

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Дагестанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России)**

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

Махачкала 2022

Формы текущего контроля практических занятий

№ Раздела	Раздел дисциплины	Название тем практических занятий	Формы текущего контроля
1	<u>Раздел 1</u> Общие вопросы травматологии и ортопедии. Организация травматолого-ортопедической помощи в России. Методы обследования больных с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата	Тема 1. Травматизм, структура, виды, определение, понятия и помощь в стационарах и травмпунктах.	1 – собеседование 2 – тестовый контроль
		Тема 2. История травматологии и ортопедии. Пути развития и совершенствование оперативной ортопедии	1 – собеседование 2 – тестовый контроль
		Тема 3. Диагностика и лечение амбулаторной травмы органов опорно-двигательной системы	1 – собеседование 2 – тестовый контроль
		Тема 4. Диагностика и лечение врожденных заболеваний органов опорно-двигательной системы	1 – собеседование 2 – тестовый контроль
		Тема 5. Диагностика и лечение приобретенных деформаций органов опорно-двигательной системы	1 – собеседование 2 – тестовый контроль
		Тема 6. Консультативный прием в кабинете ортопеда	1 – собеседование 2 – тестовый контроль
2	<u>Раздел 2</u> Регенерация костной ткани. Источники остеогенеза. Принципы лечения переломов	Тема 1. Физиологическая и репаративная регенерация костной ткани. Источники остеогенеза.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – практические навыки
		Тема 2. Закономерности остеогенеза. Коллагены и гидроксиапатит. Остеобласты, остеокласты и остециты. Ремоделирование кости. Влияние гормональных факторов на ремоделирование костной ткани	1 – собеседование 2 – тестовый контроль
		Тема 3. Биомеханические основы остеогенеза. Законы Вольфа, Гютера-Фолькмана и Илизарова. Виды костной мозоли: первичная и вторичная. Принципы лечения переломов костей	1 – собеседование 2 – тестовый контроль
		Тема 4. Консервативные способы лечения переломов длинных трубчатых костей. Виды иммобилизации переломов. Основы гипсовой техники	1 – собеседование 2 – тестовый контроль
		Тема 5. Скелетное вытяжение. Виды и техника выполнения при переломах длинных костей нижних конечностей. Показания и противопоказания. Осложнения и способы их профилактики	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – практические навыки
		Тема 6. Лейкопластырное вытяжение. Показания и противопоказания. Ортезирование и тейпирование органов опорно-двигательной системы	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – практические навыки
		Тема 7. Физио-лечение и санаторно-курортное лечение.	1 – собеседование 2 – тестовый контроль

3	<p><u>Раздел 3</u> Биомеханические основы остеосинтеза. Принципы современного остеосинтеза. Виды остеосинтеза</p>	<p>Тема 1. Принципы лечения переломов Международной ассоциации остеосинтеза (АО). Накостный и внутрикостный остеосинтез. Принципы и виды современного наkostного и внутрикостного остеосинтеза</p>	<p>1 – собеседование 2 – тестовый контроль 3– ситуационные задачи</p>
		<p>Тема 2. Интрамедуллярный остеосинтез. Ретроградный и антероградный интрамедуллярный остеосинтез. Открытый и закрытый интрамедуллярный остеосинтез. Блокированный остеосинтез. Статические и динамические винты. Полерные винты</p>	<p>1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 - ситуационные задачи 4 – практические навыки</p>
		<p>Тема 3. Внеочаговый остеосинтез. Показаниями к наложению стержневых аппаратов наружной фиксации. Базовый стандартный набор имплантатов и инструментов для стержневых аппаратов наружной фиксации</p>	<p>1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 - ситуационные задачи</p>
		<p>Тема 4. Зоны «безопасности» для введения фиксаторов. Односторонняя одноплоскостная и двухсторонняя двухплоскостная фиксация перелома</p>	<p>1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 - ситуационные задачи</p>
		<p>Тема 5. Внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез спицевыми аппаратами</p>	<p>1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 - ситуационные задачи 4 – практические навыки</p>
		<p>Тема 6. Метод Илизарова при лечении переломов и ложных суставов длинных трубчатых костей</p>	<p>1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 - ситуационные задачи 4– практические навыки</p>
		<p>Тема 7. Коррекция многоплоскостных и укорачивающих деформаций по Илизарову. Способ кортикотомии по Илизарову</p>	<p>1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 - ситуационные задачи</p>
		<p>Тема 8. Ошибки, опасности и осложнения при погружном и внеочаговом остеосинтезе. Пути профилактики осложнений</p>	<p>1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 - ситуационные задачи</p>
4	<p>Травматический шок. Травматическая болезнь. Множественные и сочетанные повреждения. Лечение политравм. Damage control</p>	<p>Тема 1. Травматический шок.</p>	<p>1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 - ситуационные задачи</p>
		<p>Тема 2. Травматическая болезнь. Сдвиги гомеостаза по органам и системам при травматической болезни.</p>	<p>1 – собеседование; 2 – тестовый контроль.</p>
		<p>Тема 3. Множественные и сочетанные повреждения. Лечение политравм. Damage control.</p>	<p>1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 - ситуационные задачи</p>
		<p>Тема 4. Синдром длительного сдавления. Синдром позиционного сдавления. Этиология, патогенез и лечение.</p>	<p>1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 - ситуационные задачи</p>
		<p>Тема 5. Жировая эмболия. Этиология, патогенез. Профилактика и лечение.</p>	<p>1 – собеседование; 2 – тестовый контроль.</p>

		Тема 6. Полиорганная недостаточность в остром периоде травматической болезни	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль.
5	Повреждения верхнего плечевого пояса	Тема 1. Переломы лопатки, ключицы и проксимального отдела плечевой кости. Вывихи плеча. Диагностика и лечение. Остеосинтез.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – практические навыки
		Тема 2. Переломы диафиза плечевой кости. Погружной и внеочаговый остеосинтез переломов плеча	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – практические навыки
		Тема 3. Травма локтевого сустава. Погружной и внеочаговый остеосинтез костей предплечья.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – практические навыки
		Тема 4. Погружной и внеочаговый остеосинтез костей кисти	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль.
		Тема 5. Травма кисти. Остеосинтез костей кисти	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – практические навыки
6	Повреждения таза	Тема 1. Травма таза. Классификация, диагностика и лечение неосложненных переломов таза	1 – реферат; 2 – тестовый контроль 3 – практические навыки
		Тема 2. Изолированные и сочетанные переломы таза. Консервативное и оперативное лечение изолированных и сочетанных переломов таза.	1 – реферат; 2 – тестовый контроль
		Тема 3. Диагностика и лечение осложненных переломов таза. Показаниями к наложению стержневых аппаратов наружной фиксации. Зоны «безопасности» для введения фиксаторов через подвздошные кости. Погружной остеосинтез пластинами Мотта.	1 – реферат; 2 – тестовый контроль
		Тема 4. Показаниями к наложению стержневых аппаратов наружной фиксации. Зоны «безопасности» для введения фиксаторов через подвздошные кости.	1 – реферат; 2 – тестовый контроль 3 – практические навыки
		Тема 5. Диагностика и лечение приобретенных деформаций органов опорно-двигательной системы	1 – реферат; 2 – тестовый контроль
7	Современное лечение заболеваний и травм нижних конечностей	Тема 1. Клиническая характеристика субкапитальных, трансцервикальных переломов и переломов основания шейки бедра.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи
		Тема 2. Виды остеосинтеза шейки бедра: открытый и закрытый	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи
		Тема 3. Переломы диафиза бедренной кости. Диагностика и лечение.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи 4 – практические навыки
		Тема 4. Переломы дистального метаэпифиза бедренной кости. Диагностика и лечение.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи

		Тема 5. Повреждения коленного сустава. Диагностика и лечение	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи 4 – практические навыки
		Тема 6. Повреждения голени и голеностопного сустава. Диагностика и лечение.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи
		Тема 7. Повреждения стопы. Диагностика и лечение.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи 4 – практические навыки
8	Врождённые и приобретённые деформации позвоночника и грудной клетки	Тема 1.Нарушение осанки. Кифоз. Лордоз. Классификация. Профилактика, диагностика и лечение.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи
		Тема 2.Сколиоз. Классификация. Профилактика, диагностика и лечение	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи
		Тема 3.Воронкообразная деформация грудной клетки. Классификация. Диагностика и лечение	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи 4 – практические навыки
		Тема 4. Килевидная деформация грудной клетки. Классификация. Диагностика и лечение	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи
		Тема 5. Добавочные и клиновидные позвонки. Крыловидные лопатки. Классификация. Диагностика и лечение	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задач 4 – практические навыки
		Тема 6. Болезнь Гризеля. Костная кривошея. Классификация. Диагностика и лечение	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи
9	Врожденный вывих бедра, косолапость, врожденные деформации конечностей. Деформирующий артроз крупных суставов	Тема 1. Диспластические заболевания костей и суставов. Клиническая характеристика и лечение врожденного вывиха бедра. Классификация. Диагностика и лечение.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль.
		Тема 2. Клиническая характеристика и лечение врожденной косолапости. Показания к консервативному и оперативному лечению.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль.
		Тема 3. Врожденная мышечная кривошея. Клиническая характеристика, диагностика и лечение. Болезнь Клиппеля-Фейля.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – практические навыки
		Тема 4. Врожденная косорукость. Синдактилия. Амниотические перетяжки. Клиническая характеристика и лечение.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль.
		Тема 5. Эндопротезирование крупных суставов	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – практические навыки

		Тема 6. Приобретенные деформации скелета при рахите и рахитоподобных заболеваниях.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль.
10	Артроскопия суставов. Эндопротезирование суставов в травматологии ортопедии	Тема 1. Артриты и артрозы. Деформирующие артрозы. Классификация, диагностика и лечение	1-реферат; 2-тестовый контроль; 3 – практические навыки 4-ситуационные задачи.
		Тема 2. Коксартроз. Классификация, диагностика, профилактика и лечение. Хирургическое лечение деформирующего коксартроза	1-реферат; 2-тестовый контроль; 3-ситуационные задачи; 4 – практические навыки
		Тема 3. Гонартроз. Классификация, диагностика и лечение Хирургическое лечение деформирующего артроза.	1-реферат; 2-тестовый контроль; 3-ситуационные задачи; 4 – практические навыки
		Тема 4. Деформирующий артроз голеностопного сустава. Диагностика и лечение.	1-реферат; 2-тестовый контроль; 3-ситуационные задачи; 4 – практические навыки
		Тема 5. Диагностика и лечение приобретенных деформаций органов опорно-двигательной системы	1-реферат; 2-тестовый контроль; 3-ситуационные задачи.
11	Вялые и спастические параличи. Последствия перенесенных заболеваний нервной системы	Тема 1. Последствия перенесенного полиомиелита. Классификация. Диагностика и лечение.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи
		Тема 2. Коррекция паралитических деформаций сухожильной пластикой и корригирующими остеотомиями.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи 4 – практические навыки
		Тема 3. Последствия перенесенного ДЦП. Классификация. Диагностика и лечение.	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи
		Тема 4. Виды хирургической коррекции спастических параличей	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи 4 – практические навыки
		Тема 5. Заболевания кисти. Синдром Зудека	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи
		Тема 6. Болезнь де Кервена. Синдром запястного канала	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи 4 – практические навыки
12	Медицинская реабилитация больных с врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательной	Тема 1. Клиническая характеристика врожденного высокого стояния лопатки у детей (болезнь Шпренгеля)	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи
		Тема 2. Клиническая характеристика радио-ульнарного синостоза. Клиническая характеристика врожденной косорукости, деформации Маделунга	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи
		Тема 3. Клиническая характеристика синдактилии. Клиническая характеристика	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль;

системы.	полидактилии. Показания к консервативному и оперативному лечению	3 – ситуационные задачи
	Тема 4. Клиническая характеристика деформирующей остео дистрофии (болезни Педжета)	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи
	Тема 5. Клиническая характеристика гиперпаратиреоидной остео дистрофии (болезни Реклингхаузена)	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи
	Тема 6. Несовершенный остеогенез. Хондродисплазии. Диагностика и лечение	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи 4 – практические навыки

Перечень оценочных материалов

СОБЕСЕДОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ ТЕМЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

1. Особенности современной травматологической и ортопедической заболеваемости
2. Травматизм, современная классификация
3. Классификация и характеристика травм
4. Виды травм (комбинированная, изолированная и сочетанная), структура их в РФ и РД
5. Алгоритм оказания специализированной медицинской помощи при изолированной травме
6. Политравма
7. Алгоритм оказания помощи при политравме
8. Детский травматизм и его профилактика
9. Работа травмпункта
10. Действующие приказы МЗ РФ и РД по организации травматолого-ортопедической помощи, по организации работы травм.пунктов, по оказанию помощи детскому населению
11. Переломы костей таза с нарушением тазового кольца. Классификация. Диагностика: клиническая и лучевая;
12. Особенности новокаиновой блокады по Школьникову-Селиванову. Технические моменты выполнения. Количество и концентрация анестетика.
13. Стабилизация нестабильных переломов таза в условиях политравмы;
14. Аппараты внешней фиксации при переломах таза. Технические моменты выполнения внеочагового остеосинтеза;
15. Конвертирование ВЧКО таза в погружной остеосинтез.
16. Пластины Мотта. Особенности.

