковых и крестообразных связок

+3. внутренней большеберцовой связки, передней крестообразной связки и наружного мениска

4. менисков

285. При лечении компрессионных переломов мыщелка большеберцовой кости со смещением отломков предпочтительным является

+1. артротомия, удаление поврежденных менисков, поднятие осевших мыщелков, металлоостеосинтез

2. закрытый компрессионно-дистракционный остеосинтез переломов большеберцовой кости

3. ручное вправление переломов мыщелков большеберцовой кости

4. скелетное вытяжение за надлодыжечную область или пяточную

5. ультразвуковая сварка

286. При консервативном лечении переломов костей голени со смещением отломков скелетное вытяжение накладывают

1. за пяточную кость

2. за надлодыжечную область

3. за таранную кость

4. правильно 1 и 2

+5. правильного ответа нет

287. Консервативные методы лечения закрытых винтообразных переломов костей голени со смещением дают

1. отличные результаты

2. хорошие результаты

+3. удовлетворительные результаты

+4. плохие результаты

288. Лечение остеомиелита костей голени включает все перечисленное, кроме

1. секвестрэктомии, промывания системы микроциркуляции, ультразвукового озвучивания раны

2. проточного промывания и длительного дренирования
- +3. местного применения хлоргексидина 1:1000
4. наложения "глухого" шва
5. применения антибиотиков широкого спектра действия (местно, внутривенно, внутриаартериально)

289. Лечение свежих повреждений ахиллова сухожилия включает
1. наложение гипсовой повязки в положении максимального подошвенного сгибания стопы до 5 недель
  - +2. открытый способ сшивания "конец в конец" или ахиллопластика по В.А.Чернавскому
  3. пластику апоневрозом стопы
  - +4. закрытое сшивание сухожилия

290. Симптомом, позволяющим выявлять даже самое малое количество жидкости от 4 до 8 мл в коленном суставе, является
1. симптом "баллотирования" надколенника
  2. симптом переднего "выдвижного ящика"
  3. симптом заднего "выдвижного ящика"
  4. симптом переднего и заднего "выдвижного ящика"
  - +5. симптом выпячивания

291. При отклонении голени от средней линии нижней конечности во фронтальной плоскости от 0° до 3° можно сделать заключение о том, что
- +1. боковые связки коленного сустава целы
  2. крестообразные связки сохранены
  3. частичный разрыв боковых связок
  4. частичный разрыв боковых связок и крестообразных связок
  5. частичный разрыв крестообразных связок

292. При отклонении голени во фронтальной плоскости от средней линии вовнутрь на 3-5° диагностируется
1. полное повреждение внутренней боковой связки коленного сустава
  2. частичное повреждение внутренней боковой связки коленного сустава
  - +3. частичное повреждение наружной боковой связки коленного сустава
  4. полный разрыв наружной боковой связки коленного сустава
  5. частичный разрыв крестообразных связок

293. Отклонение голени от средней линии нижней конечности во фронтальной плоскости от  $3^\circ$  до  $5^\circ$  кнаружи указывает

1. на полный разрыв внутренней боковой связки
- +2. на частичный разрыв внутренней боковой связки
3. на полный разрыв наружной боковой связки
4. на частичный разрыв наружной боковой связки
5. на повреждение менисков и всех связок коленного сустава

294. Для гемартроза голеностопного сустава ведущим симптомом является

1. кровоподтек
2. боль
3. нарушение функции конечности
- +4. скопление крови в полости сустава
5. разрыв межберцового синдесмоза

295. Для определения точной высоты внутренней и наружной лодыжек необходимо провести горизонтальную линию - перпендикуляр, который проходит через

1. таранную и пяточную кости
2. таранную, пяточную, большеберцовую кости
3. таранную, пяточную, большеберцовую и малоберцовую кости
- +4. суставную часть дистального эпиметафиза большеберцовой кости
5. биссектрису угла Беллера

296. Нарушения кровообращения в ноге после вправления и наложения фиксирующей гипсовой повязки при переломо-вывихах голеностопного сустава возможно вследствие всех перечисленных причин, кроме

1. многократных репозиций
2. сдавления гипсовой повязкой
3. применение циркулярной гипсовой повязки
4. плохого моделирования гипсовой повязки
- +5. наложения аппаратов внешней фиксации

297. Оперативное лечение перелома-вывиха голеностопного сустава ускоряет сроки сращения

1. на 10 дней
2. на 14 дней
3. на 21 день
4. на 28 дней
- +5. не ускоряет

298. Лечение ушибов мягких тканей стопы включает все перечисленное, кроме

- +1. применения рентгенотерапии (малых доз)
2. применения холода в остром периоде
3. наложения давящей повязки
4. физиопроцедур
5. ЛФК

299. При застарелых невправленных многооскольчатых переломах шейки таранной кости необходимо произвести

1. остеосинтез винтами
2. остеосинтез спицами
- +3. артродез голеностопного и подтаранного суставов
4. астрагалэктомия

300. Средний срок иммобилизации при компрессионных переломах пяточной кости составляет

1. 1 месяц
- +2. 2 месяца
3. 3 месяца
4. 4 месяца
5. 5 месяцев

301. Открытым переломом костей следует считать перелом, при котором:

- +1. костная рана связана с внешней средой через поврежденные мягкие ткани и кожу,
- +2. рана кожи и мягких тканей на уровне перелома не сообщается с костью,
3. на уровне перелома располагается зона осаднения кожных покровов,
- +4. рана мягких тканей проникает до кости в 5 см от зоны перелома,

+5. рана мягких тканей проникает до кости в 10 см от зоны перелома,

302. К обязательным элементам лечения открытого перелома относятся все перечисленные, кроме

+1. полного удаления всех микробных тел из области открытого перелома

2. радикального иссечения всех нежизнеспособных тканей и травмированных тканей

3. уменьшения на несколько порядков количества микробов, сгустков крови и инородных тел в ране

4. тщательного гемостаза, рассечения, фасциальных влагалищ

мышц

5. устойчивого остеосинтеза отломков кости

303. Нехарактерным для проникающих ранений крупных суставов является

+1. травматический шок

2. гемартроз

3. серозный синовит

4. геморрагический синовит

5. гнойный артрит

304. Основной целью первичной хирургической обработки раны является

1. стерилизация раны путем иссечения скальпелем

2. превращения случайной раны в "хирургическую" с целью ее закрытия

+3. удаление всех нежизнеспособных сомнительных тканей, как питательной среды для развития инфекции

4. освежение краев раны и удаление из нее сгустков и инородных тел

5. придание ране правильной формы с целью ее пластического закрытия местными тканями

305. После первичной хирургической обработки раны при открытом переломе используются все перечисленные методы, исключая

1. гипсовую повязку

2. скелетное вытяжение

3. накостный остеосинтез
- +4. внутрикостный остеосинтез
5. внеочаговый чрезкожный остеосинтез

306. Чаще других встречаются открытые повреждения

1. плечевого сустава      2. локтевого сустава
- +3. коленного сустава
4. лучезапястного сустава
5. голеностопного сустава

307. При лечении открытых повреждений локтевого сустава из перечисленных реабилитационных мероприятий не следует применять

1. расслабляющий массаж мышц плеча и предплечья
2. тепловые процедуры на локтевой сустав
- +3. тепловые процедуры на локтевой сустав
4. ненасильственные и пассивные движения в локтевом суставе и предплечье
5. активные движения в плечевом и лучезапястном суставе поврежденной конечности

308. К сочетанным повреждениям относятся все следующие травмы, кроме

1. повреждения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов
2. повреждения всех и более различных анатомо-функциональных образований
3. политравмы, сопровождающиеся различными функциональными и морфологическими расстройствами органов
- +4. множественных повреждений опорно-двигательного аппарата и термический ожог
5. перелома костей конечности и черепно-мозговой травмы

309. Основными симптомами ожогов вольтовой дугой являются все перечисленные, кроме

- +1. меток тока
2. характерной локализации
3. металлизации кожи
4. поражения органа зрения

310. Для пассивной иммунотерапии синегнойной инфекции используются

- +1. гамма-глобулин
2. вакцины
3. пиоиммуноген
- +4. гипериммунная антисинегнойная плазма

311. Противошоковую терапию больным пожилого возраста следует начинать с инфузии растворов:

1. глюкозы,
- +2. лактасола,
- +3. новокаина,
4. полиглюкина,
- +5. Рингера

312. Неотложные декомпрессивные некротомии производятся

1. при ожогах лица
2. при ожогах в области кисти
- +3. при циркулярных ожогах туловища
- +4. при циркулярных ожогах конечностей

313. Целенаправленная антибиотикотерапия показана

1. больным с поверхностными ожогами
2. больным с ограниченными глубокими ожогами с профилактической целью
- +3. обожженными при развитии осложнений (сепсиса, пневмонии)
- +4. обожженными в периоде трансплантации кожи

314. При лечении ожогового сепсиса следует соблюдать все перечисленные принципы антибиотикотерапии, исключая

1. внутривенное введение антибиотиков
2. длительность лечения должна быть не менее 4-6 недель
3. антибиотикотерапия должна проводиться под контролем посевов крови и раневого отделяемого
4. применение комбинации антибиотиков
- +5. первоначальное применение больших доз пенициллина

315. Среди множественных и сочетанных повреждений превалирует

1. травма грудной клетки и ее органов

- +2. черепно-мозговая травма и перелом конечностей
- 3. травма брюшной полости и костей таза
- 4. тяжелые множественные повреждения опорно-двигательного аппарата
- 5. сдавления конечностей

316. К сочетанной травме относятся

- 1. множественный перелом ребер и перелом костей голени
- 2. перелом плечевой кости и костей предплечья в сочетании с переломом костей таза
- +3. перелом основания черепа и бедренной кости
- +4. перелом ребер с пневмотораксом

317. Сочетанные повреждения характеризуются всеми следующими особенностями, исключая:

- +1. трудности диагностики,
- +2. тяжесть клинического течения,
- +3. многообразие осложнений,
- +4. трудности прогнозирования исхода и последствий,
- 5. необходимость проведения ангиографического исследования во всех случаях

318. Множественные и сочетанные повреждения характеризуются всеми перечисленными признаками, кроме

- 1. многообразия повреждений
- 2. трудности ранней диагностики
- 3. тяжелого клинического течения
- 4. уменьшения объема циркулирующей крови, падения артериального давления
- +5. высокой летальностью - до 60% и выше

319. Летальность при множественных переломах колеблется в пределах

- 1. от 3 до 8%
- +2. от 15 до 20%
- 3. от 21 до 25%
- 4. от 40 до 55%

5. от 56% и выше

320. Летальность при множественных и сочетанных повреждениях в первые часы после травмы обусловлена всем перечисленным, кроме

1. шока и кровопотери
  2. тяжелой черепно-мозговой травмы
  3. тромбоэмболии легочной артерии
  4. жировой эмболии
- +5. гнойных осложнений

321. Значение типичных повреждений при определенном механизме травмы помогает определить все перечисленные мероприятия, кроме

- +1. предупреждения травматизма
2. ранней диагностики повреждений
3. определения вида и локализации повреждения
4. выбора метода лечения

322. Типичным для кататравмы являются следующие из перечисленных множественных повреждений:

1. перелом шейного отдела позвоночника и бедра,
  2. перелом голеней и перелом плеча,
- +3. перелом костей таза, бедра, голени,
4. перелом грудного отдела позвоночника и костей предплечья,
- +5. перелом поясничного отдела позвоночника, бедра, пяточных костей

323. Термин "травматический очаг" при множественных и сочетанных повреждениях определяют следующие факторы, исключая

1. настораживает врача и позволяет прогнозировать осложнения травмы
2. указывает на механизм травмы
3. указывает на повреждение нескольких сегментов опорно-двигат.

аппарата и прилегающих внутр. органов

+4. указывает на возможное повреждение одновременно - ребер, грудины, легкого и печени

5. указывает на изолированное повреждение одного из сегментов опорно-двигательного аппарата

324. При возникновении дыхательных расстройств на фоне тяжелой сочетанной травмы груди с наличием подкожной эмфиземы необходимо

1. осуществить интубацию трахеи и проводить искусственную вентиляцию легких
2. наложить трахеостому и проводить искусственную вентиляцию легких
- +3. проводить искусственную вентиляцию легких и произвести дренирование плевральной полости
4. проводить искусственную вентиляцию легких и произвести пункцию плевральной полости по показаниям
5. осуществлять медикаментозную терапию и динамическое наблюдение

325. В комплексе мероприятий по оказанию помощи пострадавшим с множественными и сочетанными повреждениями на догоспитальном этапе входят все следующие, кроме

1. оценки тяжести состояния пострадавшего с определением ведущего повреждения
2. остановки наружного кровотечения и иммобилизации поврежденного сегмента
3. восстановлении и поддержании функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем
- +4. гемотранфузионной терапии при внутреннем кровотечении
5. быстрой транспортировки в специализированный стационар

326. Топическая диагностика при сочетанной травме затруднена вследствие

- +1. общего тяжелого состояния вследствие шока или комы
- +2. искажения типичной клинической картины при повреждении нескольких сегментов и органов
3. невозможности применения многих инструментальных методов диагностики у больного с политравмой

327. Критерием оценки состояния пострадавшего с множественными переломами при определении возможности их перевода из реанимации в профильное отделение является все следующее, кроме

1. устойчивой стабилизации артериального давления
2. отсутствия выраженной тахикардии (частота сердечных сокращений не чаще 100 в минуту)
3. отсутствия дыхательной недостаточности (частота дыхания не более 18-20 в минуту)
4. нормального темпа мочеотделения

+5. правильного стояния отломков поврежденных костей

328. Обезболивание при множественных и сочетанных повреждениях направлено на предупреждение таких нарушений, как:

- +1. нервно-психические расстройства,
- +2. дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность,
- +3. травматический шок,
4. тромбоз легочной артерии и жировая эмболия,
5. вторичное кровотечение

329. Наиболее целесообразным обезболиванием при остеосинтезе бедренной кости с большим смещением фрагментов у больного с сочетанной травмой является

1. спинномозговая анестезия в комплексе с наркозом закисью азота
2. перидуральная анестезия в комплексе с внутривенным наркозом
3. эндотрахеальный наркоз с мышечными релаксантами в большой дозе
- +4. эндотрахеальный наркоз с мышечными релаксантами в небольшой дозе
5. хлорэтиловый наркоз в комплексе с внутрикостной пролонгированной гемостатической блокадой

330. Оптимальным методом обезболивания в условиях стационара при множественных переломах ребер следует считать:

1. паравертебральную блокаду,
2. спинальную анестезию,
3. эпидуральную блокаду,
- +4. блокаду области перелома,
- +5. наркотические анальгетики

331. При лечении множественных повреждений опорно-двигательного аппарата предпочтение отдается

1. консервативному методу
2. оперативному методу
3. сочетанию консервативных и оперативных методов
4. функциональному методу
- +5. никакому из указанных методов

332. Стабилизацию костных фрагментов при сочетанной травме опорно-двигательного аппарата наиболее целесообразно осуществлять

1. скелетным вытяжением
2. гипсовой повязкой
- +3. аппаратом внешней фиксации
4. внутрикостным фиксатором
5. любым из указанных способов

333. Оперативное вмешательство по жизненным показаниям производится при следующих множественных и сочетанных повреждениях:

1. ушиб головного мозга с признаками сдавления и дислокации его,
- +2. множественный перелом ребер с повреждением легкого, гемоторакс с уровнем жидкости до VI ребра,
- +3. двусторонний перелом бедер,
- +4. закрытый перелом нижнегрудного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга,
- +5. закрытый перелом поясничного отдела позвоночника с повреждением конского хвоста,

334. регенерация костной ткани при переломах-вывихах у пострадавших с множественной травмой опорно-двигательного аппарата характеризуется следующими особенностями

- +1. замедлением процесса регенерации
2. увеличением сроков консолидации
3. увеличением сроков иммобилизации
4. течением, аналогичным течению репаративных процессов при изолированной травме

335. При сочетанной черепно-мозговой травме и травме опорнодвигательного аппарата наиболее благоприятными сроками для проведения остеосинтеза являются все перечисленные, кроме

1. первые 48 часов
- +2. первые 7 суток
3. 8-21 суток
4. через три недели после травмы

336. К осложнениям множественной и сочетанной травмы относятся все перечисленные, исключая

1. гнойно-септические осложнения, развивающиеся в зоне повреждения и вне ее
2. токсические осложнения (острая почечно-печеночная недостаточность и др.)
3. нарушение реологических св-в крови в сочетании с микроциркуляторными и трофическими расстройствами
- +4. инфекционный гепатит
5. контрактуры при повреждении костей и суставов

337. Деформирующий артроз при политравме является следствием всех перечисленных причин, кроме

1. повреждения хрящевой поверхности сустава
2. повреждения эпифизов
3. повреждения мягких тканей в области суставов
- +4. иммобилизации конечности
5. общих нарушений, возникающих в организме при политравме

338. В профилактике гнойных осложнений при открытых множественных переломах конечностей основное значение имеет

1. введение антибактериальных препаратов в область открытых переломов
- +2. первичная хирургическая обработка ран
3. внутрикостные пролонгированные новокаиновые блокады с антибиотиками
4. футлярные новокаиновые блокады с антибиотиками
5. использование полимерных повязок-покрытий с антибактериальными наполнителями

339. Для профилактики и лечения жировой эмболии при тяжелых множественных травмах наиболее целесообразно применение следующих лечебных препаратов:

- +1. липостабил,
2. гордокс,
- +3. гепарин,
- +4. алкоголь,
- +5. стероидные гормоны

340. Остеосинтез при повреждении опорно-двигательного аппарата в сочетании с травмой внутренних органов осуществляют

1. одновременно с оперативным вмешательством по поводу повреждения внутреннего органа
- +2. после жизнепасающих операций и стабилизации жизненных функций организма
3. параллельно с проведением противошоковых мероприятий

341. Ожоговый шок по виду относится

1. к бактериальному
- +2. к гиповолемическому
3. к анафилактическому
4. к травматическому

342. Нормальные величины объема циркулирующей крови соответственно у мужчин и у женщин составляют

1. 50 мл/кг и 45 мл/кг
2. 60 мл/кг и 50 мл/кг
- +3. 75 мл/кг и 65 мл/кг
4. 90 мл/кг и 80 мл/кг

343. Во вторые сутки ожогового шока больному следует перелить из рассчитанного на первые сутки объема жидкости

1. 1/3 часть
2. 2/3 части
3. 1/4 часть
- +4. 1/2 часть

344. Ведущими симптомами острой ожоговой токсемии являются:

1. нагноение ран,
2. бактериемия,
- +3. гипо- и диспротеинемия,
- +4. анемия,
- +5. выраженная интоксикация

345. Наибольшее число пневмоний при ожоговой болезни приходится на период

1. шока
- +2. острой ожоговой токсемии
3. ожоговой септикотоксемии
4. реконвалесценции

346. Оптимальные сроки применения химических некролитиков у больных с обширными ожогами составляют

1. 3-4 суток после ожога
- +2. 5-6 суток после ожога
3. 7-12 суток после ожога
4. не ранее 15 суток после ожога

347. Для проведения ранней хирургической некрэктомии необходимы все перечисленные условия, кроме

1. адекватного анестезиологического обеспечения
2. восполнения кровопотери (кровь, кровозаменители, белки)
3. энтерального и парэнтерального питания
4. строгого соблюдения асептики и антисептики
- +5. артериальное давление стабильно не ниже 120/70 мм рт. ст.