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ – ТЕСТЫ

1. При проведении социально-гигиенических исследований используются методы

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

2. Перестройке хозяйственного механизма в системе здравоохранения способствуют

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

3. Основными видами управленческих решений в здравоохранении являются

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

4. К числу факторов, снижающих экономические затраты при профилактическом обслуживании, относят

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

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

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

6. Гнойные процессы мягких покровов свода черепа могут распространяться

- а) в подкожно-жировой клетчатке
- б) под апоневроз
- в) под надкостницей
- г) во всех вышеперечисленных слоях свода черепа

7. Основная артерия, снабжающая твердую мозговую оболочку

- а) передняя мозговая
- б) средняя мозговая
- в) задняя оболочечная
- г) средняя оболочечная
- д) передняя оболочечная

8. На направления линий переломов основания черепа не влияют

- а) швы между костями

- б) отверстия для сосудов и нервов
- в) степень плотности костей

9. При терапии острой дыхательной недостаточности не применяется

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

10. Неотложная реанимация при острой кровопотере состоит из всех перечисленных ниже мероприятий, исключая

- а) временную, а потом постоянную остановку продолжающегося кровотечения
- б) заместительную сначала инфузионную, а потом трансфузионную терапию
- в) обеспечение адекватного дыхания
- г) гипотермию тела и конечностей
- д) обезболивание общее и местное и коррекцию нарушенных функций

11. При острой кровопотере в организме происходят все перечисленные изменения, кроме

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

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

- а) передне-верхнюю ось подвздошной кости
- б) наружный край надколенника
- в) внутренний край надколенника
- г) середину проекции голеностопного сустава
- д) межпальцевый промежуток 1-2 пальцев стопы

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

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

14. Относительная длина нижней конечности включает в себя расстояние от передней верхней ости таза

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

15. Относительная длина верхней конечности измеряется от акромиального отростка

- а) до середины проекции головки плеча

- б) до наружного мыщелка
- в) до шиловидного отростка лучевой кости
- г) до конца третьего пальца
- д) до конца пятого пальца

16. Основное значение в диагностике медиального перелома шейки бедра имеет укладка при рентгенограмме

- а) передне-задняя
- б) боковая (профильная)
- в) аксиальная
- г) с ротацией бедра
- д) правильно а) и в)

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

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

18. Отсечение омертвевшей конечности после электроожога производится

- а) на 1-е сутки
- б) на 3-5 сутки
- в) при появлении демаркационной линии
- г) в момент поступления

19. Осложнения электроожогов проявляются перечисленной патологией, исключая

- а) развитие флегмон
- б) развитие лимфангоитов
- в) вторичное кровотечение от разрыва сосудистой ткани
- г) длительно незаживающие трофические язвы

20. Прогноз и исход лучше, если ток, проходя через организм, образует "петлю"

- а) нижнюю
- б) верхнюю
- в) полную
- г) не имеет значения

21. Местное воздействие электротока состоит в следующих изменениях

- а) в образовании знаков тока
- б) в "металлизации" кожи
- в) в появлении древовидно-разветвленных полос на коже и их исчезновении при надавливании
- г) все перечисленное правильно

22. Этиологическим фактором для врожденной кривошеи является

- а) родовая травма
- б) дисплазия
- в) порок первичной закладки
- г) неправильное родовспоможение

23. Наиболее часто встречающимися формами кривошеи являются

- а) костная

- б) мышечно-фасциальная
- в) рефлекторная
- г) воспалительная

24. При левосторонней мышечной кривошее

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

25. Встречаются вывихи надколенника

- а) привычные
- б) рецидивирующие
- в) постоянно существующие
- г) все перечисленное

26. При врожденном вывихе надколенника встречаются следующие сопутствующие пороки развития

- а) плоско-вальгусные стопы
- б) косолапость
- в) вальгусная деформация шейки бедра
- г) незаращение дужек позвонков
- д) гипертрихоз

27. Результаты консервативного лечения (массаж, ЛФК, ношение тьютора, электростимуляция мышц) врожденного вывиха надколенника следует оценить

- а) как без существенного улучшения
- б) как улучшение (большое)
- в) как ухудшение
- г) как полученные осложнения

28. Оптимальный возраст для операции при врожденном вывихе надколенника

- а) 3 года
- б) 5 лет
- в) 7 лет
- г) старше 10 лет

29. При врожденном вывихе надколенника наиболее широко применяются операции

- а) на костях
- б) на суставе
- в) на сухожильно-мышечном аппарате
- г) смешанные вмешательства

30. Послеоперационная иммобилизация при операциях по поводу вывиха надколенника обеспечивается

- а) кокситной гипсовой повязкой
- б) круговой повязкой до паха
- в) задней гипсовой лонгетой
- г) шиной Беллера
- д) иммобилизация не требуется

31. Продолжительность иммобилизации после операции по поводу вывиха надколенника составляет

- а) 3 недели
- б) 4 недели
- в) 1,5 месяца
- г) 2 месяца

32. Послеоперационная реабилитация при врожденном вывихе надколенника включает

- а) лечебную гимнастику
- б) массаж
- в) электролечение
- г) все перечисленное

33. Полное восстановление движений в коленном суставе после хирургического лечения вывиха надколенника наступает

- а) через 1 месяц
- б) через 2 месяца
- в) через 3 месяца
- г) через полгода
- д) через год

34. Этиологическим фактором при врожденной косолапости является

- а) порок первичной закладки
- б) внутриутробная травма
- в) родовая травма
- г) дисплазия
- д) внутриутробный полиомиелит

35. Основной симптом косолапости

- а) эквинус стопы
- б) экскаватус стопы
- в) вальгус стопы
- г) варус стопы
- д) приведение переднего отдела стопы

36. Больной с косолапостью при ходьбе

- а) хромает
- б) не хромает
- в) ходит, переступая "нога за ногу"
- г) наступает на внутренний край стопы
- д) наступает на наружный край стопы

37. При косолапости наиболее заинтересованы

- а) длинный сгибатель пальцев
- б) передняя большеберцовая мышца
- в) задняя большеберцовая мышца
- г) ахиллово сухожилие
- д) длинный сгибатель I пальца

38. Консервативное лечение косолапости начинают

- а) с рождения (через 9-10 суток после рождения)
- б) через 1 месяц после рождения
- в) через 3 месяца после рождения
- г) через полгода после рождения

д) в возрасте 1 года

39. Консервативное лечение косолапости включает

- а) мягкое бинтование и ЛФК (до 4-х месяцев по Финку-Эттингену)
- б) массаж и ЛФК
- в) редрессацию
- г) гипсовые повязки
- д) все перечисленное

40. Консервативное лечение косолапости продолжается

- а) до 6 месяцев
- б) до 1 года
- в) до 2.5-3 лет
- г) до 5-летнего возраста
- д) до исправления элементов косолапости

41. Оперативное лечение при врожденной косолапости начинают

- а) с 6-месячного возраста
- б) с 12-месячного возраста
- в) с 9-летнего возраста
- г) с 5-летнего возраста
- д) с 10-летнего возраста

42. Наиболее эффективно оперативное лечение при врожденной косолапости на:

- а) сухожилиях
- б) сухожильно-связочном аппарате
- в) костях стопы и голени
- г) суставах
- д) компрессионно-дистракционным методом

43. Гипсовая иммобилизация после операции при врожденной косолапости продолжается до

- а) 1 месяц
- б) 2 месяца
- в) 3 месяца
- г) 6 месяцев
- д) 1 года

44. Приобретенные "соха вагае" бывают вследствие

- а) диспластических процессов
- б) специфических и неспецифических инфекций
- в) последствий травм
- г) нарушения минерального обмена
- д) комбинации всего перечисленного

45. Диагноз щелкающего тазобедренного сустава ставится на основании наличия

- а) щелкающего бедра при активном сгибании с внутренней ротацией
- б) уплотнения широкой фасции бедра
- в) шума в области бедра при ходьбе
- г) двусторонности поражения
- д) нормальной структуры тазобедренного сустава в рентгеновском изображении

46. При лечении кисты мениска используются

- а) физиотерапия
- б) иммобилизация сустава
- в) пункция мениска
- г) менискоэктомия
- д) менискотомия

47. Синдром медиопателлярной складки характеризуется

- а) наружной гиперабдукцией голени и гипотрофией мышцы бедра
- б) внутренней нестабильностью коленного сустава
- в) болезненностью в области внутреннего мыщелка бедра и большеберцовой кости
- г) рентгенологической резорбцией мыщелков бедра и большеберцовой кости
- д) всем перечисленным

48. Привычный вывих надколенника характеризуется

- а) латеральным смещением надколенника
- б) меньшим размером внутренней площадки надколенника
- в) натяжением латеральной порции четырехглавой мышцы
- г) рецидивностью, привычностью и постоянством вывихов
- д) всем перечисленным

49. При лечении врожденного вывиха надколенника применяются

- а) операция Крогиуса
- б) операция Фридланда
- в) операция Кемпбелла
- г) операция Ру - Фридланда – Волкова
- д) все перечисленные

50. Болезнь Гоффа диагностируется на основании

- а) гиперплазии жировых складок коленного сустава
- б) хронического течения
- в) блокад коленного сустава
- г) боли при нагрузке на стопу при выпрямленной ноге в лежачем положении
- д) всего перечисленного

51. Лечение болезни Гоффа включает

- а) физиотерапию
- б) длительную иммобилизацию
- в) оперативное удаление складок и жировых тел
- г) лазеротерапию и введение ферментов
- д) все перечисленное

52. Хондроматоз суставов характеризуется

- а) подвижными и пальпируемыми образованиями в суставах
- б) синовитом
- в) костно-хрящевыми тенями на рентгенограмме
- г) блокадой сустава
- д) всем перечисленным

53. Наиболее частая причина деформирующего артроза тазобедренного сустава

- а) травма тазобедренного сустава (вывих бедра, перелом заднего или верхнего края вертлужной впадины)

- б) врожденный вывих
- в) воспалительный процесс
- г) перенесенный эпифизеолиз
- д) недоразвитие тазобедренного сустава (большой угол антеторсии, большой шеечно-диафизарный угол, недоразвитие впадины)

54. Наиболее распространенной теорией патогенеза деформирующего артроза является

- а) васкулярная теория
- б) биохимическая теория Паулса
- в) нейротрофическая теория
- г) все перечисленное
- д) только а) и б)

55. Основным ранним клиническим симптомом деформирующего артроза тазобедренного сустава является

- а) боль в области тазобедренного сустава
- б) боль в нижней трети бедра и в области коленного сустава
- в) приводящая сгибательная контрактура
- г) укорочение конечности
- д) ограничение объема движений в суставе

56. Дифференцировать коксартроз следует

- а) с ревматоидным полиартритом
- б) с туберкулезным процессом
- в) с болезнью Бехтерева
- г) с остеохондрозом с корешковым синдромом
- д) с сакроилиитом

57. Наиболее характерный рентгенологический признак коксартроза

- а) сужение суставной щели
- б) дегенеративная киста в головке и в крышке впадины
- в) костные разрастания вокруг сустава
- г) склероз субхондрального участка головки и впадины в области наиболее нагруженной части сустава
- д) все перечисленное

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

- а) увеличение накопления пирофосфата технеция
- б) снижение накопления радиофармпрепарата
- в) не отличается по концентрации от здорового сустава, а также от соседнего участка кости
- г) закономерности не выявляется

59. Основная задача консервативного лечения коксартроза состоит

- а) в устранении контрактуры сустава
- б) в увеличении объема движений
- в) в снятии болевого синдрома
- г) в компенсации укорочения конечности

60. Комплексная консервативная терапия показана на протяжении многих лет

- а) при идиопатическом коксартрозе
- б) при диспластическом коксартрозе

- в) при посттравматическом коксартрозе
- г) при последствиях асептического некроза головки бедра
- д) правильно а), б), в).

61. Ранняя операция в I и II стадии показана

- а) при идиопатическом коксартрозе
- б) при диспластическом коксартрозе
- в) при посттравматическом коксартрозе
- г) при последствиях асептического некроза головки бедра

62. Основными показаниями к оперативному лечению коксартроза являются

- а) отсутствие эффекта от консервативного лечения
- б) короткие периоды ремиссии
- в) диспластический коксартроз I, II степени
- г) ограничение объема ротационных движений
- д) все перечисленное

63. Операцией выбора при идиопатическом коксартрозе II степени является

- а) операция Фосса
- б) варизирующая остеотомия по Паулсу
- в) операция Мак-Маррея
- г) операция эндопротезирования
- д) артропластическая операция

64. Наиболее приемлемой операцией при диспластической коксартрозе I, II стадии с дефицитом покрытия головки у лиц молодого возраста является

- а) остеотомия по Мак-Маррею
- б) деторсионно-варизирующая остеотомия
- в) остеотомия по Хиари
- г) эндопротезирование сустава
- д) правильно б) и в)

65. У больных с коксартрозом III стадии в сочетании с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника показаны

- а) операция Фосса
- б) артродез тазобедренного сустава
- в) эндопротезирование сустава
- г) остеотомия по Мак-Маррею
- д) деторсионно-варизирующая остеотомия бедра

66. При коксартрозе III стадии с обеих сторон предпочтительнее

- а) двустороннее эндопротезирование
- б) операция Мак-Маррея с обеих сторон
- в) не оперировать оба сустава
- г) вначале произвести операцию эндопротезирования с одной стороны, а при благоприятном исходе произвести эндопротезирование другого сустава
- д) с обеих сторон произвести операцию по Фоссу

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

- а) операция на тазобедренном суставе по Мак-Маррею
- б) деторсионно-варизирующая остеотомия бедра
- в) остеотомия по Хиари

- г) эндопротезирование сустава
- д) операция артродезирования сустава

68. При диспластическом артрозе тазобедренного сустава у подростков, когда недоразвита крыша вертлужной впадины, показано все перечисленное, кроме

- а) консервативной терапии
- б) создания навеса из крыла подвздошной кости на мышечной ножке
- в) только деторсионно-варизирующая остеотомия
- г) остеотомия по Солтеру
- д) остеотомия по Хиари

69. Благоприятный эффект при остеотомии по Мак-Маррею у больных с идиопатическим коксартрозом II стадии достигается в результате

- а) лучшей центрации головки бедра
- б) изменения биомеханики сустава, улучшения кровоснабжения и снижения давления на сустав за счет медиализации бедра
- в) изменения объема движений в суставе
- г) изменения площади нагрузки на сустав
- д) всего перечисленного

70. Наиболее приемлемая методика фиксации фрагментов после межverteбральной остеотомии

- а) фиксатор Харьковского НИИТО
- б) штопор Сиваша
- в) пластинка Троценко - Нуждина
- г) Г-образная пластинка
- д) только гипсовая иммобилизация

71. Инвалидность при политравме в основном определяется

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

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

- а) гемостатические показания
- б) аэростатические показания
- в) гипоксимические показания
- г) дополнительные показания

73. При закрытой травме грудной клетки показаниями к торакотомии будут все перечисленные, кроме

- а) продолжающегося кровотечения в плевральную полость
- б) неустраняемого обтурационного ателектаза легкого
- в) постоянного, несмотря на дренирование, поступления воздуха в плевральную полость
- г) свернувшегося гемоторакса
- д) гидроторакса с уровнем до 3-го ребра

74. При выполнении неотложной "типичной" торакотомии оптимальными являются: 1) положение больного на спине с приподнятой поврежденной стороной, 2) положение

больного на здоровом боку, 3) эндотрахеальный наркоз, 4) перидуральная анестезия с дачей закиси азота, 5) переднебоковой разрез по 4-му или 5-му межреберью, 6) переднебоковой разрез по 6-му или 7-му межреберью, 7) разрез следует вести по нижнему краю ребра, 8) выступающий край широчайшей мышцы спины отслаивают и оттягивают кнаружи

- а) правильно 2, 3, 6, 7
- б) правильно 2, 3, 5, 8
- в) правильно 1, 3, 5, 8
- г) правильно 1, 3, 6, 7
- д) правильно 2, 4, 5, 8

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

- а) небольшие размеры раны
- б) ровные края раны
- в) расположение раны чаще на левой стороне
- г) раневой канал представляет собой треугольник, вершина которого - кожная рана
- д) кровотечение из раны чаще артериального характера

76. При проникающих ранениях груди по убывающей частоте наблюдаются следующие повреждения органов: 1) легкого, 2) сердца, 3) трахеи, 4) пищевода, 5) диафрагмы

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

77. Превращение открытого пневмоторакса в закрытый при проникающих ранениях грудной клетки возможно от всех перечисленных причин, кроме

- а) перемещения мышц раневого канала
- б) закрытия отверстия раневого канала сгустком крови
- в) отека мягких тканей области раны
- г) закрытия раневого канала ребром

78. При среднем гемотораксе при проникающих ранениях грудной клетки излившаяся в плевральную полость кровь составляет

- а) от 150 до 300 мл
- б) от 350 до 450 мл
- в) от 500 до 1000 мл
- г) от 1100 до 1300 мл
- д) от 1400 до 1600 мл

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

- а) флегмона надключичной области
- б) флегмона области лопатки
- в) субпекторальная флегмона
- г) флегмона подкрыльцовой области
- д) флегмона области тела грудины и мечевидного отростка

80. Остеомиелит ребер и грудины, как осложнение открытых повреждений грудной клетки, включает все перечисленное, исключая

- а) выраженную периостальную реакцию
- б) вовлечение в воспалительный процесс париетальной плевры
- в) развитие медиастенита
- г) возникновения перикардита
- д) возникновение свищевых ходов с отверстиями на коже нередко в стороне от места поражения грудины или ребра

81. Благоприятными условиями для возникновения эмпиемы плевры у больных с проникающими ранениями груди являются все перечисленные, исключая

- а) выраженную посттравматическую анемию с невосполненной вовремя кровопотерей
- б) неполноценную первичную хирургическую обработку раны грудной клетки
- в) попытки устранить свернувшийся гемоторакс плевральными пункциями
- г) нахождение дренажной трубки в плевральной полости в течение 6-8 дней
- д) плевральные пункции до 4-5 раз

82. "Газовый синдром", имеющий место в диагностике открытых повреждений груди, включает: 1) подкожную эмфизему, 2) эмфизему средостения, 3) клапанный пневмоторакс, 4) "Pendelluft" - перекачиваемый газ, 5) обтурационный ателектаз

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

83. 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

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

84. Классификация огнестрельных проникающих ранений грудной клетки включает следующие виды повреждений

- а) сквозные ранения
- б) рикошетирующие ранения
- в) слепые ранения
- г) касательные ранения
- д) правильно все, кроме б)

85. 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, 6) ранения с повреждением диафрагмы

- а) правильно все перечисленное
- б) правильно все перечисленное, кроме 5 и 6
- в) правильно все перечисленное, кроме 3 и 4
- г) правильно все перечисленное, кроме 1 и 2

86. Тяжелейшее осложнение огнестрельного ранения груди - отек легких, - имеет четкую клиническую картину, представленную следующими симптомами, исключая

- а) отек легкого возникает через 20-24 часа после ранения
- б) отек легкого возникает через 26-30 часов после ранения
- в) отеку легкого предшествует гипоксия со снижением парциального давления кислорода до 8.23- 8.67 кПа
- г) кашель с розовой пенистой мокротой с увеличением влажных хрипов
- д) отек легкого возникает относительно внезапно, после некоторого улучшения

87. Предрасполагающими условиями для возникновения эмпиемы плевры при огнестрельных проникающих ранениях грудной клетки являются все перечисленные, кроме

- а) внутривнеплевральных инородных тел
- б) свернувшегося гемоторакса
- в) хилоторакса
- г) остеомиелита ребер и лопатки
- д) ателектаза легкого

88. Острый медиастинит после огнестрельных ранений грудной клетки, характеризуется следующими клиническими признаками, кроме

- а) острого начала на 10-12 сутки после огнестрельного ранения
- б) повышения температуры тела до 39-40 градусов С
- в) беспокойного состояния больного
- г) воспалительный процесс обычно захватывает переднее или заднее средостение в зависимости от хода раневого канала
- д) раневого симптома Герке

89. Профилактика пневмонии, как осложнения огнестрельных ранений груди, включает все перечисленное, кроме

- а) устранения сдавления легкого кровью и воздухом
- б) устранения обтурации бронхиального дерева
- в) вибрационного массажа грудной клетки
- г) высокочастотного аппаратного дыхания в пределах не более 60-80 дыханий в минуту
- д) интратрахеального введения смесей антибиотиков

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

- а) введения морфина или литической смеси
- б) вагосимпатической блокады по А.В.Вишневскому
- в) паравертебральной новокаиновой блокады
- г) межреберной новокаиновой блокады
- д) перидуральной анестезии

91. Клинический опыт показывает эффективность трансфузионной терапии при лечении огнестрельных ранений груди со средним гемотораксом при введении плазмозаменяющих растворов в дозе

- а) 300-500 мл в течение суток
- б) 600-800 мл в течение суток
- в) 1000-1500 мл в течение суток
- г) 1800-2400 мл в течение суток
- д) 2600-3200 мл в течение суток

92. При плевральной пункции возможны все перечисленные осложнения, кроме

- а) коллапса
- б) ранения легкого
- в) ранения селезенки
- г) ранения бронха с образованием напряженного пневмоторакса
- д) ранения сосудисто-нервного пучка межреберья

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

- а) пункции по способу Марфана
- б) пункции по способу Куршмана
- в) рассечения кожи и фасции над яремной вырезкой и введения за грудину трубки в клетчатку средостения
- г) введения двух дренажных трубок в 1-е межреберье по парастернальным линиям с обеих сторон
- д) введения дренажной трубки в клетчатку средостения через трепанационное отверстие тела грудины, сделанное троакаром

94. Пункция перикарда может быть удачно осуществлена: 1) по Пирогову - Делорму, 2) по Войно-Сяноженцкому, 3) по Ларрею, 4) в промежутке между реберной дугой и мечевидным отростком слева, 5) в промежутке 3-го межреберья слева по парастеральной линии снизу и кнутри

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

95. При огнестрельных ранениях груди типичная боковая торакотомия включает точное выполнение следующих элементов оперативного пособия и манипуляций: 1) больной укладывается на здоровый бок с отведенной кверху и несколько кпереди рукой больной стороны, 2) разрез производят в 8-м межреберье от края грудины до лопаточной линии, 3) разрез производят в 6-м межреберье от края грудины до лопаточной линии, 4) разрез производят в 7-м межреберье от среднеключичной линии до лопаточной, 5) операцию торакотомии заканчивают постановкой двух дренажей во втором и седьмом межреберье, 6) первичная хирургическая обработка входного и выходного раневых отверстий груди производится после торакотомии, 7) первичная хирургическая обработка раневых отверстий груди производится до торакотомии

- а) правильно 1, 3, 4, 5
- б) правильно 1, 2, 5, 7
- в) правильно 1, 3, 5, 6
- г) правильно 1, 4, 5, 7
- д) правильно 2, 4, 5, 6

96. При оперативном лечении патологического вывиха бедра применяются следующие виды вмешательства

- а) остеосинтез
- б) эндопротезирование
- в) артродезирование сустава
- г) резекция сустава

97. При приобретенном "соха vargae" применяется

- а) вальгизирующая остеотомия бедра
- б) консервативное лечение
- в) артродез и артропластика тазобедренного сустава
- г) ношение ортопедической обуви и разгрузка сустава
- д) все перечисленное

98. При приобретенном "соха valgae" применяется

- а) варизирующая остеотомия
- б) артродез тазобедренного сустава
- в) ношение ортопедической обуви
- г) консервативное лечение и разгрузка сустава
- д) все перечисленное

99. "Соха vargae" возникает в связи с поражением

- а) головки и эпифиза бедра
- б) шейки бедра
- в) вертельной зоны бедра
- г) подвертельной и диафизной зоны бедра
- д) комбинации всех вышеперечисленных зон

100. Начало острого гематогенного остеомиелита характеризуется

- а) резкими болями и болевой контрактурой
- б) реактивным артритом
- в) высокой температурой
- г) повышенной СОЭ
- д) всем вышеперечисленным

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

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

2. К лечебно-диагностическим отделениям относятся все перечисленные, кроме

- а) клинической лаборатории
- б) рентгеновского отделения
- в) процедурного кабинета
- г) диспансерного кабинета
- д) отделения физиотерапии

3. На организацию медицинской помощи в сельской местности влияют

- а) характер расселения
- б) радиус обслуживания
- в) сезонность сельскохозяйственных работ
- г) специфика условий быта
- д) все перечисленное

4. Из перечисленных ниже сочетаний больничных показателей наиболее неблагоприятными являются

- а) увеличение пропускной способности и снижение летальности
- б) увеличение пропускной способности койки и увеличение летальности
- в) уменьшение пропускной способности койки и снижение летальности
- г) уменьшение пропускной способности и увеличение летальности

5. Истечение ликвора в носовую полость возникает при переломе основания черепа

- а) в передней черепной ямке
- б) в средней черепной ямке
- в) в задней черепной ямке

6. Средняя оболочечная артерия отходит

- а) от внутренней сонной артерии
- б) от позвоночной артерии
- в) от наружной сонной артерии
- г) от верхней челюстной артерии

7. Возникновение симптома "очков" при переломе основания черепа объясняется

- а) повреждением продырявленной пластинки в передней черепной ямке
- б) разрывом позвоночной артерии
- в) повреждением внутренней сонной артерии в полости черепа
- г) повреждением передней решетчатой вены
- д) повреждением задней решетчатой вены

8. Мимические мышцы лица иннервируют

- а) тройничный нерв
- б) лицевой нерв
- в) добавочный нерв
- г) блуждающий нерв

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

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

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

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

11. При продолжительной оксигенотерапии вдыхаемая газовая смесь должна содержать кислород в объеме

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

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

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

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

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

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

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

15. Линия Шумахера при патологии тазобедренного сустава

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

16. Ампутации при отморожениях выполняются

- а) до появления демаркационной линии
- б) при появлении демаркационной линии и мумификации
- в) в первую или вторую неделю
- г) при инфицированных отморожениях по линии демаркации в сроки 3-4 недели
- д) правильно б) и г)