348. При ранней эксцизии некротических тканей целесообразно применение следующего вида кожных трансплантатов

- +1. сетчатого трансплантата с перфорацией 1:2
2. полнослойного кожного лоскута
3. сплошного расщепленного трансплантата
4. трансплантата аллокожи

349. Специфическую профилактику эрозивно-язвенных изменений желудочно-кишечного тракта при ожоговом шоке следует осуществлять

1. при наличии язвенного анамнеза
- +2. при тяжелом ожоговом шоке
- +3. при легком ожоговом шоке
4. при развитии у обожженных клинической картины острой осложненной язвы

350. Специфическая профилактика острых язв желудочно-кишечного тракта в период тяжелого ожогового шока предполагает все перечисленное, кроме

1. введения антацидов (per os или через зонд)
2. введения постоянного назогастрального зонда
3. применения анацидных препаратов
4. раннего зондового питания
- +5. введения в желудок раствора 4% соды по 50 мл через день

351. Нарушение функции печени у тяжелообожженных в периоде ожоговой токсемии показывают следующие данные лабораторных исследований

1. повышение активности трансаминаз
- +2. билирубинемия
- +3. диспротеинемия
4. гипопротромбинемия

352. Ожог лица обычно не сопровождается

1. поражением глаз
2. ожогом дыхательных путей
3. развитием острых психозов
- +4. поражением слуха

353. Из перечисленных препаратов коллаген входит в состав:

1. альгипора,
- +2. ТИК (тканевой имитатор кожи),
- +3. комбутека,
4. софра-тюль,
- +5. пластодерма

354. Современная классификация ожогов принята

1. на XIV съезде Российских хирургов в 1916 году
- +2. на XXVII Всесоюзном съезде хирургов в 1962 году
3. на I Всероссийской конференции по ожогам
4. на V Всесоюзном съезде травматологов-ортопедов в 1938 году
5. на I Всесоюзном съезде травматологов-ортопедов в 1962 году

355. Клиника ожоговой болезни не включает +1. скрытого (инкубационного) периода

2. периода ожогового шока
3. периода ожоговой интоксикации
4. периода ожогового истощения
5. периода реконвалесценции

356. Индекс Франка, равный "70", характеризует

1. отсутствие ожогового шока у пострадавшего
2. легкий ожоговый шок

- +3. тяжелый ожоговый шок
- 4. сверхтяжелый ожоговый шок
- 5. "смертельный", необратимый ожоговый шок

357. По классификации Т.Я.Арьева местные проявления отморожения делятся

- 1. на 2 степени
- 2. на 3 степени
- +3. на 4 степени
- 4. на 5 степеней
- 5. на 6 степеней

358. Острые поражения холодом - это

- +1. отморожения при температуре, близкой к нулю
- +2. отморожения при температуре ниже 30°
- +3. контактные отморожения
- +4. замерзание

359. Отморожение может наступить при температуре выше нуля градусов при условии

- +1. ветреной погоды
- +2. сырости
- +3. сдавливающей одежды
- +4. хронических сосудистых поражений

360. Основным фактором, понижающим местную сопротивляемость тканей и приводящим к развитию холодового невроаскулита, является

- 1. контакт с очень холодным предметом
- 2. тесная обувь или одежда
- 3. работа без перчаток на морозе
- +4. длительное пребывание во влажной среде с температурой выше нуля до +10-12°С

361. Местная холодовая травма вызывает все перечисленное, кроме

- 1. снижения кровообращения в конечности
- +2. повышения тонуса сосудов в поврежденной конечности
- 3. снижения тонуса сосудов
- 4. понижения эластичности сосудистой стенки

362. Оказание первой помощи в дореактивном периоде включает

1. быстрое согревание, растирание снегом
2. форсированное согревание отмороженной конечности, погрузив ее в ванну с температурой воды в 40°
3. форсированное согревание, включив согревающие лампы или фен
4. обработку спиртом
- +5. обработку спиртом с последующим наложением теплоизолирующей повязки

363. Фасциотомию, некрэктомию, первичную ампутацию и некротомию можно произвести

- +1. под внутривенной регионарной анестезией
- +2. под внутрикостной регионарной анестезией
- +3. под внутрикостной пролонгированной, антикоагуляционной анестезией
- +4. под инфильтрационной и футлярной анестезией по Вишневскому

364. Первичная ампутация при глубоком и обширном отморожении проводится

1. сразу при поступлении в дореактивном периоде
2. в первые часы реактивного периода
3. в первые сутки реактивного периода
- +4. на 4-5 сутки реактивного периода
5. через 3-4 недели в реактивном периоде

365. Местное воздействие электрического тока проявляется всеми перечисленными местными симптомами, кроме

- +1. древовидно-разветвленных гиперемированных полос на коже, не исчезающих при надавливании
2. таких же полос, но исчезающих при надавливании
3. обугливания участка от воздействия электрического тока
4. металлизации тканей
5. образования "знаков тока"

366. Местное воздействие электротока состоит в следующих изменениях

- +1. в образовании знаков тока

- +2. в "металлизации" кожи
- +3. в появлении древовидно-разветвленных полос на коже и их исчезновении при надавливании

367. Наиболее часто встречающимися формами кривошеи являются

1. костная
- +2. мышечная
3. рефлекторная
4. воспалительная

368. При правосторонней мышечной кривошее

- +1. подбородок отклонен влево
2. подбородок отклонен вправо
3. подбородок расположен по средней линии туловища

369. Консервативное лечение мышечной формы кривошеи в первые недели и месяцы жизни ребенка включает

1. фиксированное положение головы
2. ношение воротника Шанца
- +3. рассасывающий массаж больной стороны

370. Наиболее рациональный вид оперативного вмешательства при врожденной мышечной кривошее

1. миотомия ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- +2. операция по Зацепину
3. операция по Гаген - Торну
4. миотомия ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы + ее аллопластика

371. Этиологическим фактором врожденного вывиха бедра (дисплазии) является

1. воспалительный процесс
2. травматический фактор
- +3. дисплазия
4. неправильное членорасположение плода в утробе матери
5. нарушение обменных процессов

372. По степени дисплазии головки бедра по отношению к суставной впадине возможны все перечисленные формы, кроме

1. предвывиха
2. подвывиха
3. вывиха
- +4. дисплазии

373. Рентгенологическая картина дисплазии тазобедренного сустава в первые месяцы жизни ребенка

- +1. позднее появление ядра окостенения головки
2. изменения величин  $h$  и  $d$  (уменьшение, увеличение, без перемен)
3. отношение диафиза бедра к линии Омбредана (через диафиз бедра, кнутри, кнаружи от него)
4. изменение угла Виберга
5. изменение ацетабулярного угла (увеличение, уменьшение, без перемен)

374. Наиболее целесообразным методом лечения дисплазии тазобедренного сустава в раннем периоде является

- +1. консервативный
2. гипсовые повязки
3. функциональные шины
4. оперативный

375. При консервативном лечении больных с дисплазией (вывихом) тазобедренного сустава наибольшие осложнения дает

1. метод Лоренца
- +2. афункциональный метод
3. функциональный метод
4. компрессионно-дистракционный метод

376. Из методов лечебного воздействия при консервативном лечении врожденного вывиха бедра применяются

1. курортное лечение
2. физиотерапия
- +3. лечебная гимнастика
4. массаж
5. водные процедуры

377. Осложнениями после внутрисуставных операций при врожденном вывихе бедра являются

1. релюксация
- +2. асептический некроз головки бедра

3. анкилоз
4. контрактуры
5. ограничение движений в суставе

378. Этиология врожденного вывиха надколенника

1. прямая травма
2. порок развития
3. анатомические дефекты области коленного сустава
- +4. дисплазии
5. наследственная передача

379. При врожденном вывихе надколенника наиболее широко применяются операции

1. на костях
2. на суставе
3. на сухожильно-мышечном аппарате
- +4. смешанные вмешательства

380. Продолжительность иммобилизации после операции по поводу вывиха надколенника составляет

1. 3 недели
- +2. 4 недели
3. 1.5 месяца
4. 2 месяца

381. Основной симптом косолапости

1. эквинус стопы
2. экскаватус стопы
3. вальгус стопы
- +4. варус стопы
5. приведение переднего отдела стопы

382. При косолапости наиболее заинтересованы

1. длинный сгибатель пальцев
- +2. передняя большеберцовая мышца
3. задняя большеберцовая мышца
4. ахиллово сухожилие
5. длинный сгибатель 1 пальца

383. Консервативное лечение косолапости включает
1. мягкое бинтование и ЛФК
  2. массаж и ЛФК
  3. редрессацию
- +4. гипсовые повязки
5. гипсовые повязки по Виленскому
384. По клиническому течению гематогенный остеомиелит может быть
- +1. острым
  - +2. хроническим
  - +3. первично-хроническим
  - +4. постинфекционным
385. Начало острого гематогенного остеомиелита характеризуется
- +1. резкими болями и болевой контрактурой
  - +2. реактивным артритом
  - +3. высокой температурой
  - +4. повышенной СОЭ
386. Принципами лечения гематогенного остеомиелита является воздействие
- +1. на очаг воспаления
  - +2. на возбудителя болезни
  - +3. на иммунитет организма
  - +4. на создание покоя
387. Кортикальный абсцесс характеризуется наличием
- +1. коркового секвестра
  2. центрального секвестра
  3. проникающего секвестра
  4. трубчатого секвестра
  5. циркулярного секвестра
388. Хронический посттравматический остеомиелит следует дифференцировать
- +1. с посттравматическим периоститом
  - +2. с абсцессом Броди и склерозирующим остеомиелитом Гарре
  - +3. с эхинококком кости

+4. с остеогенной саркомой

389. Оперативное лечение хронического посттравматического остеомиелита предусматривает

1. перфорацию кости +2. секвестрэктомию
3. металлостеосинтез
4. костную пластику
5. сегментарную резекцию кости

390. Рентгенологический хронический огнестрельный остеомиелит характеризуется

- +1. остеосклерозом на фоне остеопороза
- +2. нарастанием толщины и плотности кости
- +3. кортико-трубчатыми секвестральными коробками, окруженными грануляционной тканью
- +4. остеопорозом живой кости на фоне остеосклероза

391. Табетические артропатии характеризуются

- +1. внезапным началом с обильным выпотом и субфебрильной температурой
- +2. разболтанностью сустава
- +3. параартикулярным обызвествлением
- +4. расстройством чувствительности

392. Болезнь Кашина - Бека характеризуется

- +1. обезображивающими полихондроостеоартрозами
- +2. эндемичностью и неясной этиологичностью
- +3. симметричностью и прогрессированием
- +4. деформацией и тугоподвижностью суставов

393. Причинами псевдоартрозов при консервативном лечении переломов являются

- +1. недостаточная и часто меняющаяся фиксация
- +2. неполная репозиция фрагментов
- +3. интерпозиция или диастаз между обломками
- +4. неполноценное питание

394. Для лечения ложных суставов костей применяются

1. костная пластика

2. внутрикостный остеосинтез
- +3. компрессионно-дистрационный остеосинтез
4. бальнеотерапия
5. эндопротезирование

395. Характер лечения патологического вывиха бедра связан

- +1. с заболеванием, приведшим к патологическому вывиху бедра
- +2. с локализацией и характером костных изменений
- +3. с возрастом больного и состоянием больного, а также давностью заболевания
- +4. с возможностью врачей, лечебного учреждения и желанием больного

396. "Кокса vara" возникает в связи с поражением
1. головки и эпифиза бедра
  2. шейки бедра
  3. вертельной зоны бедра
  4. подвертельной и диафизной зоны бедра
  - +5. комбинации всех вышеперечисленных зон

397. При лечении кисты мениска используются
1. физиотерапия
  2. иммобилизация сустава
  3. пункция мениска
  - +4. менискоэктомия
  5. менискотомия

398. Основным ранним клиническим симптомом деформирующего артроза тазобедренного сустава является

- +1. боль в области тазобедренного сустава
2. боль в нижней трети бедра и в области коленного сустава
3. приводящая сгибательная контрактура
4. укорочение конечности
5. ограничение объема движений в суставе

399. При радионуклидном исследовании в области сустава во II и III степени артроза отмечается

1. увеличение накопления пирофосфата технеция
- +2. снижение накопления радиофармпрепарата

3. не отличается по концентрации от здорового сустава, а также от соседнего участка кости

4. закономерности не выявляется

400. Комплексная консервативная терапия показана на протяжении многих лет

+1.

при посттравматическом коксартрозе

+2. при идиопатическом коксартрозе

+3. при диспластическом коксартрозе

4. при последствиях асептического некроза головки бедра

401. Основными показаниями к оперативному лечению коксартроза являются

+1. отсутствие эффекта от консервативного лечения

2. короткие периоды ремиссии

3. диспластический коксартроз I, II степени

4. ограничение объема ротационных движений

402. У молодых женщин 18-25 лет с диспластическим коксартрозом II стадии показано

+1. операция на тазобедренном суставе по Мак-Маррею

2. деторсионно-варизирующая остеотомия бедра

3. остеотомия по Хиари

4. эндопротезирование сустава

5. операция артрорезирования сустава

403. Наиболее приемлемая методика фиксации фрагментов после межverteбральной остеотомии

1. фиксатор Харьковского НИИТО

2. штопор Сиваша

+3. пластинка Троценко - Нуждина

4. Г-образная пластинка

5. только гипсовая иммобилизация

404. Патогенез деформирующего артроза коленного сустава

1. васкулярная теория

2. механо-функциональная теория

+3. теория макро-микротравматизации суставного хряща

#### 4. нейротрофическая теория

405. Дифференциальный диагноз деформирующего артроза коленного сустава следует проводить

- +1. с ревматоидным полиартритом
2. с туберкулезным гонитом
3. с гонорейным артритом

406. При деформирующем артрозе коленного сустава II-III стадии наиболее приемлемой операцией является

- +1. высокая корригирующая остеотомия большеберцовой кости
2. вычерпывающая внутрикостная остеотомия проксимального конца большеберцовой кости
3. эндопротезирование коленного сустава
4. артродез коленного сустава
5. артропластика коленного сустава

407. Диспластический процесс имеет в основе

1. нарушение сосудистой трофики
2. нарушение нервной трофики
- +3. неправильное незавершенное формирование органа или системы

408. При фиброзной остеодисплазии в костях определяется эмбриональная ткань

1. хрящевая
2. фиброзно-хрящевая
- +3. фиброзная
4. воспалительная

409. Патологическая ткань при фиброзной остеодисплазии чаще локализуется

1. в эпифизе
2. в зоне роста
- +3. в метафизе
4. в диафизе

410. Периостальная реакция при фиброзной остеодисплазии

1. имеет место
- +2. отсутствует

3. в виде луковичного периостита
4. в виде наличия спикул

411. Первые признаки фиброзной остеодисплазии появляются

1. сразу после рождения
- +2. до 5-летнего возраста
3. до 10-летнего возраста
4. в период полового созревания
5. у взрослого человека

412. Рентгенологические изменения в костях при фиброзной остеодисплазии характеризуются

1. очагом деструкции с фестончатыми краями и "луковичным" периоститом
2. вздутыми костями, наличием кист
3. очагом деструкции, захватывающим метафизарный отдел, зону роста и эпифиз
- +4. очагом деструкции по типу "матового стекла" и "таящего" сахара

413. Консервативное лечение фиброзной остеодисплазии предусматривает

1. медикаментозное лечение
2. физиотерапевтическое лечение
3. грязелечение
4. аппаратотерапию
- +5. не проводится

414. Послеоперационный дефект кости при фиброзной остеодисплазии

1. не замещается
2. замещается аутопластикой
- +3. замещается аллопластикой
4. замещается мышечной тканью

415. Наиболее часто при болезни Олье поражаются

1. плоские кости
- +2. трубчатые кости
3. кости черепа
4. позвоночник

5. мелкие кости кистей и стоп

416. При болезни Олье возможно наличие синдрома

1. Фюрмайера
2. Олбрайта
- +3. Маффучи
4. ни одного из перечисленных

417. Первые признаки болезни Олье появляются

1. у новорожденного
- +2. в дошкольном возрасте
3. в период полового созревания
4. у взрослого человека

418. Консервативное лечение дисхондроплазии Олье предусматривает

1. гормональное лечение
2. медикаментозное лечение
3. массаж
4. физиотерапию и грязелечение
- +5. ни одно из перечисленных

419. Среди методов оперативного лечения при дисхондроплазии применяются

1. выскабливание
2. околосоуставная резекция
3. ампутация
4. сегментарная резекция с замещением дефекта
- +5. краевая резекция с замещением дефекта и корригирующие остеотомии

420. Послеоперационная реабилитация больных с болезнью Олье включает

1. массаж и лечебную гимнастику
2. грязелечение
3. гормонотерапию
4. курортное лечение
- +5. не предусматривается