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

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

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

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

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

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

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

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

21. При обширных повреждениях конечности ампутация производится

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

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

- а) внутриартериального введения хлористого кальция или сосудорасширяющих средств
- б) внутрикостного или внутривенного введения новокаина с последующим снятием жгута (тест С.Ф.Годунова и А.И.Новоселова) и оценка границ распространенности яркой гиперемии на поврежденной конечности
- в) первичной хирургической обработки
- г) компьютерной томографии системы микроциркуляции
- д) правильно б) и г)

23. Одномоментный способ пересечения мягких тканей предусматривает

- а) одинаковую сократимость кожи, поверхностных и глубоких мышц

- б) неодинаковую сократимость кожи, поверхностных и глубоких мышц, в результате чего после перерезки, мышц образуется конус, требующий второго кругового сечения мышц и перепиливания кости
- в) создание конической культи
- г) нормальную культю, в дальнейшем годную для протезирования

24. К опорным культям относятся

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

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

- а) выкраивания переднего и заднего кожнофасциального лоскута
- б) сшивания мышц над костным спилом, передний и задний кожно-фасциальный лоскуты не сшиваются
- в) мышцы не сшиваются под костным спилом
- г) передний и задний кожнофасциальный лоскуты сшивают между собой

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

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

27. Чаще других встречаются открытые повреждения

- а) плечевого сустава
- б) локтевого сустава
- в) коленного сустава
- г) лучезапястного сустава
- д) голеностопного сустава

28. Пострадавшему с тяжелым многооскольчатым огнестрельным переломом коленного сустава после первичной хирургической обработки следует осуществить иммобилизацию коленного сустава только

- а) гипсовым тутором на коленный сустав
- б) глубокой толстой гипсовой повязкой-лонгетой от верхней трети бедра до лодыжек голени
- в) глубокой толстой гипсовой лонгетой от верхней трети бедра до кончиков пальцев стопы
- г) широкой гипсовой лонгетой от поясницы до нижней трети голени
- д) типичной кокситной повязкой со стопой

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

- а) расслабляющий массаж мышц плеча и предплечья
- б) тепловые процедуры на локтевой сустав
- в) ненасильственные и пассивные разгибательные и сгибательные, супинационные и ротационные движения в локтевом суставе и предплечье

г) активные движения в плечевом и лучезапястном суставе поврежденной конечности

30. Множественные и сочетанные повреждения наиболее часто встречаются в возрастной группе

- а) трудоспособного возраста
- б) детского и юношеского возраста
- в) пожилого и старческого возраста
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

31. К сочетанным повреждениям относятся все следующие травмы, кроме

- а) повреждения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов
- б) повреждения всех и более различных анатомо-функциональных образований
- в) политравмы, сопровождающиеся различной степенью функциональными и морфологическими расстройствами органов и систем
- г) множественных повреждений опорно-двигательного аппарата и термический ожог
- д) перелома костей конечности и черепно-мозговой травмы

32. К множественным переломам относятся

- а) повреждения двух и более анатомофункциональных областей опорно-двигательного аппарата
- б) два и более переломов в пределах одного сегмента
- в) два и более переломов в пределах одной конечности
- г) два и более переломов двух и более конечностей
- д) все перечисленное

33. Среди множественных и сочетанных повреждений превалирует

- а) травма грудной клетки и ее органов
- б) черепно-мозговая травма и перелом конечностей
- в) травма брюшной полости и костей таза
- г) тяжелые множественные повреждения опорно-двигательного аппарата
- д) сдавления конечностей

34. К сочетанной травме относятся

- а) открытый перелом костей предплечья и повреждение мышечной части поверхностного сгибателя пальцев
- б) закрытый перелом плечевой кости и повреждение плечевой артерии
- в) открытый перелом костей голени и анаэробная инфекция
- г) множественный перелом ребер и повреждение легкого и плевры
- д) правильно б) и г)

35. К сочетанной травме относятся

- а) множественный перелом ребер и перелом костей голени
- б) перелом плечевой кости и костей предплечья в сочетании с переломом костей таза
- в) перелом основания черепа и бедренной кости
- г) перелом ребер с пневмотораксом
- д) верно в) и г)

36. К комбинированным повреждениям относятся: 1) множественный перелом ребер с гемопневмотораксом, перелом костей таза с внутрибрюшным разрывом мочевого пузыря, 2) черепно-лицевая травма, ушиб головного мозга, травматический отрыв правой голени, 3) перелом костей левой голени, термический ожог туловища, 4)

сдавление таза, перелом основания черепа, ушиб головного мозга, 5) перелом левой плечевой кости, обеих костей левой голени, сдавление грудной клетки, лучевая болезнь

- а) верно все перечисленное
- б) верно все, кроме 1, 2, 3
- в) верно все, кроме 1, 2, 4
- г) верно все, кроме 1, 2, 4, 5
- д) верно все, кроме 1, 2

37. Многократная рвота наблюдается у ожоговых больных, находящихся в состоянии

- а) легкого ожогового шока
- б) тяжелого ожогового шока
- в) крайне тяжелого ожогового шока
- г) рвоты не наблюдается
- д) правильно б) и в)

38. Возникновение острых язв желудка и 12-перстной кишки при ожоговом шоке определяется всем перечисленным, кроме

- а) действия ожоговых токсинов
- б) гиперсекреции соляной кислоты
- в) нарушения кровообращения желудка и 12-перстной кишки
- г) нарушения гормональной активности надпочечников

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

- а) введения антацидов (per os или через зонд)
- б) введения постоянного назогастрального зонда
- в) применения анацидных препаратов
- г) раннего зондового питания
- д) введения в желудок раствора 4% соды по 50 мл через день

40. Эрозивно-язвенные изменения стенки пищевода у тяжелообожженных в периоде ожогового шока наступают в результате всего перечисленного, исключая

- а) расстройство микроциркуляции в указанной области
- б) рефлюкс-эзофагит
- в) повышенную кислотность желудочного сока
- г) введение зонда для декомпрессии желудка

41. Причинами нарушения функции печени при ожоговом шоке является все перечисленное, кроме

- а) циркуляторной и тканевой гипоксии
- б) нарушения кровообращения
- в) интоксикации
- г) гемолиза

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

- а) повышение активности трансаминаз
- б) билирубинемия
- в) диспротеинемия
- г) гипопротромбинемия
- д) правильно б) и в)

43. Причинами раннего гепатита у обожженных могут быть все перечисленные, кроме

- а) дистрофических изменений печени
- б) продолжающегося гемолиза
- в) глубоких обширных ожогов
- г) неадекватности противошоковой терапии

44. Клиника желудочно-кишечного кровотечения у обожженных определяется всем перечисленным, кроме

- а) интенсивности кровопотери
- б) локализации кровотечения
- в) состояния больного перед кровотечением
- г) источника (морфологический субстрат) кровотечения
- д) состояния функции поджелудочной железы

45. При декомпенсированной кровопотере вследствие профузного желудочного кровотечения у тяжелообожженных восполнение объема крови должно быть

- а) не менее 1/3 переливаемого объема жидкости
- б) не менее 1/2 переливаемого объема жидкости
- в) не менее 2/3 переливаемого объема жидкости
- г) не более 1/3 переливаемого объема жидкости

46. Ожог лица обычно не сопровождается

- а) поражением глаз
- б) ожогом дыхательных путей
- в) развитием острых психозов
- г) поражением слуха

47. Абсолютными показаниями к ампутации конечности или сегментов ее являются

- а) полная гибель конечности в результате травмы
- б) сдавление циркулярным струпом
- в) острый гнойный артрит крупных суставов
- г) гангрена конечности
- д) правильно а) и г)

48. Из перечисленных препаратов коллаген входит в состав: 1) альгипора, 2) ТИК (тканевой имитатор кожи), 3) комбутека, 4) софра-тюль, 5) пластодерма

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

49. Применение только закрытого (повязочного) метода лечения обожженных показано во всех перечисленных случаях, кроме

- а) лечения в амбулаторных условиях
- б) обширных ожогов
- в) транспортировки больных
- г) массовых поражений

50. Из перечисленных препаратов для местного лечения не действует на синегнойную палочку

- а) борная кислота

- б) мазь Вишневского
- в) мафенид
- г) йодопирон
- д) сульфадивазин серебра

51. Современная классификация ожогов принята

- а) на XIV съезде Российских хирургов в 1916 году
- б) на XXVII Всесоюзном съезде хирургов в 1962 году
- в) на I Всероссийской конференции по ожогам
- г) на V Всесоюзном съезде травматологов-ортопедов в 1938 году
- д) на I Всесоюзном съезде травматологов-ортопедов в 1962 году

52. Авторами современной классификации ожогов являются

- а) проф. С.С.Юдин и Б.А.Петров
- б) проф. М.В.Волков и В.Д.Чаклин
- в) проф. А.В.Каплан и В.М.Лирцман
- г) проф. А.А.Вишевский, М.И.Шрайбер и Г.Д.Вилявин
- д) сэр Р.Уотсон-Джонс

53. Современная отечественная классификация ожогов отличается от известной классификации Крейбиха (1929 г.)

- а) введением в нее периода "нулевой" степени
- б) разными названиями степеней ожога
- в) введением в классификацию не только цифрового обозначения, но и буквенного
- г) введением в классификацию пятой степени ожога
- д) включением температурного фактора

54. Клиника ожоговой болезни не включает

- а) скрытого (инкубационного) периода
- б) периода ожогового шока
- в) периода ожоговой интоксикации
- г) периода ожогового истощения
- д) периода реконвалесценции

55. Индекс Франка, позволяющий установить и определить степень ожогового шока, является произведением

- а) глубины ожога и возраста больного
- б) области поражения и площади его
- в) глубины ожога и площади его
- г) температуры, вызывающей ожог, и локализации поражения
- д) пола пострадавшего и его возраста

56. Один процент глубокого (3-4 ст.) ожога при определении индекса Франка равняется

- а) единице
- б) двум единицам
- в) трем единицам
- г) четырем единицам
- д) пяти единицам

57. Один процент площади поверхностного (1-2 ст.) ожога при определении индекса Франка равняется

- а) единице

- б) двум единицам
- в) трем единицам
- г) четырем единицам
- д) пяти единицам

58. Индекс Франка, равный "70", характеризует

- а) отсутствие ожогового шока у пострадавшего
- б) легкий ожоговый шок
- в) тяжелый ожоговый шок
- г) сверхтяжелый ожоговый шок
- д) "смертельный", необратимый ожоговый шок

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

- а) одновременно с оперативным вмешательством по поводу повреждения внутреннего органа
- б) после жизнеспасующих операций и стабилизации жизненных функций организма
- в) параллельно с проведением противошоковых мероприятий
- г) верно а) и в)
- д) верно все перечисленное

60. Течение и исход сочетанной травмы опорно-двигательного аппарата определяют следующие сопутствующие повреждения: 1) травма черепа и головного мозга, 2) множественные повреждения ребер, 3) множественные переломы костей таза, 4) повреждения органов грудной полости, 5) повреждения органов брюшной полости

- а) верно все перечисленное
- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 2, 3
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5

61. Сочетанные повреждения характеризуются всеми следующими особенностями, исключая: 1) трудности диагностики, 2) тяжесть клинического течения, 3) многообразие осложнений, 4) трудности прогнозирования исхода и последствий, 5) возникновение полиорганной недостаточности, 6) необходимость проведения ангиографического исследования во всех случаях

- а) верно все перечисленное
- б) верно все, кроме 1, 2
- в) верно все, кроме 4
- г) верно все, кроме 5
- д) верно все, кроме 6

62. Наибольший удельный вес в структуре политравмы составляют травмы, полученные в результате

- а) дорожно-транспортных происшествий
- б) падения с высоты
- в) сдавления тяжелыми предметами
- г) различных криминальных ситуаций
- д) верно б) и в)

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

- а) многообразия повреждений

- б) трудности ранней диагностики
- в) тяжелого клинического течения
- г) уменьшения объема циркулирующей крови, падения артериального давления
- д) высокой летальностью - до 60% и выше

64. Летальность при сочетанной травме опорно-двигательного аппарата и черепно-мозговой травмы и грудной клетки, опорно-двигательного аппарата и брюшной полости колеблется в пределах

- а) от 3 до 8%
- б) от 15 до 19%
- в) от 21 до 25%
- г) от 40 до 55%
- д) от 56% и выше

65. Летальность при множественных переломах колеблется в пределах

- а) от 3 до 8%
- б) от 15 до 20%
- в) от 21 до 25%
- г) от 40 до 55%
- д) от 56% и выше

66. Для лучевых ожогов II и III степени характерно все перечисленное, кроме

- а) инкубационного периода от нескольких дней до 2 недель
- б) частого возникновения в области лучевого ожога паратравматической экземы и рожистого воспаления
- в) частого озлокачествленного перерождения облученных тканей
- г) прогрессирования облученных тканей
- д) наличия симптомов лучевой болезни

67. Диагноз лучевой язвы ставится на основании

- а) анамнеза
- б) инкубационного периода
- в) состояния тканей образовавшейся раны, после вскрытия пузыря
- г) наличия телеангиэктазий в области, окружающей рану кожного покрова
- д) всего перечисленного

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

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

69. Классификация В.П.Котельникова при отморожении оценивает

- а) состояние тканей в дореактивном периоде
- б) состояние тканей в реактивном периоде
- в) длительность однократного и частоту повторного действия холода
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

70. Наиболее часто холодом бывают поражены

- а) грудная клетка
- б) лицо
- в) ягодицы
- г) живот
- д) конечности (кисть, стопа)

71. При обморожении общепринято выявлять

- а) период ранних реакций
- б) дореактивный период
- в) период разгара
- г) реактивный период
- д) правильно б) и г)

72. К клиническим симптомам дореактивного периода относятся все перечисленные, кроме

- а) бледности, цианоза
- б) гиперемии и боли
- в) анемии
- г) похолодания

73. Признаками реактивного периода являются

- а) боль
- б) отек и пузыри
- в) нарушение чувствительности
- г) все перечисленное

74. Изменения системного и органного кровообращения наступают при отморожении

- а) 1 степени
- б) 2 степени
- в) 3 степени
- г) 4 степени
- д) любой из перечисленных

75. Местная холодовая травма вызывает все перечисленное, кроме

- а) снижения кровообращения в конечности
- б) повышения тонуса сосудов в поврежденной конечности
- в) снижения тонуса сосудов
- г) понижения эластичности сосудистой стенки

76. Известно, что тепло ускоряет свертываемость крови, а холод замедляет ее, но патологическое состояние тканей в результате криотравмы меняет состояние свертывающей системы, которая выражается всем перечисленным, кроме

- а) увеличения количества фибриногена
- б) уменьшения количества фибриногена
- в) уменьшения толерантности плазмы к гепарину
- г) увеличения толерантности плазмы к гепарину

77. Теплоизолирующая повязка - это

- а) марлевая повязка, смоченная спиртом
- б) ватномарлевая повязка с фурацилином
- в) ватно-марлевая повязка с вазелиновым маслом

- г) стерильная ватно-марлевая повязка с полиэтиленовым или резиновым чехлом
- д) стерильная ватно-марлевая повязка

78. Форсированное согревание допускает отморожение, достигающее

- а) оледенение тканей
- б) 4 степени
- в) 3 степени
- г) 1 и 2 степени

79. При тяжелых степенях отморожения омертвление тканей наступает

- а) на 1-е сутки
- б) на 2-е сутки
- в) на 3-е сутки
- г) на 4-е сутки
- д) на 5-е сутки

80. Консервативное лечение при обморожении имеет задачи

- а) восстановления температуры тканей
- б) восстановления кровообращения
- в) борьбы с шоком и интоксикацией
- г) профилактики инфекции
- д) все перечисленное

81. Оказание первой помощи в дореактивном периоде включает

- а) быстрое согревание, растирание снегом
- б) форсированное согревание отмороженной конечности, погрузив ее в ванну с температурой воды в 40
- в) форсированное согревание, включив согревающие лампы или фен
- г) обработку спиртом
- д) обработку спиртом с последующим наложением теплоизолирующей повязки

82. Фасциотомию следует выполнить

- а) сразу при поступлении в дореактивный период
- б) на 1-е сутки реактивного периода
- в) на 2-е сутки реактивного периода
- г) на 3-е сутки реактивного периода
- д) на 4-е сутки реактивного периода

83. В реактивном периоде некротомию следует выполнить

- а) на 1-е сутки
- б) на 3-и сутки
- в) на 5-6-е сутки
- г) на 8-10-е сутки
- д) на 14-15-е сутки

84. Изменения системного и органного кровообращения наступают при отморожении

- а) 1 степени
- б) 2 степени
- в) 3 степени
- г) 4 степени
- д) правильно в) и г)

85. Преимуществами всех видов местной анестезии при проведении фасциотомии, некротомии, первичной хирургической обработки и ампутации являются

- а) доступность широкому кругу хирургов
- б) малые материально-технические затраты
- в) местное обезболивание поврежденных тканей, что благоприятно влияет на течение послеоперационного периода
- г) уменьшение числа осложнений, чем при других видах обезболивания
- д) все перечисленное

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

- а) под внутривенной регионарной анестезией
- б) под внутрикостной регионарной анестезией
- в) под внутрикостной пролонгированной, антикоагуляционной анестезией
- г) под инфильтрационной и футлярной анестезией по Вишневскому
- д) под всеми перечисленными видами анестезии

87. Ампутация и экзартикуляция после отморожений могут быть при всех перечисленных, кроме

- а) первичных
- б) вторичных
- в) поздних
- г) отсроченных

88. Первичная ампутация при глубоком и обширном отморожении проводится

- а) сразу при поступлении в дореактивном периоде
- б) в первые часы реактивного периода
- в) в первые сутки реактивного периода
- г) на 4-5 сутки реактивного периода
- д) через 3-4 недели в реактивном периоде

89. Протезирование культи после отморожения предусматривает

- а) изготовление постоянного протеза сразу после ампутации на операционном столе
- б) изготовление временного гипсового культеприемника на операционном столе
- в) замену приемной части культи в протезе, сделанном в первые 2.5-3 недели
- г) применение временных тренировочных протезов

90. Операция симпатэктомии при отморожении рук сводится к удалению

- а) 2-го и 3-го узлов на стороне поражения
- б) 1-го узла на противоположной стороне
- в) 2-го и 3-го узлов на противоположной стороне
- г) 2-го и 3-го узлов с обеих сторон

91. Из перечисленных поздних осложнений отморожений наиболее часто встречаются

- а) сепсис
- б) остеомиелит
- в) лимфаденит
- г) флегмона
- д) артрит

92. Установив диагноз флегмоны при отморожении, следует

- а) проводить консервативную антибактериальную терапию

- б) ограничиться иммобилизацией
- в) пунктировать ее
- г) провести операцию вскрытия флегмоны
- д) сделать новокаиновую блокаду

93. Под воздействием электрического тока имеют место следующие изменения со стороны костной ткани, мышц, сухожилий

- а) обугливание
- б) оскольчатые переломы
- в) расслоение мышц
- г) образование в костях "жемчужин"
- д) все перечисленное

94. Тяжесть повреждения при электротравме в большей степени зависит

- а) от тока и напряжения
- б) от вида тока (переменный, постоянный)
- в) от сопротивления тканей
- г) от окружающей среды
- д) всего перечисленного

95. Диагностика повреждения электрическим током основана

- а) на рассказе очевидцев
- б) на анамнезе, выясненном у больного, если он в сознании
- в) на осмотре и выявлении "знаков тока"
- г) на оценке состояния ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной системы
- д) всего перечисленного

96. Первая помощь при электротравме будет включать перечисленные действия в следующей последовательности: 1) срочно госпитализируете, 2) начнете непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, 3) освободите от действия тока

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 2, 3, 1
- в) верно 3, 2, 1
- г) верно 2, 1, 3
- д) верно 1, 3, 2

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

- а) древовидно-разветвленных гиперемированных полос на коже, не исчезающих при надавливании
- б) таких же полос, но исчезающих при надавливании
- в) обугливания участка от воздействия электрического тока
- г) металлизации тканей
- д) образования "знаков тока"

98. Клинические признаки "знаков тока" включают все перечисленное, кроме

- а) появления на коже желто-бурых небольших участков кожи с вдавлением в центре и валикообразным утолщением по краям
- б) наличия боли на этих участках
- в) отсутствия боли на этих участках
- г) отсутствия реактивной гиперемии

99. При "вольтовой" дуге возникает температура

- а) 500 С градусов
- б) 1000 С градусов
- в) 3000 С градусов
- г) 10000 С градусов

100. Отличие электроожога от термического заключается

- а) в сохранности волосяного покрова на пораженном участке
- б) в отсутствии волосяного покрова
- в) в отсутствии боли
- г) верно а) и в)
- д) верно а) и б)

1. Развитие профилактического направления в медицине предполагает все перечисленное, кроме

- а) улучшения санитарно-гигиенического воспитания населения
- б) повышения уровня пропаганды здорового образа жизни, физкультуры и спорта
- в) искоренения вредных привычек
- г) расширения сети больниц и отделений восстановительного лечения
- д) расширения массовых профосмотров, диспансеризации, повышения их качества и эффективности

2. Улучшение лечебно-профилактической помощи населению предусматривает все перечисленное, кроме

- а) усиления госсаннадзора
- б) улучшения работы скорой и неотложной медицинской помощи
- в) совершенствования экспертизы временной нетрудоспособности
- г) укрепления и расширения сети территориально-медицинских объединений
- д) повышения норм расходов на питание и медикаменты

3. Материально-техническую базу здравоохранения составляет все перечисленное, кроме

- а) сети учреждений здравоохранения
- б) коечного фонда
- в) оснащенности аппаратурой
- г) укомплектованности медицинскими кадрами
- д) сочетания бюджетного и внебюджетного финансирования

4. Типами учреждений здравоохранения являются все перечисленное, кроме

- а) лечебно-профилактических
- б) санитарно-профилактических
- в) судебно-медицинской экспертизы
- г) санаторно-курортных
- д) аптечных

5. К временной и окончательной остановке кровотечений при повреждении сосудов и синусов относятся

- а) наложение зажима
- б) прошивание
- в) тампонада

- г) перевязка синусов
- д) все перечисленное

6. Шейное нервное сплетение формируется чаще всего

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

7. Блокада шейного нервного сплетения осуществляется доступом

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

8. В состав основного сосудисто-нервного пучка шеи входят

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

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

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

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

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

11. Среди перечисленных ниже приемов восстановления проходимости дыхательных путей эффективны все перечисленные, кроме

- а) резко согнуть головку, приблизив подбородок к груди

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

12. В нормальном (здоровом) коленном суставе невозможно следующее движение

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

13. В нормальном (здоровом) тазобедренном суставе не бывает следующих движений

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

14. В нормальном (здоровом) голеностопном суставе невозможно следующее движение

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

15. При параличе мышц тазобедренного сустава

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

16. Максимальная суточная доза полиглюкина при выведении больного из шока не должна превышать

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

17. В больших дозах, превышающих 2000 мл, полиглюкин

- а) обладает выраженным гемодинамическим действием
- б) улучшает систему микроциркуляции
- в) улучшает реологические свойства крови, текучесть крови
- г) повышает гидростатическое давление
- д) ухудшает работу системы микроциркуляции, вызывает агрегацию форменных элементов крови

18. Предварительное переливание полиглобулина в объеме 1-2 л в машине скорой помощи

- а) затрудняет определение групповой принадлежности крови
- б) улучшает определение групповой принадлежности крови
- в) существенного значения для определения групповой принадлежности крови не имеет
- г) у больных с большой кровопотерей значительно облегчает определение группы крови

19. К признакам начинающейся перегрузки кровообращения у больных с шоком при избыточном введении жидкостей относятся все перечисленные, кроме

- а) нарастания одышки
- б) крепитирующих хрипов в легких
- в) вздутия вен шеи
- г) увеличения ЦВД (больше 120 мм вод. ст.)
- д) уменьшения ЦВД (меньше 50 мм вод. ст.)