421. При несовершенном костеобразовании наиболее часто поражаются

- +1. трубчатые кости
2. плоские кости
3. позвоночник
4. мелкие кости кистей и стоп

422. Рентгенологическая картина несовершенного костеобразования характеризуется

1. наличием кист
2. периостальной реакцией
3. расширением зон роста
4. преждевременным закрытием зон роста
- +5. генерализованным остеопорозом с истончением кортикального слоя

423. Изменение зубов у больных с несовершенным костеобразованием характеризуется

1. поздним появлением
2. кариозными зубами
3. крошащимися зубами
- +4. "янтарными" зубами

424. Клинические проявления изменений в костях конечностей при несовершенном костеобразовании характеризуются всем перечисленным, кроме

1. ломкости костей
- +2. отсутствия костной мозоли в случае перелома
3. деформации бедра (голифеобразная, саблевидная)
4. деформации голени (саблевидная, О-образная, К-образная)

425. К сопутствующим изменениям внутренних органов при несовершенном костеобразовании относятся

1. ателектаз легкого
- +2. изменение кислотности желудочного сока (понижение, ахилия, повышение)
3. изменения в сердечно-сосудистой системе
4. изменения в печени

426. Перерождение несовершенного костеобразования в злокачественную опухоль

1. возможно
- +2. невозможно
3. сомнительно

427. Губчатая остеома наиболее часто встречается

1. в области диафизов длинных трубчатых костей
- +2. в области метафизов длинных трубчатых костей
3. на плоских костях скелета
4. на телах позвонков

428. Основными методами лечения губчатой и компактной остеомы являются

1. хирургическое удаление опухоли по типу сомнительной резекции
- +2. краевая резекция в пределах здоровых тканей
3. выжидательная тактика
4. оперативное лечение не показано
5. операция проводится только в случае бурного роста остеомы

429. Гигантская остеоидная остеома (остеобластома) обычно локализуется

1. в диафизах длинных трубчатых костей
2. в метафизах длинных трубчатых костей
- +3. в губчатой кости (тела позвонков, кости таза, кости стопы)
4. закономерности в локализации нет

430. Наиболее информативными методами обследования при остеоидной остеоме являются

- +1. обычная рентгенограмма в двух проекциях и компьютерная томография
2. ангиография
3. сцинтиграфия с пирофосфатом технеция
4. биохимический метод исследования

431. Ведущим клиническим симптомом при хондробластоме является

1. сильная боль в пораженном суставе

2. выраженная припухлость и сосудистый рисунок над пораженной областью

+3. ограничение объема движений в суставе с незначительной припухлостью и реактивным синовитом

4. повышение местной температуры, изменение цвета кожных покровов (гиперемия)

432. Наиболее приемлемым пластическим материалом при хондробластоме является

1. аутотрансплантат

2. суставной конец из алломатериала

3. эндопротез

+4. расщепленные аллотрансплантаты

433. Для хондромы характерно

1. солитарное поражение скелета

2. множественное поражение костей скелета

+3. сочетание множественных поражений коротких костей кисти и длинных трубчатых костей той же конечности

434. Основными рентгенологическими признаками гигантоклеточной опухоли являются

1. гиперпластический процесс с периостальной реакцией на локализацию опухоли

2. литический процесс без периостальной реакции

+3. литический процесс с переходом через эпифизарную пластинку и суставной хрящ

4. полость в метафизе без признаков лизиса или гиперпластических образований

435. При дифференциальной диагностике гигантоклеточной опухоли с солитарной кистой и аневризмальной кистой наиболее информативными являются

+1. обычная рентгенография в двух проекциях

2. компьютерная томография

3. ангиография

4. радионуклидное исследование

5. тепловидение

436. Характерной локализацией неостеогенной фибромы является

1. диафиз длинных трубчатых костей
- +2. метафиз длинных трубчатых костей
3. плоские кости костного скелета
4. все перечисленное

437. Контрактура Фолькмана наиболее часто связана

1. с переломами запястья
- +2. с переломами обеих костей предплечья
3. с вывихом в локтевом суставе
4. с чрезмышечковыми переломами плеча

438. Из костей запястья чаще всего ломается

- +1. ладьевидная кость
2. полулунная кость
3. треугольная кость
4. многоугольная кость
5. головчатая кость

439. Коррекция неправильно сросшегося перелома в растущем возрасте

(у детей) должна быть максимальной, когда деформация

1. только ротационная
2. угловая в средней части диафиза
- +3. угловая в области метафиза
4. боковая угловая деформация
5. боковая и угловая деформация

440. При переломе средней части диафиза лучевой локтевой кости по типу "зеленой ветви" у детей 5 лет угловая деформация может достигать до 10°. В этом случае наилучшим лечением будет

1. гипсовая иммобилизация
2. деформация должна быть исправлена до угла меньше 5°
- +3. деформация устраняется полностью, затем гипсовая повязка
4. слегка исправить, наложить гипсовую повязку
5. никакого гипса, достаточно простого шинирования

441. К переломам, медленно срастающимся и часто не срастающимся, относятся

1. проксимальный отдел плеча

2. межвертельный перелом бедра
- +3. внутрисуставной перелом шейки бедра
4. граница средней трети и нижней трети большеберцовой кости
5. головка ладьевидной кости

442. При костной пластике наибольшее значение имеют
- +1. остогенная активность клеток
  2. степень жизнеспособности трансплантата
  3. иммунологическая реакция организма
  4. приживание трансплантата
  5. наличие щелочной фосфатазы - вещества, задерживающего рост

443. При переломах плеча операционный доступ осуществляется
1. в промежутке между двуглавой и дельтовидной мышцами
  2. разведением волокон плечевой мышцы
  - +3. обнаружением лучевого нерва как ориентира
  4. выделяется промежуток между плечевой и плече-локтевой мышцами
  5. сгибание локтя помогает при этом доступе

444. "Усталостные" переломы, переломы от перенапряжения, ползучие переломы, стрессовые переломы, нагрузочные остеохондропатии, патологическая функциональная перестройка костной ткани - это
1. различные нозологические формы
  2. патологические состояния различ. участков костной ткани в различ. сегментах конечностей и туловища
  - +3. различные названия одного и того же патологического состояния
  4. повреждения костной ткани травматической этиологии
  5. заболевание костной ткани обменного характера

445. Основными клиническими признаками при патологической функциональной перестройке костной ткани являются
- +1. припухлость ограниченного или разлитого характера в соответствующем сегменте конечности
  2. деформация конечности
  3. патологическая подвижность
  4. укорочение конечности
  5. хруст костных отломков, крепитация

446. В позднем периоде патологической функциональной перестройке костной ткани рентгенологически определяется

1. перелом кости без смещения отломков
- +2. локальный или распространенный гиперостоз, спикурообразные разрастания ("бахромчатость")
3. грубые изменения костной ткани в зоне поражения в виде пятнистого остеопороза

447. Основной принцип лечения при патологической функциональной перестройке костной ткани предусматривает

- +1. создание условий повышения репаративной регенерации кости
2. лечение не отличается от принципа лечения переломов костей без смещения отломков
3. устранение нагрузок, которые явились причиной возникновения данного заболевания

448. Методика оперативного лечения при патологической функциональной перестройке костной ткани в виде зоны Лоозера или перелома кортикального слоя предусматривает

1. остеоперфорацию по Беку
2. внеочаговый остеосинтез
- +3. накостный остеосинтез компрессирующей пластиной

449. Наиболее обоснованными теориями патогенеза сколиоза являются

- +1. теория эпифизолиза межпозвонкового диска и нарушения первичного роста в телах позвонков
2. теория нарушения мышечного равновесия туловища
3. травматическая теория
4. повышение естественного радиационного фона окружающей среды

450. В клинической практике наиболее часто встречается

1. врожденный сколиоз
2. паралитический сколиоз
- +3. идиопатический сколиоз
4. рахитический сколиоз
5. неврогенный сколиоз

451. Для грудного сколиоза характерны:

- +1. асимметрия лопаток,
- +2. реберный горб,
- +3. абсолютное укорочение нижней конечности,
4. выраженный симптом Чаклина,
- +5. асимметрия треугольников талии,

452. Стабильность деформации позвоночника при сколиозе наиболее объективно определяется

1. тракцией головы больного вверх и определением подвижности деформации
2. по амплитуде наклона туловища больного в разные стороны
3. по R-граммам позвоночника, сделанным в положении стоя и лежа, путем накладывания их одна на другую
- +4. по формуле Казьмина, определяющей отношение угла деформации в положении лежа к углу деформации стоя
5. по субъективным ощущениям и жалобам больного

453. Наиболее объективным и доступным методом измерения торсии позвонков является

1. клинический метод с помощью аппарата Шульцеса
2. рентгенографический метод по величине отложения остистых отростков
- +3. R-графический - по величине смещения корня дужки от бок. поверхности позвонка на вершине деформации
4. рентгенографический - по расстоянию от остистого отростка до сторон тела позвонка
5. по измерению наклона тубуса R-аппарата, для получения правильной проекции вершинного позвонка

454. Основными признаками первичной дуги искривления являются:

1. повышенная мобильность,
- +2. первичность появления,
- +3. большой угол искривления,
- +4. более выраженные торсионные изменения на вершине искривления,
- +5. большая стабильность