20. Для оценки состояния пострадавшего и прогнозирования течения травмы у пожилых больных и детей рекомендуется

- а) провести общеклиническое обследование органов и систем организма
- б) определить резервные силы, компенсаторные и адаптационные возможности
- в) определить степень инволютивных процессов старения
- г) определить артериальное давление, пульс, частоту дыхания
- д) все перечисленное

21. У пожилых и старых больных происходят значительные изменения в опорно-двигательном аппарате в виде всего перечисленного, исключая

- а) остеопороз
- б) остеолит
- в) остеоартроз, разволокнение, изъязвление хрящей суставов
- г) деформирующий артроз, утолщение, появление костных разрастаний
- д) декальцинацию, уменьшение содержания кальция в костях

22. Из перечисленных ниже локализаций перелома реже всего встречаются у лиц пожилого и старческого возраста

- а) медиальные и вертельные переломы бедра
- б) переломы хирургической шейки плеча
- в) переломы позвоночника
- г) переломы мыщелков большеберцовой кости
- д) переломы лучевой кости в типичном месте

23. Неблагоприятное течение переломов шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено

- а) резким нарушением кровоснабжения головки шейки бедра
- б) репонированные отломки трудно удерживаются обычными способами внешней фиксации
- в) длительное вынужденное положение больного, адинамия
- г) правильно а) и в)
- д) все ответы правильны

24. Преимуществами оперативных методов лечения переломов шейки бедра являются все перечисленные, кроме

- а) операция малотравматична
- б) позволяет точно сопоставить отломки
- в) достаточно прочно фиксировать отломки
- г) возможна ранняя активизация больного
- д) предупреждение пролежней

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

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

26. Развитие ложного сустава при переломе шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено всеми перечисленными причинами, кроме

- а) нарушения кровоснабжения головки и шейки бедра
- б) недостаточной репозиции отломков
- в) неустойчивой фиксации отломков
- г) ранней нагрузки на поврежденную конечность
- д) возраста больного

27. Особенностью чрезвертельных переломов у лиц пожилого и старческого возраста является все перечисленное, кроме

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

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

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

29. Псевдоартрозу предшествуют

- а) свежий перелом
- б) замедленное костеобразование
- в) несросшийся перелом
- г) чрезмерное костеобразование
- д) первичное сращение костной раны

30. Рентгенологический диагноз ложного сустава устанавливается на основании

- а) остеопороза отломков
- б) закрытия костномозгового канала
- в) формирования суставных поверхностей
- г) гипертрофии костной мозоли

д) всего вышеперечисленного

31. Для лечения ложных суставов костей применяются

- а) костная пластика
- б) внутрикостный остеосинтез
- в) компрессионно-дистракционный остеосинтез
- г) бальнеотерапия
- д) верно а) и в)
- е) эндопротезирование

32. Приобретенные костные дефекты могут образоваться вследствие

- а) огнестрельных ранений
- б) открытых переломов
- в) оперативного лечения закрытых переломов
- г) лучевой терапии
- д) всего вышеперечисленного

33. При лечении больных с костными дефектами применяются

- а) костная пластика
- б) кожнокостная аутопластика на сосудистой ножке
- в) операция Гана
- г) метод Илизарова
- д) все перечисленное

34. «Разболтанные» ложные суставы характеризуются

- а) ложным суставом с потерей костного вещества
- б) истончением и изменением концов костных фрагментов
- в) афункциональностью конечности
- г) всем перечисленным

35. Патологический вывих бедра возникает в результате

- а) костно-суставного туберкулеза и остеомиелита
- б) опухолевого процесса
- в) лучевого поражения
- г) невrogenных артропатий
- д) всего перечисленного

36. Диагноз патологического вывиха бедра осуществляется на основании

- а) болевого синдрома в области сустава
- б) нарушения опороспособности конечности
- в) положительного синдрома Тренделенбурга
- г) анамнестических данных
- д) совокупности всех перечисленных признаков

37. Рентгенологическими признаками патологического вывиха бедра являются

- а) структурные изменения в костях головки бедра и вертлужной впадины
- б) изменение топографического соотношения костей в тазобедренном суставе
- в) наличие отягощенного анамнеза заболеванием
- г) сочетание структурных изменений и топографических взаимоотношений костей в тазобедренном суставе
- д) все вышеперечисленное

38. Характер лечения патологического вывиха бедра связан

- а) с заболеванием, приведшим к патологическому вывиху бедра
- б) с локализацией и характером костных изменений
- в) с возрастом больного и состоянием больного, а также давностью заболевания
- г) с возможностью врачей, лечебного учреждения и желанием больного
- д) со всем вышеперечисленным

39. Консервативное лечение патологического вывиха бедра включает в себя

- а) покой и иммобилизацию
- б) антибиотикотерапию и химиотерапию
- в) так называемое "функциональное" лечение, включая лечебную гимнастику, массаж и бальнеологию
- г) протезирование
- д) все вышеперечисленное

40. Болезнь Кашина - Бека характеризуется

- а) обезображивающими полихондроостеоартрозами
- б) эндемичностью и неясной этиологией
- в) симметричностью и прогрессированием
- г) деформацией и тугоподвижностью суставов
- д) всем вышеперечисленным

41. Третья стадия урвской болезни (деформирующего эндемического остеоартроза или болезни Кашина - Бека) устанавливается на основании

- а) коротколапости (медвежья лапа) и утиной походки
- б) ограничения движения в коленных суставах и голеностопных суставах, а также тугоподвижности в суставах пальцев и лордоза поясничного отдела позвоночника
- в) недостаточности функции паращитовидных желез
- г) наличия уретрита
- д) всего вышеперечисленного

42. При абсцессе Броди (ограниченном гематогенном остеомиелите) имеется

- а) солитарный абсцесс кости с утолщением надкостницы, склерозированием окружающей ее участком кости и секвестром в центре
- б) поражение эпифизов большеберцовой, лучевой и других костей
- в) многолетнее течение
- г) ночные боли и повышенная температура
- д) все перечисленное

43. Основными осложнениями при лечении закрытых и открытых переломов являются

- а) неправильное сращение
- б) несращение
- в) ложные суставы
- г) травматические остеомиелиты
- д) все вышеупомянутые

44. Причинами псевдоартрозов при консервативном лечении переломов являются

- а) недостаточная и часто меняющаяся фиксация
- б) неполная репозиция фрагментов
- в) интерпозиция или диастаз между обломками

- г) неполноценное питание
- д) все вышеперечисленное

45. Причинами псевдоартроза при оперативном лечении переломов являются

- а) неадекватный выбор метода остеосинтеза
- б) нарушение техники остеосинтеза
- в) расширение показаний к операциям
- г) инфекционные осложнения
- д) все вышеперечисленное

46. Рентгенологическими признаками гематогенного остеомиелита являются

- а) местное утолщение мягких тканей
- б) периостальное костеобразование и экзофитные наросты
- в) слоистые напластования периоста (луковичный периостит)
- г) остеопороз
- д) все перечисленное

47. Принципами лечения гематогенного остеомиелита является воздействие

- а) на очаг воспаления
- б) на возбудителя болезни
- в) на иммунитет организма
- г) на создание покоя
- д) все перечисленное

48. Оперативное лечение гематогенного остеомиелита заключается

- а) во внутрикостном промывании
- б) в некрэсеквестрэктомии и костной пластике
- в) в резекции сустава
- г) все перечисленное по показаниям

49. Кортикальный абсцесс характеризуется наличием

- а) коркового секвестра
- б) центрального секвестра
- в) проникающего секвестра
- г) трубчатого секвестра
- д) циркулярного секвестра

50. Для субпериостального абсцесса характерны

- а) местная температура и распирающие боли
- б) утолщение периоста
- в) игольчатый периостит (спикул в виде частокола)
- г) наличие треугольника Кадмана (симптома козырька)
- д) все вышеперечисленное

51. Хронический посттравматический остеомиелит диагностируется на основании наличия

- а) гнойного свища
- б) костного секвестра
- в) рецидивирующего течения
- г) травмы в анамнезе
- д) всего вышеперечисленного

52. Хронический посттравматический остеомиелит следует дифференцировать

- а) с посттравматическим периоститом
- б) с абсцессом Броди и склерозирующим остеомиелитом Гарре
- в) с эхинококком кости
- г) с остеогенной саркомой
- д) со всеми вышеперечисленными

53. Остеомиелит Гарре (хронический склерозирующий остеомиелит Гарре) диагностируется на основании

- а) веретенообразного утолщения длинной трубчатой кости (чаще большеберцовой) со склерозированием кортикального слоя
- б) гектической температуры и ночных болей
- в) вялого течения
- г) облитерации костно-мозгового канала на отдельных участках
- д) всех перечисленных признаков

54. Консервативное лечение хронического посттравматического остеомиелита состоит

- а) в антимикробной терапии
- б) в иммунотерапии
- в) в пирогенной терапии
- г) в гормонотерапии
- д) во всем вышеперечисленном

55. Оперативное лечение хронического посттравматического остеомиелита предусматривает

- а) перфорацию кости
- б) секвестрэктомию
- в) металлостеосинтез
- г) костную пластику
- д) сегментарную резекцию кости

56. Хронический посттравматический остеомиелит может привести

- а) к амилоидозу паренхиматозных органов
- б) к рецидиву хронического остеомиелита
- в) к сепсису и флегмонам
- г) к озлокачествлению процесса
- д) ко всему вышеперечисленному

57. Хронический огнестрельный остеомиелит характеризуется наличием

- а) огнестрельного ранения в анамнезе
- б) функционирующего гнойного свища
- в) костного секвестра
- г) рецидивирующего течения
- д) всего перечисленного

58. Рентгенологический хронический огнестрельный остеомиелит характеризуется

- а) остеосклерозом на фоне остеопороза
- б) нарастанием толщины и плотности кости
- в) кортикотрубчатыми секвестральными коробками, окруженными грануляционной тканью

- г) остеопорозом живой кости на фоне остеосклероза
- д) всем вышеперечисленным

59. К невропатическим артритам относятся

- а) коревые артриты
- б) табетические артриты
- в) синингомиелические поражения суставов
- г) дистрофические изменения при рассеянном склерозе
- д) все вышеперечисленное

60. Табетические артропатии характеризуются

- а) внезапным началом с обильным выпотом и субфебрильной температурой
- б) разболтанностью сустава
- в) параартикулярным обызвествлением
- г) расстройством чувствительности
- д) всем вышеперечисленным

61. Для синингомиелической артропатии характерны

- а) мышечные атрофии верхней конечности
- б) аналгезии
- в) деструкция суставных концов костей
- г) "когтистость" пальцев кисти
- д) все вышеперечисленное

62. При рассеянном склерозе наблюдается

- а) триада Шарко (нистагм, интенционный тремор, скандированная речь)
- б) утомляемость ног к концу дня в начале болезни
- в) вестибулярные нарушения (головокружение, тошнота)
- г) нарушение чувствительности (парестезии и боли)
- д) все вышеперечисленное

63. При гемофилическом поражении суставов наблюдается

- а) понижение свертываемости крови
- б) поражение детей
- в) кровоизлияние в суставе
- г) хронические артриты
- д) все вышеперечисленное

64. По клиническому течению гематогенный остеомиелит может быть

- а) острым
- б) хроническим
- в) первично-хроническим
- г) постинфекционным
- д) все вышеперечисленные формы

65. Гематогенный остеомиелит чаще встречается

- а) у детей
- б) у подростков
- в) у взрослых
- г) одинаково часто во всех возрастных группах

66. Гематогенный остеомиелит чаще встречается

- а) у мальчиков
- б) у девочек
- в) с одинаковой частотой

67. Показаниями к оперативному лечению деформирующего артроза коленного сустава являются

- а) отсутствие эффекта от консервативного лечения
- б) короткие периоды ремиссии
- в) дефартроз с варусной или вальгусной деформацией
- г) выраженный пателло-фemorальный артроз коленного сустава
- д) все вышеперечисленное

68. Операцией выбора при пателло-фemorальном артрозе II-III стадии является

- а) удаление надколенника
- б) эндопротезирование коленного сустава
- в) артродез коленного сустава
- г) операция Банди
- д) артропластика коленного сустава

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

- а) высокая корригирующая остеотомия большеберцовой кости
- б) вычerpывающая внутрикостная остеотомия проксимального конца большеберцовой кости
- в) эндопротезирование коленного сустава
- г) артродез коленного сустава
- д) артропластика коленного сустава

70. У молодых лиц 24-40 лет с деформирующим артрозом коленного сустава I-II стадии и нестабильностью сустава показана операция

- а) эндопротезирования коленного сустава
- б) артродеза коленного сустава
- в) высокой корригирующей остеотомии большеберцовой кости
- г) стабилизирующая операция на коленном суставе с восстановлением связочного аппарата

71. У лиц 40-60 лет с деформирующим артрозом коленного сустава II-III стадии, варусной или вальгусной деформацией показаны

- а) эндопротезирование коленного сустава
- б) артродез коленного сустава
- в) высокая корригирующая остеотомия большеберцовой кости с коррекцией деформации
- г) любая из перечисленных

72. Больная 21 года имеет диспластический правосторонний коксартроз I, II степени. Беспокоят боли в тазобедренном суставе после физической нагрузки, во время ходьбы на большие расстояния. Ротационные движения ограничены, приведение и отведение не ограничены. Объем движения в сагиттальной плоскости полный. На рентгенограмме имеется склероз субхондрального отдела головки и впадины на участке наибольшей нагрузки. Впадина мелкая, крыша недоразвита, дефицит покрытия головки бедра. Больной показаны

- а) консервативная терапия, включающая ультразвук с гидрокортизоном, массаж, ЛФК, грязелечение
- б) операция Фосса
- в) операция Мак-Маррея
- г) остеотомия по Хиари
- д) подвертельная деторсионная остеотомия и остеотомия по Хиари

73. Больной 50 лет с идиопатическим правосторонним коксартрозом II ст. Беспокоят боли при ходьбе в конце дня после функциональной нагрузки. Ограничение ротационных движений в суставе, ограничение отведения бедра, приводяще-сгибательная контрактура. На рентгенограмме отмечается хорошая центрация головки бедра, глубокая впадина, отсутствует дефицит покрытия головки. Суставная щель сужена, имеется реактивное разрастание кости в области крышки, дегенеративная киста в головке. Больному показано

- а) консервативная терапия
- б) операция по Брантесу - Фоссу
- в) операция по Мак-Маррею
- г) подвертельная остеотомия по Паулсу
- д) эндопротезирование тазобедренного сустава

74. Наиболее часто встречающаяся причина деформирующего артроза коленного сустава

- а) травмы коленного сустава: внутрисуставные переломы, неправильно сросшиеся переломы голени бедра, последствия повреждения менисков и связок коленного сустава, вывихи голени
- б) врожденный вывих надколенника
- в) болезнь Кенига
- г) воспалительные процессы
- д) инволюционный процесс

75. Патогенез деформирующего артроза коленного сустава

- а) васкулярная теория
- б) механо-функциональная теория
- в) теория макро-микротравматизации суставного хряща
- г) нейротрофическая теория