455. Наиболее злокачественным течением отличается

- +1. верхне-грудной и грудной сколиоз
2. пояснично-крестцовый сколиоз
3. грудопоясничный сколиоз
4. поясничный сколиоз
5. комбинированный сколиоз

456. Больным сколиозом показано плавание стилем

1. кроль
2. баттерфляй
- +3. брасс
4. любым стилем
5. плавание противопоказано

457. Корсет типа Гессинка необходимо применять для лечения больных

1. верхне-грудным сколиозом
2. грудным сколиозом
- +3. грудопоясничным и поясничным сколиозом
4. комбинированным сколиозом
5. тотальным сколиозом

458. Наиболее часто остеохондроз поражает

1. шейный отдел позвоночника
2. грудной отдел позвоночника
- +3. поясничный отдел позвоночника
4. копчик
5. чаще бывает распространенным остеохондроз позвоночника

459. Основными методами диагностики остеохондроза позвоночника являются

1. клинический
2. рентгенологический
3. компьютерная томография
4. радионуклидный
- +5. клинический и рентгенологический

460. При шейном остеохондрозе основными синдромами являются:

- +1. корешковые синдромы,
- +2. спинальные синдромы,
- +3. вегетативно-дистрофические синдромы,
4. синдром позвоночной артерии,
5. синдром висцеральных нарушений,

461. Чаще патологическое воздействие на позвоночную артерию и ее нервное сплетение при шейном остеохондрозе оказывают

- +1. суставные отростки при динамическом разгибательном подвывихе позвонка и унковертебральные экзостозы
  2. экзостозы суставных отростков
  3. спазмированная передняя лестничная мышца при латеральном отхождении устья позвоночной артерии
  4. боковые грыжи диска
  5. центральные грыжи диска

462. Показаниями к оперативному лечению при шейном остеохондрозе являются:

- +1. неэффективность консервативной терапии,
- +2. корешковый синдром,
- +3. вегетативно-дистрофический синдром,
- +4. нестабильность позвоночного сегмента,
- +5. грыжевые выпячивания в межпозвонковых отверстиях,

463. Передний корпоротомия при шейном остеохондрозе проводится при применении

- +1. эндотрахеального наркоза
2. местной анестезии
3. проводниковой анестезии
4. местной и проводниковой анестезии
5. не имеет принципиального значения выбор анестезии

464. Рентгенологическими признаками грудного остеохондроза являются:

- +1. уменьшение высоты дисков,
- +2. склероз замыкательных пластинок,
- +3. передние и боковые остеофиты,
4. выраженный сколиоз,
- +5. хрящевые вдавления в тела позвонков,

465. Комплекс консервативного лечения грудного остеохондроза должен включать:

+1. рассасывающую терапию (стекловидное тело, румалон, алоэ и др.),

2. рентгенотерапию,

3. гормональную терапию,

+4. витаминотерапию,

+5. противовоспалительную терапию (вольтарен и т.д.),

466. Выпадение коленного рефлекса характерно для поражения

1. корешка L2

2. корешка L3

+3. корешка L4

4. корешка L5

5. корешка S1

467. Появление болей в вытянутой ноге при подъеме из горизонтального положения называется положительным симптомом

1. Брагара 2. Нери

+3. Лассега

4. Вассермана

5. Мацкевича

468. У больного внезапно возникла параплегия нижних конечностей, быстро возникла гипотрофия мышц, чувствительность снижена с уровня D12-L1 сегментов. Возникли нарушения функции тазовых органов по типу задержки. Данная клиническая картина характерна

+1. для синдрома артериальной миелоишемии поясничного утолщения

2. для синдрома артериальной ишемии конуса и эпиконуса спинного мозга

3. для синдрома артериальной ишемии конуса спинного мозга

4. для синдрома артериальной ишемии сегментов эпиконуса

5. для синдрома артериальной радикулоишемии

469. Для обострения остеохондроза поясничного отдела позвоночника наиболее характерны следующие симптомы:

+1. боль в поясничном отделе с иррадиацией в нижнюю конечность,

2. отсутствие боли в поясничном отделе и нижних конечностях,

- +3. сглаженность или отсутствие поясничного лордоза,
4. нормальное положение или усиление поясничного лордоза,
5. увеличение подвижности позвоночника,

470. Наибольшую информацию о наличии и размерах грыжевого выпячивания межпозвонкового диска дает

1. бесконтрастная рентгенография в двух проекциях
2. бесконтрастная рентгенография в функциональных положениях

+3. миелография

4.

ангиография

5. радиоизотопное исследование

471. Для остеохондроза поясничного отдела позвоночника наиболее характерно

+1. поражение 1 или 2 спинномозговых корешков

2. поражение 3 корешков

3. поражение 4 корешков

4. поражение спинномозговых нервов на различных уровнях

5. отсутствие заинтересованности спинномозговых нервов

даже в тяжелых случаях

472. Перед проведением мануальной терапии необходимо провести все следующие обследования, кроме

1. клинического осмотра больного

2. рентгенографического исследования позвоночника,

включая функциональные положения

3. неврологического осмотра (выявление поражения периферической нервной системы)

+4. радиоизотопного исследования позвоночника и ангиографии

473. Комплекс консервативных мероприятий при лечении больных с поясничным остеохондрозом включает в себя:

+1. биогенные стимуляторы (стекловидное тело) и др.

+2. витаминотерапия (группы В),

+3. противовоспалительные препараты (вольтарен и др.),

+4. паравертебральные новокаиновые блокады,

5. во всех случаях мануальная терапия,

474. После операции переднего корпородеза при поясничном остеохондрозе больной должен соблюдать постельный режим в течение

1. 1 недели
2. 2 недель
3. 3 недель
4. 1 месяца
- +5. 2-3 месяцев

475. Диагностические критерии болезни Бехтерева включают: +1.  
в анамнезе ирит, иридоциклит или их последствия,

- +2. боль и скованность в грудном отделе позвоночника,
- +3. ограничение движения в поясничном отделе позвоночника,
- +4. ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки,
- +5. рентгенологические признаки двустороннего сакроилеита

476. Поражение позвоночника, плечевых, тазобедренных суставов характерно для болезни Бехтерева

1. центральной формы
- +2. ризомиелической формы
3. периферической формы
4. скандинавской формы
5. висцеральной формы

477. При висцеральной форме болезни Бехтерева чаще других происходит:

- +1. поражение клапанного аппарата сердца,
- +2. перикардит,
- +3. аортит,
4. поражение легких,
- +5. амилоидоз почек,

478. Основными диагностическими признаками псориатического спондилоартрита являются:

- +1. поражение дистальных межфаланговых суставов с типичным проявлением,
- +2. асимметричное поражение суставов кистей или отдельных фаланг, имеющих рецидивирующее течение,
- +3. одностороннее поражение крестцово-подвздошного сочленения,

- 4. всегда двустороннее поражение крестцово-подвздошных сочленений,
- +5. рентгенологические признаки одностороннего сакроилеита,

479. Для ранней стадии болезни Рейтера характерно наличие следующих симптомов:

- +1. конъюнктивит,
- +2. неспецифический уретрит,
- 3. наличие периоститов,
- +4. воспаление одного или нескольких суставов нижних конечностей,
- +5. характерные поражения кожных покровов и слизистых оболочек,

480. На основании различия этиологических и патогенетических особенностей выделяют следующие виды спондилолистеза:

- +1. острый диспластический,
- +2. спондилолизный,
- +3. инволютивный,
- +4. острый травматический,
- 5. дегенеративный

481. К механическим и физическим требованиям, предъявляемым к конструкциям, используемым для остеосинтеза в травматологии и ортопедии, относятся

- +1. упругость (модуль упругости, модуль Юнга)
- +2. предел текучести, прочности, усталости
- +3. пластичность
- +4. сопротивление износу

482. Хорошо переносятся тканями, инертны в организме, механически прочные и дешевые сплавы

- 1. виталлиум - сплав кобальта, хрома, молибдена
- 2. тантал
- 3. цирконий
- 4. титан
- +5. нержавеющая сталь, содержащая молибден

483. К факторам, способствующим коррозии фиксаторов, относятся

+1. неправильные химические составы и металлургические процессы

+2. некачественная обработка поверхности фиксатора или повреждение его

+3. совместное употребление разных металлов

+4. действием циклических напряжений на металлический фиксатор

484. Основную механическую нагрузку на костный фиксатор несет

+1. над областью перелома

2. на 2 см в сторону от линии перелома

3. на концах пластины

4. на дистальном конце пластины

485. При остеосинтезе металлическими конструкциями возникают рычаги I и II рода, вызывающие разрушающее действие. Для его снижения следует

1. уменьшить резорбцию кости при качательных знакопеременных нагрузках

2. использовать скрепители с небольшой поверхностью контакта с костью

+3. использовать скрепители, имеющие большую поверхность контакта с костью

4. использовать дополнительную гипсовую повязку

5. применять углеродистые фиксаторы

486. При косых и винтообразных переломах не менее 2 винтов вводится

1. перпендикулярно линии перелома

2. перпендикулярно оси кости

+3. по средней линии между двумя перпендикулярами: к линии перелома и к линии оси кости

+4. при косых переломах винты должны располагаться в 1 плоскости, а при винтообразных - в разных

487. Пластина для остеосинтеза противодействует смещающему моменту, который составляет

+1. сила тяги мышц и плечо мышц

+2. угол плоскости излома (при косом переломе возникает момент кручения)

+3. масса сегмента конечности, располагающаяся дистальнее места перелома

+4. плечо массы сегмента

488. Основными силами, смещающими положение отломков, являются:

масса конечности дистальнее места перелома и мышечные усилия. Поэтому для прочной фиксации перелома бедра следует использовать пластину

+1. 1/2 длины сегмента конечности на 10 винтах

2. 1/3 длины сегмента конечности на 8 винтах

3. 1/4 длины сегмента конечности на 6 винтах      4. 1/5

длины сегмента конечности на 4 винтах

5. 1/6 длины сегмента конечности на 2 винтах

489. При переломе вертлужной впадины оперативный остеосинтез необходимо проводить в случаях

1. перелома вертлужной впадины с центральным вывихом бедра

2. перелома края вертлужной впадины

3. краевого перелома впадины на уровне лимбуса с вывихом головки бедренной кости

+4. невправляющегося перелома

5. сложных многооскольчатых переломах вертлужной впадины

490. К осложнениям, связанным с дефектом оперативной техники на голеностопном суставе, относятся все перечисленные, кроме

1. расхождения операционной раны - тонкий лоскут, когда разрез не сделан до кости и грубая отслойка

2. невозможности восстановления длины наружной лодыжки и устранения ее смещения кзади

+3. предварительной фиксации отломков 2-мя спицами

4. недостаточной прочной фиксации сопоставленных костных фрагментов

5. чрезмерного стягивания болтом межберцового синдесмоза - развитие деформирующего артроза

491. По конструктивным особенностям лучшей фиксацией обладают аппараты

1. резьбовые муфты, пластины, винты, устанавливаемые на стержнях с наружной стороны сегмента конечности

2. аппараты, состоящие из 2-3-4 дуг

+3. аппараты, состоящие из кольцевых опор, стержневые аппараты

4. стержни, вгипсованные в циркулярные гипсовые повязки

492. Шарнирно-дистракционные аппараты используются

1. для разработки движений в суставах
2. для исправления оси конечности
- +3. для устранения устойчивых контрактур суставов
4. для сращения переломов
5. для формирования регенератора

493. К техническим приемам устранения смещения отломков при использовании компрессионно-дистракционного остеосинтеза относятся все перечисленные, кроме

1. дистракции и компрессии
2. изменения положения колец
3. изменения степени натяжения спиц
- +4. затягивания контргайки при фиксации основного кольца
5. применения спиц с упорами

494. Основными критериями полезности аппаратов чрескостной фиксации являются

- +1. простота конструкции, взаимозаменяемость и универсальность деталей и узлов аппарата
- +2. возможность обеспечения точной репозиции и прочной фиксации костных отломков
- +3. возможность обеспечения раннего полноценного функцион. лечения и низкая травматичность при наложении

495. В первые сутки после осуществления компрессионнодистракционного остеосинтеза рекомендуется использование всех перечисленных лечебных мероприятий, кроме

1. лечебной физкультуры здорового сегмента
2. лечебной физкультуры поврежденного сегмента
- +3. массажа поврежденного и здорового сегмента
4. физиолечения
5. витаминотерапии, биостимуляторов

496. Уменьшение стержня, вводимого в кость при стержневом внеочаговом чрескостном остеосинтезе, приводит

- +1. к уменьшению напряжения в стержне
- +2. к более жесткой фиксации аппарата
3. к увеличению напряжения в стержне

497. Преимущества аппарата Илизарова включают все перечисленное, кроме

1. возможности лечения осложненных переломов
2. возможности ведения больного без дополнительной гипсовой иммобилизации
3. удобства наблюдения за раной и самим сегментом
4. возможности функционального ведения больного
- +5. невозможности повреждения нервов и сосудов

498. К основным принципам метода компрессионно-дистракционного остеосинтеза относятся

- +1. точная репозиция фрагментов с надежной стабилизацией
- +2. сохранение кровоснабжения и источников репаративной регенерации тканей
- +3. возможность дозированного воздействия (коррекции) на ткани
- +4. возможность ранней нагрузки на поврежденный сегмент

499. При тугих гиперваскулярных ложных суставах с укорочением конечности до 3 см целесообразно использовать

1. монолокальный комбинированный компрессионно-дистракционный остеосинтез
2. биполилокальный
- +3. дистракционный остеосинтез
4. сочетание продольной и встречно-боковой компрессии

500. К дополнительным приспособлениям к компрессионнодистракционным аппаратам относятся все перечисленные, кроме

1. измерительных приборов для измерения усилия компрессии
2. измерительных приборов, регистрирующих дистракционное усилие
3. репонирующих приспособлений
4. приспособлений, направленных на механическую стимуляцию костного регенератора
- +5. приспособления для определения скорости ходьбы в аппарате

**Перечень вопросов к зачету/экзамену**

1. Деонтология. Определение понятия. Особенности деонтологии в травматологии и ортопедии.
2. Асептика и антисептика. Методы стерилизации инструментария, операционного белья, перевязочного материала.
3. Основные этапы развития отечественной и мировой травматологии и ортопедии.
4. Организация работы травмпункта, травматологического и ортопедического отделений.
5. Переливание крови и кровезаменителей. Показания и противопоказания к переливанию крови. Методы определения группы крови. Резус-фактор. Техника переливания крови. Консервирование крови. Осложнения при переливании крови. История вопроса: годы определения групповой принадлежности, авторы. Профилактика осложнений.
6. Принципы организации и порядок оказания травматологической и ортопедической помощи в России.
7. Классификация переломов по Мюллеру.
8. Вывихи травматические, патологические, врожденные.
9. Основные закономерности репаративной регенерации костной ткани. Первичное и вторичное заживление перелома. Стадия формирования костной мозоли.
10. Инструментальные методы исследования в травматологии и ортопедии.
11. Методы консервативного лечения при травмах и заболеваниях опорнодвигательного аппарата.
12. Оперативные методы лечения при травмах и заболеваниях опорнодвигательного аппарата. Показания и противопоказания.
13. Современные методы остеосинтеза. Осложнения при остеосинтезе.
14. Эндопротезирование при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Показания к эндопротезированию.
15. Переломы ключицы. Диагностика, лечение. Вывихи ключицы по классификации Госси.
16. Вывихи плеча. Перелома-вывихи плеча. Сопутствующие повреждения при вывихе плеча. Диагностика, способы вправления, иммобилизация, сроки лечения.
17. Привычный вывих плеча, способы оперативного лечения привычных вывихов плеча.
18. Переломы проксимального конца плечевой кости. Диагностика, консервативное и оперативное лечение. Возрастные особенности.
19. Особенности лечения переломов хирургической шейки плеча в пожилом возрасте.
20. Повреждение ротаторной манжетки плеча. Диагностика, консервативное и оперативное лечение.
21. Разрыв сухожилий двуглавой мышцы плеча. Разрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы. Отрыв дистального конца сухожилия двуглавой мышцы. Диагностика, способы оперативного лечения.
22. Переломы диафиза плеча. Классификация. Повреждение лучевого нерва. Диагностика, клиника повреждения. Оперативное и консервативное лечение.
23. Переломы дистального конца плечевой кости. Диагностика, консервативное и оперативное лечение.

24. Осложнения при переломах плечевой кости. Диагностика, лечение.
25. Вывихи предплечья. Классификация, диагностика. Вправление, последующее лечение.
26. Перелома-вывихи предплечья. Пронационный подвывих головки лучевой кости у детей. Диагностика, лечение.
27. Переломы проксимальных отделов лучевой и локтевой костей. Особенности перелома головки лучевой кости у детей.
28. Диафизарные переломы костей предплечья. Переломы обеих костей предплечья. Характер смещения отломков в зависимости от уровня перелома. Изолированные переломы лучевой и локтевой костей. Перелома-вывих Монтеджа и Галеацци. Консервативное и оперативное лечение.
29. Переломы и вывихи костей запястья. Переломы Бенетта. Диагностика, лечение.
30. Синдром карпального канала. Диагностика и лечение.
31. Закрытые повреждения трубчатых костей и суставов кисти и пальцев.
32. Вывих I пальца в пястно-фаланговом сочленении. Диагностика, консервативное и оперативное лечение.
33. Внесуставной перелом основания I пястной кости. Консервативное и оперативное лечение.
34. Переломы пястных костей. Консервативное и оперативное лечение.
35. Переломы фаланг пальцев. Репозиция, иммобилизация, способы остеосинтеза.
36. Подкожный разрыв сухожилия разгибателя пальца.
37. Открытые повреждения кисти и пальцев. Особенности первичной хирургической обработки ранений кисти и пальцев. Способы обезболивания. Показания и противопоказания к первичному остеосинтезу.
38. Повреждения сухожилий. Показания к оперативному лечению. Техника сухожильного шва. Особенности шва сухожилий сгибателей в пределах сухожильных влагалищ и на других уровнях, шов сухожилий разгибателей. Сухожильная пластика. Понятие «ничейная» или «опасная» зона.
39. Повреждение нервов кисти и пальцев. Характеристика иннервации кисти.
40. Кожная пластика при повреждениях кисти и пальцев.
41. Вывихи бедра. Классификация. Осложнения.
42. Перелом крыши вертлужной впадины.
43. Травматический неврит седалищного нерва. Повреждения сосудисто-нервного пучка при передних вывихах бедра.
44. Перелома-вывихи бедра. Вывихи в сочетании с переломом головки, шейки и диафиза бедра.
45. Переломы проксимального конца бедренной кости. Диагностика, лечение, осложнения.
46. Переломы проксимального конца бедренной кости как геронтологическая проблема.
47. Переломы диафиза бедра. Классификация, диагностика, лечение.
48. Неправильно сросшиеся переломы, несросшиеся переломы и ложные суставы.
49. Переломы дистального отдела бедренной кости. Диагностика, лечение.