76. Основные клинические признаки деформирующего артроза коленного сустава

- а) боли в коленном суставе
- б) ограничение движений
- в) хруст в суставе при движениях
- г) варусная или вальгусная деформация коленного сустава
- д) все вышеперечисленное

77. Дифференциальный диагноз деформирующего артроза коленного сустава следует проводить

- а) с ревматоидным полиартритом
- б) с туберкулезным гонитом
- в) с гонорейным артритом
- г) со всем перечисленным

78. Наиболее характерные рентгенологические признаки при деформирующем артрозе коленного сустава включают

- а) сужение и деформацию суставной щели
- б) костные разрастания вокруг сустава
- в) наличие дегенеративных кист в эпифизах
- г) уплощение суставных площадок большеберцовой кости с варусной или вальгусной деформацией
- д) все вышеперечисленное

79. Радионуклидное исследование коленного сустава при II-III стадии артроза коленного сустава выявляет

- а) повышение накопленного радиофармпрепарата
- б) снижение накопленного радиофармпрепарата
- в) не отличается от концентрации сустава или соседнего участка кости
- г) метод не дает дополнительной информации
- д) метод не применяется

80. Показаниями к применению консервативной терапии при деформирующем артрозе коленного сустава является

- а) поражение I стадии
- б) поражение II стадии
- в) поражение III стадии

81. При переломах кубовидной и клиновидных костей стопы срок ношения гипсовой повязки составляет

- а) 3 недели
- б) 4 недели
- в) 4-6 недель
- г) 6-8 недель
- д) 9-10 недель

82. Средний срок иммобилизации гипсовой повязкой переломов плюсневых костей после устранения смещения составляет

- а) 3 недели
- б) 4 недели
- в) 5 недель
- г) 6 недель
- д) 6-8 недель

83. Средний срок иммобилизации гипсовой повязкой переломов плюсневых костей со смещением отломков, леченных оперативно (спицами, штифтами), составляет

- а) 3 недели
- б) 4 недели
- в) 5 недель
- г) 6 недель
- д) 6-8 недель

84. Средний срок иммобилизации переломов пальцев стопы без смещения отломков составляет

- а) 1 неделю
- б) 2 недели

- в) 3 недели
- г) 4 недели
- д) 5 недель

85. Скелетное вытяжение при переломах пальцев стопы снимают

- а) через 1 неделю
- б) через 2 недели
- в) через 3 недели
- г) через 4 недели
- д) через 5 недель

86. 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 5см от зоны перелома, 5) рана мягких тканей проникает до кости в 10см от зоны перелома, 6) рана мягких тканей, произведенных сместившимся отломком кости изнутри, не менее 8 см от линии перелома

- а) правильно 1, 2
- б) правильно 1, 2, 4, 5
- в) правильно 1, 4, 6
- г) правильно 1, 2, 4, 5, 6
- д) правильно все

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

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

88. Генерализация микробной флоры происходит, если на 1 г ткани раны открытого перелома количество микробных тел достигает

- а) 1×10 микробов
- б) 1×10 во 2 степени микробов
- в) 1×10 в 3 степени микробов
- г) 1×10 в 5 степени микробов
- д) 1×10 в 6 степени микробов

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

- а) полного удаления всех микробных тел из области открытого перелома
- б) радикального иссечения всех нежизнеспособных тканей и травмированных тканей
- в) уменьшения на несколько порядков количества микробов, сгустков крови и инородных тел в ране
- г) тщательного гемостаза, рассечения, фасциальных влагалищ мышц
- д) устойчивого остеосинтеза отломков кости

90. К группе тяжелых повреждений относятся

- а) изолированные ранения капсулы сустава
- б) сквозное ранение сустава с незначительным повреждением эпифизов

- в) ограниченное повреждение эпифизов
- г) слепое проникающее ранение суставов
- д) внутрисуставные оскольчатые переломы

91. Нехарактерным для проникающих ранений крупных суставов является

- а) травматический шок
- б) гемартроз
- в) серозный синовит
- г) геморрагический синовит
- д) гнойный артрит

92. При огнестрельных ранениях крупных суставов практически не встречается такое осложнение, как

- а) анаэробная инфекция
- б) гнойный артрит
- в) сепсис
- г) ложный сустав, поврежденного эпифиза
- д) тугоподвижность, анкилоз сустава

93. Наиболее достоверным симптомом открытого повреждения сустава является

- а) наличие 1 глубокой раны в проекции сустава
- б) наличие раны, обильно кровоточащей в области сустава
- в) вытекание из раны синовиальной жидкости
- г) крепитация отломков в области сустава с ранением мягких тканей в его проекции
- д) резкое ограничение функции сустава при наличии раны в его проекции

94. При открытом повреждении крупного сустава могут возникнуть все перечисленные осложнения, кроме

- а) гнойного артрита
- б) сепсиса
- в) фиброзного или костного анкилоза
- г) тугоподвижности, сгибательной или разгибательной контрактуры
- д) воздушной эмболии

95. Основной целью первичной хирургической обработки раны является

- а) стерилизация раны путем иссечения скальпелем
- б) превращения случайной раны в "хирургическую" с целью ее закрытия
- в) удаление всех нежизнеспособных сомнительных тканей с целью ликвидации питательной среды для развития микробной флоры (инфекции)
- г) освежение краев раны и удаление из нее сгустков и инородных тел
- д) придание ране правильной формы с целью ее пластического закрытия местными тканями

96. К рациональным способам введения антибиотиков при открытых переломах относятся все перечисленные, исключая

- а) внутримышечный, подкожный, энтеральный
- б) внутриартериальный
- в) внутрикостный
- г) местное введение в рану в виде сухого, порошка
- д) эндолимфатический

97. Для закрытия кожной раны при открытом переломе успешно применяются все перечисленные виды кожной пластики, кроме

- а) пластики местными тканями
- б) свободной кожной пластики
- в) пластики по типу Линберга встречными треугольниками
- г) пластика лоскутом по Тычинкиной
- д) пластики перемешанным лоскутом на питающей ножке

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

- а) гипсовую повязку
- б) скелетное вытяжение
- в) накостный остеосинтез
- г) внутрикостный остеосинтез
- д) в неочаговый чрезкожный остеосинтез

99. С целью стимулирующей терапии открытых переломов костей используются все перечисленные методы, кроме

- а) дробного применения гемотрансфузии и инфузии
- б) энтерального применения органических и неорганических биостимуляторов
- в) местного облучения области перелома малыми дозами
- г) ранней дозированной нагрузки на область перелома различными физиотерапевтическими процедурами

100. Среди осложнений открытых переломов встречаются все перечисленные, кроме

- а) нагноения раны, остеомиелита
- б) сепсиса
- в) замедленной консолидации, образования ложного сустава
- г) образования избыточной периостальной и эндостальной мозоли
- д) анаэробной инфекции, тромбоза

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО РАЗДЕЛАМ ДИСЦИПЛИНЫ

Задача 1

Больной 35 лет во время строительных работ получил удар по тылу стопы куском отпиленного дерева. Появились резкие боли в области тыла стопы, припухлость и больной стал хромать. Деформации и патологической подвижности стопы нет.

Ваш диагноз? Окажите первую помощь.

Задача 2

Больной 60 лет, споткнулся по лестнице и ударился правой голенью. На месте удара появились боли, быстро выросла припухлость и отмечает понижение чувствительности в пальцах стопы.

Ваш диагноз? Окажите первую помощь и составьте план лечения.

Задача 3

Больной 20 лет, во время соревнований по прыжкам неудачно приземлился и почувствовал резкую боль в голеностопном суставе. Имеется отек сустава по наружной поверхности. Боли стихают в покое, движения в суставе сохранены.

Ваш диагноз? Какую повязку наложите? План дальнейшего лечения.

Задача 4

Больной 40 лет, попал в ДТП и бортом машины придавил правую голень. На месте аварии пролежал 4 часа. При осмотре определяется отек голени, на передней поверхности имеются пузыри со светло-геморрагическим содержимым. Ограничены движения конечности, чувствительность понижена и ослаблена пульсация артерий. АД 100/60 мм.рт.ст., пульс 110 ударов в минуту.

Ваш диагноз? Неотложная помощь? Как транспортировать?

Задача 5

Больной 16 лет, открывал консервную банку и острым краем крышки порезал 2-3 пальцы левой кисти в области основных фаланг. Движений в этих пальца в сторону сгибания нет.

Ваш диагноз? Какую повязку наложите при оказании первой помощи?

Задача 6

Больной 23года, играл в футбол и почувствовал резкую боль в области ахиллова сухожилия справа. Стопа в голеностопной суставе не разгибается.

Ваш диагноз? Какую повязку наложите? План дальнейшего лечения.

Задача 7

Больной 25 лет, во время вольной борьбы почувствовал резкую боль в бицепсе правого плеча. Визуально в области двуглавой мышцы определяется западение «яма». Невозможно активное сгибание в локтевом суставе правой руки.

Ваш диагноз? Первая помощь? План дальнейшего лечения.

Задача 8

Больной 52 года, упала на правую руку и почувствовала боль и хруст в области плеча. Объективно определяется западение в области правого плечевого сустава. Активные движения в суставе ограничены и болезненны.

Ваш диагноз? Какую повязку наложите и на какие сроки?

Какие методы вправления плеча вы знаете?

Задача 1

Больной Д, 30лет упал на работе на согнутую руку в локтевом суставе. Отмечается боли отечность нарушение функции суставов. На рентгенологическом обследовании обнаружен перелом локтевого отростка со смещением кверху и кзади.

Почему локтевой отросток сместился кзади и кверху? Что вы будете делать? Выберите тактику лечения.

Задача 2

Больной Г., 30 лет, упал на ступеньках лестницы, ударился правым коленным суставом о край ступени. Почувствовал редкую боль в суставе. Объективно по передней поверхности в области надколенника поверхностная кожная ссадина, сустав резко увеличен в объеме. При пальпации в полости сустава определяется выпот, а в области надколенника - диастаз. Активное разгибание конечности в суставе невозможно. Пальпация и активные движения усиливают болевые ощущения.

Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза? Тактика лечения?

Задача 1.

Молодой человек колот дрова. Крупная щепка откололась от полена и ударила в лоб. Беспокоит боль в области травмы. Объективно: на лбу умеренно кровоточащая рана длиной около 3 см, края неровные. Вокруг раны зона некроза. Лобная кость на ощупь цела. Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание не терял.

Каков диагноз? Ваши действия?

Ответ:

Ушибленная рана лобной области.

Кожу вокруг раны обработать этиловым спиртом и 5% настойкой йода. Произвести местную анестезию 0,5% раствором новокаина. Полость раны промыть перекисью водорода или фурацилином. Из раны удалить сгустки крови. Нежизнеспособные ткани экономно иссечь острым скальпелем. Края раны тщательно сопоставить и зашить тонким шелком. На зашитую рану наложить марлевую салфетку, смоченную в спирте и риваноле, и забинтовать. Сделать прививку от столбняка.

Задача 2.

Немолодая женщина поскользнулась, упала на спину, ударилась затылочной областью головы. Беспокоят головная боль, головокружение, общая слабость, тошнота. Были однократная рвота и кратковременная потеря памяти. Пострадавшая не может вспомнить, где и как случилась травма. При осмотре головы внешние следы травмы не обнаружены. Кожные покровы бледные. Артериальное давление и температура тела нормальные. Очаговых неврологических симптомов нет.

Ваш предположительный диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова лечебная тактика?

Ответ:

Сотрясение головного мозга.

Пострадавшей необходимо назначить постельный режим, для уточнения диагноза - обзорную рентгенографию черепа и люмбальную пункцию, которая позволит определить давление спинномозговой жидкости и содержание в ней крови. Требуется симптоматическое лечение, направленное на устранение головной боли, бессоницы, головокружения, тошноты (анальгин, парацетамол, барбитал-натрия, платифиллин). Для предупреждения отека головного мозга показаны диуретики (фуросемид) и гипертонические растворы (40% раствор глюкозы, 10% раствор хлорида натрия, 25% раствор сульфата магния). При снижении АД ввести кофеин, камфору. Необходимо обеспечить консультацию и наблюдение невропатолога.

Задача 3.

Молодого человека сбила легковая автомашина. На место происшествия прибыла машина скорой помощи. Пострадавший доставлен в травматологическое отделение. Пришел в сознание. Беспокоят головная боль, головокружение, общая слабость, тошнота. Объективно: кости черепа на ощупь целы. Приведение подбородка к груди затруднено. Разгибание ноги в коленном суставе, согнутой в тазобедренном и коленном суставах, болезненно. Носогубная складка сглажена, высунутый язык отклоняется в сторону.

Верхнее веко справа опущено. Мышечная сила и чувствительность правой руки снижены. Температура тела 38.0 С.

Ваш предположительный диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Ваша тактика?

Ответ:

Ушиб головного мозга.

Больному назначить строгий постельный режим. Необходимо сделать обзорную рентгенографию черепа. произвести люмбальную пункцию для определения давления спинномозговой жидкости и наличия в ней крови. Назначить дегидратационную терапию (ввести внутривенно 40% раствор глюкозы, внутримышечно 25% раствор сульфата магния). Назначить мочегонные (фуросемид) и антигистаминные препараты (пипольфен). Наладить тщательный уход с целью предупреждения осложнений. Необходимо регулярное наблюдение невропатолога.