50. Повреждения коленного сустава. Ушиб и гемартроз коленного сустава, травматический синовит.
51. Повреждения менисков и связочного аппарата. Клиника, понятие симптом «выдвижного ящика». Подкожный разрыв сухожилия четырехглавой мышцы бедра.
52. Вывихи голени. Осложнения, вправление, иммобилизация.
53. Перелом и вывих надколенника. Оперативное лечение привычного вывиха надколенника.
54. Диафизарные переломы костей голени. Методы лечения.
55. Повреждение связок голеностопного сустава.
56. Переломы лодыжек (переломы: Потта, Десто, Дюпюитрена). Диагностика, лечение.
57. Эпифизиолиты дистального конца голени у детей. Консервативное и оперативное лечение переломов лодыжек.
58. Переломы таранной и пяточной костей. Угол Белера и его определение в норме и переломе. Клиника, диагностика, лечение.
59. Переломы плюсневых костей. диагностика, лечение.
60. Повреждения шейного отдела позвоночника.
61. Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника. Диагностика, лечение.
62. Осложненные повреждения позвоночника. Клиника, диагностика, лечение.
63. Классификация переломов таза. Диагностика, лечение. Внутритазовая блокада по Школьникову-Силиванову.
64. Основные синдромы травматического поражения головного мозга и его оболочек. Диагностика, схема Глазго. Лечение.
65. Переломы костей свода черепа. Проникающие ранения черепа.
66. Переломы основания черепа. Диагностика, лечение.
67. Основные принципы диагностики черепно-мозговой травмы.
68. Закрытые повреждения груди.
69. Переломы ребер. Анестезия. Фиксация флотирующего окна.
70. Показания к торакотомии при закрытой травме груди.
71. Проникающие ранения груди. Пневмоторакс, гемоторакс, гемоперикард. Классификация гемоторакса по Куприянову. Места при пункции пневмоторакса и гемотораксе. Проба Грегуара.
72. Торакоабдоминальные повреждения. Диагностика разрывов диафрагмы, печени, селезенки и других органов брюшной полости при травмах.
73. Закрытые травмы и ранения живота.
74. Диагностика внутрибрюшных кровотечений и повреждений полых органов при закрытой травме живота. Оперативное лечение.
75. Политравма. Сочетанная и комбинированная травма. Оценка тяжести состояния пациента, обследование, неотложная помощь.
76. Особенности политравмы при дорожно-транспортных происшествиях и падении с высоты. Этапы оказания медицинской помощи.
77. Учение о ранах. Классификация ран. Первичная хирургическая обработка ран как восстановительная операция.
78. Принципы лечения ран в зависимости от стадии раневого процесса. Лечение гнойных ран.

79. Огнестрельная рана. Основные принципы лечения огнестрельной раны.  
Отличительная характеристика огнестрельных ран.
80. Раневая инфекция. Анаэробные инфекции. Закон Бозера.
81. Столбняк. Клиника, диагностика. Профилактика.
82. Ожоги. Классификация ожогов. Патогенез и клиника ожоговой болезни.  
Основные принципы местного и общего лечения ожогов.
83. Ожоги при комбинированных поражениях.
84. Отморожения. Классификация, диагностика, лечение. Общее охлаждение.
85. Электротравма.
86. Нарушения процессов регенерации. Несросшиеся переломы. Ложные суставы. Отличительные клиничко-рентгенологические признаки.
87. Инфекционные осложнения при переломах. Травматический остеомиелит.  
Диагностика, лечение.
88. Анкилозы и контрактуры как осложнения переломов. Методы лечения контрактур.
89. Деформирующие артрозы как следствие внутрисуставных и неправильно сросшихся переломов.
90. Асептический «аваскулярный» некроз костей как следствие переломов и вывихов. Диагностика и лечение.
91. Гетеротопические оссификации. Профилактика, лечение.
92. Нервнодистрофические процессы как осложнение повреждений. Синдром Зудека. Неврит Турнера. Причины. Диагностика, лечение.
93. Клиническое обследование детей с травмой. Особенности опорно-двигательной системы у детей. Виды травматизма у детей.
94. Особенности переломов и вывихов в детском возрасте. Родовые травмы.
95. Особенности переломов костей конечностей, позвоночника, таза в детском возрасте.
96. Ошибки и осложнения при лечении повреждений опорно-двигательного аппарата у детей.
97. Обезболивание в травматологии и ортопедии.
98. Подготовка больных к операции. Критерии операционного риска. Основы предоперационной подготовки в экстренной и плановой травматологии.
99. Послеоперационное ведение больных. Профилактика внутрисосудистого тромбоза и эмболий.
100. Основные принципы и методы реанимации при повреждениях.
101. Особенности неотложной помощи при жировой эмболии.
102. Критерии определения трудоспособности при травмах, последствиях травм.  
Порядок направления на ВТЭК.
103. Принципы профессиональной, социальной и медицинской реабилитации больных. Санаторно-курортное лечение пациентов с последствиями травм.
104. Деформации верхних конечностей. Синдактилия, полидактилия, косорокуость, врожденный радио-ульнарный синостоз, деформации Маделунга, врожденное высокое стояние лопатки (болезнь Шпренгеля).
105. Дисплазия тазобедренного сустава. Врожденный вывих бедра. Этиология и патогенез врожденного вывиха бедра. Раннее выявление врожденного вывиха бедра.

106. Диагностика и консервативное лечение дисплазии и врожденного вывиха бедра.
107. Оперативное лечение врожденного вывиха бедра.
108. Врожденное недоразвитие костей голени. Врожденный ложный сустав большеберцовой кости.
109. Рахитические деформации костей.
110. Врожденный вывих надколенника. Диагностика, оперативное лечение.
111. Врожденное высокое стояние надколенника.
112. Разгибательная контрактура коленного сустава. Оперативное лечение.
113. Варусная и вальгусная деформация шейки бедренной кости.
114. Плоскостопие. Искривление I пальца кнаружи. Молоткообразный палец.
115. Плоско-вальгусная деформация стоп у детей и подростков.
116. Врожденная косолапость. Этиология, патогенез, клиника. Консервативное и оперативное лечение.
117. Фиброзная остеодисплазия. Клиника, диагностика, лечение.
118. Множественная эпифизарная хондродисплазия.
119. Несовершенный остеогенез. Клиника, диагностика, лечение.
120. Ахондроплазия. Спондилоэпифизарная дисплазия. Экзостозная хондродисплазия. Дисхондроплазия. Методы лечения врожденных системных заболеваний скелета.
121. Остеохондропатия головки бедренной кости. Диагностика, консервативное и оперативное лечение.
122. Остеохондропатии полулунной кости кисти, ладьевидной кости стопы. Клиника, диагностика, лечение.
123. Остеохондропатия головок II и III плюсневых костей, бугристости большеберцовой кости, тела позвонка, апофизов позвонков.
124. Врожденная мышечная кривошея. Ранняя диагностика, консервативное и оперативное лечение.
125. Врожденные деформации шеи шейные ребра, болезнь Клиппель-Фейля.
126. Приобретенные формы кривошеи (травматическая, при воспалительных заболеваниях).
127. Врожденный сколиоз. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
128. Сколиотическая болезнь. Клинико-рентгенологическая диагностика, лечение.
129. Оперативное лечение сколиозов.
130. Кифоз. Клиника, диагностика, лечение.
131. Незаращение дужек позвонков, врожденная спинномозговая грыжа.  
Люмбализация, сакрализация, спондилолиз, спондилолистез.
132. Деформирующий артроз. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
133. Остеохондроз позвоночника. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение.
134. Доброкачественные опухоли: остеомы, остеохондромы, хондромы, остеобластокластомы, хондробластомы, костные кисты.
135. Злокачественные опухоли: параостальная саркома, остеогенная саркома, саркома Юинга, ретикулосаркома, миеломная болезнь. Метастатические опухоли костей.

136. Церебральные спастические параличи. Спастическая гемиплегия. Клиника, диагностика, лечение.

137. Вялые параличи, полиомиелит. Стадии заболевания. Ортопедическая профилактика деформаций.

138. Акушерский паралич. Паралич Дюшен-Эрба, Дежерин-Клюмике, смешанный тип. Диагностика, методы лечения.

139. Ампутации, экзартикуляции. Протезирование. 140. Бешенство, диагностика. Профилактика и лечение.