Задача 4.

Девушка при работе на станке нарушила правило техники безопасности - не покрыла голову косынкой. В результате распущенные волосы накрутились на вращающийся вал станка и была сорвана кожа с теменно-затылочной области головы. Доставлена в травматологическое отделение больницы. Объективно: отслоился кожный лоскут размером 5x8 см овальной формы с неровными краями, держится только в области лба. Раневая поверхность обильно кровоточит. Пострадавшая очень взволнована, плачет.

Ваш диагноз? Какова тактика? Какую следует наложить повязку?

Ответ:

Скальпированная рана головы.

Волосы вокруг раны сбрить широко. Произвести местную анестезию 0,5% раствором новокаина. Сделать тщательную ревизию раны. Проверить, не повреждена ли кость. Кожный лоскут приложить и тщательно сопоставить. Наложить швы. Кожный лоскут в нескольких местах перфорировать и ввести дренаж из перчаточной резины. На рану наложить стерильные марлевые салфетки и плотно прибинтовать повязкой типа "чепец". ввести противостолбнячную сыворотку и столбнячный анатоксин.

Задача 5.

Девушка 18 лет, находясь в туристическом походе, пыталась разжечь паяльную лампу. В результате неумелых действий произошел взрыв. Пламя обожгло правую половину лица. Пострадавшая доставлена в больницу. Объективно: ожоговая поверхность ярко-красная, влажная. На фоне участков гиперемии и вскрывшихся пузырей обнаруживаются участки некроза (корки коричневого цвета) и обрывки эпидермиса. Тактильная и болевая чувствительность обожженного участка сохранены. Глаза и дыхательные пути не пострадали.

Ваш диагноз? Какова тактика лечения?

Ответ:

Ожог правой половины лица II-IIIa степени.

Ожоговую поверхность протереть тампоном, смоченным эфиром или 0,5% нашатырным спиртом (раствор аммиака). Удалить остатки эпидермиса. Затем поврежденную поверхность обработать антисептиком (фурацилин, риванол, перекись водорода, этиловый спирт). На ожоговую поверхность наложить мазевую повязку (солкосерил, фурагель, противоожоговая мазь) или повязку с 1% раствором катапола. Срочное оперативное вмешательство производить не следует. По мере самостоятельного отторжения струпа произвести щадящую поэтапную некрэктомию, чтобы не повредить развитую сосудистую сеть и нервные ветви. Сделать прививку против столбняка.

Задача 6.

Нырлящик ударился головой о грунт на мелководе. Беспокоит боль в шейном отделе позвоночника. Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Имеется деформация в виде заметного выстояния остистых отростков этих позвонков. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность и двигательная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме.

Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какое лечение следует назначить?

Ответ:

Неосложненный компрессионный перелом тела 5 шейного позвонка.

Для уточнения диагноза следует произвести рентгенологическое исследование и магнитно-резонансную томографию шейного отдела позвоночника. После выяснения характера перелома лечение осуществлять с помощью петли Глиссона. Для этого пострадавшего уложить на спину на кровать со щитом и жестким матрацем. Головной конец кровати приподнять. Под спину до основания шеи подложить валик. После репозиции (через 5-7 дней) вытяжение заменить на гипсовый корсет с воротником. Следить что бы не было пролежней. Рекомендовать занятия лечебной физкультурой.

Задача 7.

Мужчина забивал гвоздь в стену и ударил молотком по ногтевой фаланге II пальца левой кисти. Обратился в травматологический пункт с жалобами на боли в месте травмы. Объективно; ногтевая фаланга II пальца отечная, болезненна при ощупывании. В центре ногтевой пластинки имеется подногтевая гематома багрово-синюшного цвета овальной формы размером около 1 см. Ноготь не отслаивается.

Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика лечения?

Ответ:

Подногтевая гематома II пальца левой кисти. С целью исключения перелома необходимо сделать рентгенограмму II пальца левой кисти. Гематому удалить оперативным методом. Предварительно обработать ногтевую пластину антисептиком. Затем следует накаливать на спиртовке прямую иглу, зажатую в иглодержателе. Прикасаются раскаленной иглой к ногтю и прожигают его. Из образовавшегося отверстия вытекает скопившаяся кровь. После этого у пациента уменьшается чувство распирания и быстро наступает облегчение. На палец наложить асептическую повязку. Назначить УВЧ-терапию.

Задача 8.

Молодому человеку в драке нанесли ножевое ранение. Повреждена тыльная поверхность левой кисти. Через 1 ч после травмы пострадавший обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре на тыльной поверхности кисти в области II пястной кости имеется резаная рана длиной около 1,5 см. В глубине раны виден периферический конец пересеченного сухожилия. Рана умеренно кровоточит. II палец, полусогнут, разогнуть его самостоятельно пациент не может.

Ваш диагноз? Какова тактика лечения?

Ответ:

Повреждение сухожилия разгибателя II пальца левой кисти.

Кожу на тыльной поверхности левой кисти вокруг раны обработать антисептиком. Произвести местную анестезию 0,5 % раствором новокаина. Затем в глубине раны найти центральный и периферический концы сухожилия разгибателя II пальца и сшить их внутривязальным швом. После этого рану на коже зашить наглухо. На место повреждения наложить асептическую повязку. С ладонной стороны наложить гипсовую лонгету. Кисть

при этом должна находиться в положении тыльного сгибания, а II палец — полного разгибания. Лангетную повязку держать 3 недели. Ввести противостолбнячную сыворотку и столбнячный анатоксин.

Задача 9.

Пожилой мужчина при падении ударился левой кистью о выступающий твердый предмет. В результате травмы появились сильные боли в области V пястной кости. Обратился в травматологический пункт. Объективно: тыльная поверхность левой кисти в месте ушиба отечна, имеется небольшая подкожная гематома. Движения V пальца возможны, но болезненны. При нагрузке по оси V пальца боль усиливается в пястной кости. Определяется угловое смещение костных отломков V пястной кости в донную сторону.

Ваш предположительный диагноз? Что необходимо сделать для уточнения диагноза? Какова тактика?

Ответ:

Закрытый перелом V пястной кости левой кисти со смещением.

Для уточнения характера перелома и смещения костных отломков необходимо сделать рентгенографию левой кисти. Затем осуществить местную анестезию 1 % раствором новокаина. Лекарство ввести в место перелома тонкой иглой. После этого произвести репозицию костных отломков путем давления на вершину угла, образованного смещенными отломками, с одновременным давлением на головку пястной кости в противоположном направлении. После репозиции наложить гипсовую лонгету от средней фаланги до средней трети предплечья сроком на 3-4 недели.

Задача 10.

Пожилая полная женщина шла по обледенелому тротуару. Поскользнулась и упала, опираясь на ладонь вытянутой правой руки. Появились сильные боли в лучезапястном суставе. Обратилась в травматологический пункт. Объективно: правый лучезапястный сустав отечный, движения в нем очень болезненные и ограниченные. Отчетливо определяется "штыкообразная" деформация сустава (дистальный отломок вместе с кистью смещен к тылу). Пальпация тыльной поверхности сустава болезненна. Осевая нагрузка вызывает усиление болей в месте травмы.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

Ответ:

Перелом правой лучевой кости в типичном месте.

Произвести рентгенографию правого лучезапястного сустава в двух проекциях и определить характер перелома и смещение костных отломков - перелом Коллеса (разгибательный) или Смита (сгибательный). Необходимо выполнить местную анестезию. Для этой цели ввести 10-15 мл 1 % раствора новокаина между костными отломками. После анестезии следует произвести закрытую ручную репозицию отломков. На предплечье и кисть наложить две гипсовые лонгеты: с тыльной стороны - от пястно-фаланговых сочленений до локтевого сустава, и по ладонной поверхности - от дистальной ладонной складки до 2/3 предплечья. Лонгету фиксировать мягким бинтом к руке. Срок иммобилизации - 4-6 недель.

Задача 11.

Девушка 18 лет, при попытке самоубийства нанесла себе бритвой рану на сгибательной поверхности левого предплечья. Пострадавшая доставлена в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре в нижней трети левого

предплечья определяется резаная рана, расположенная поперек, длиной около 4 см, с ровными краями. Рана широко зияет и из нее медленно вытекает непрерывной струей темно-красная кровь. Рядом с раной несколько параллельных неглубоких кожных ссадин. Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание сохранено. АД 90/50 мм.рт.ст. Пульс 85 уд/мин, слабого наполнения.

Ваш диагноз? Какова тактика?

Ответ:

Резаная рана левого предплечья с венозным кровотечением, признаки острой анемии.

Первая медицинская помощь предусматривает временную остановку кровотечения. В данном случае необходимо наложить давящую повязку, т.е. уложить на рану тугой валик из марлевых салфеток или скатанный бинт и плотно забинтовать. Лечение включает окончательную остановку кровотечения. Для этого выше раны наложить резиновый бинт. Кожу вокруг раны обработать антисептиком. Осуществить местную анестезию 0,5% раствором новокаина, кровоточащие сосуды перевязать. Рану промыть раствором перекиси водорода или фурацилина и зашить. Наложить асептическую повязку. Внутривенно перелить одногруппную и резус-совместимую кровь, ввести сердечно-сосудистые средства. Сделать прививку от столбняка.

Задача 12.

У ребенка 10 лет в течение 8 месяцев болит правый локтевой сустав. Обстоятельств травмы не помнит. Осмотрен хирургом, травматологом, ревматологом, онкологом. Назначались различные методы лечения, но состояние не улучшалось, а наоборот, ухудшалось. Со слов матери, первоначально ребенка беспокоили слабость в локтевом суставе и боль при движении. Затем появились припухлость сустава, увеличились подмышечные и локтевые лимфатические узлы. Движения в суставе ограничены. Сначала ухудшилось разгибание, а затем и сгибание. Постепенно рука зафиксировалась в порочном положении под тупым углом с небольшой пронацией. На фоне выраженной атрофии мышц плеча и предплечья локтевой сустав значительно утолщен, принял веретенообразную форму. В последнее время около локтевого отростка открылся свищ.

Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

Ответ:

Туберкулез правого локтевого сустава.

Для уточнения диагноза необходимо сделать рентгенографию правого локтевого сустава. Больному назначить санаторно-ортопедическое лечение. Рану фиксируют гипсовой повязкой в среднефизиологическом положении. Повязка должна захватывать плечо, предплечье и кисть. Кроме иммобилизации поврежденной конечности, назначают туберкулостатические препараты. При безрезультатности консервативного лечения, когда длительно функционирует свищ, образуются абсцессы, прибегают к хирургическому вмешательству.

Задача 13.

Молодой человек, защищаясь от удара палкой, поднял над головой левую руку, согнутую в локтевом суставе. Удар пришелся по верхней трети предплечья. Появились сильные боли в месте травмы. Предплечье согнуто в локтевом суставе, в верхней трети деформировано, имеется западение со стороны локтевой кости и выпячивание по передней поверхности предплечья. Пострадавший обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре левого локтевого сустава прощупывается головка лучевой кости. Пальпация деформированной области резко болезненна. Поврежденное предплечье несколько укорочено. Активные и пассивные движения

предплечья резко ограничены и болезненны. Чувствительность кисти и предплечья не нарушена

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

Ответ:

Перелом верхней трети локтевой кости с вывихом головки лучевой кости левого предплечья (переломо-вывих костей предплечья Монтеджи).

Сделать рентгенографию левого локтевого сустава в двух проекциях. Вправить вывихнутую головку лучевой кости и сопоставить отломки локтевой кости. Предварительно осуществить местную анестезию 2 % раствором новокаина. Анестетик ввести в область перелома и вывиха. Затем произвести репозицию ручным способом или с помощью аппарата. Руку пациента согнуть в локтевом суставе под прямым углом. Первый помощник осуществляет тягу за кисть, а второй - противотягу за плечо. Предплечье находится в положении полной супинации. Сначала необходимо вправить вывих, а затем сопоставить костные отломки.

Задача 14.

Молодой человек получил удар ногой по правому предплечью. В тот же день обратился за помощью в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре нижняя треть правого предплечья деформирована, отечна, головка локтевой кости выступает над лучезапястным суставом. Пальпация болезненна в месте перелома лучевой кости, определяется симптом «клавиши» вывихнутой головки локтевой кости. Пронация и супинация невозможны из-за сильной боли. Сгибание и разгибание в локтевом суставе сохранены в полном объеме. Нагрузка по оси предплечья болезненна.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

Ответ:

Перелом диафиза лучевой кости в нижней трети и вывих головки локтевой кости правого предплечья (перелом Галеацци).

Сделать рентгенографию правого предплечья. Произвести местную анестезию 1 % раствором новокаина области перелома и вывиха. После полного расслабления мышц предплечья, сопоставить костные отломки лучевой кости и вправить вывихнутую головку локтевой кости. Произвести рентгенологический контроль правильности стояния костных фрагментов. Наложить циркулярную гипсовую повязку от пястно-фаланговых сочленений до средней трети плеча на 8-10 недель. Предплечье согнуть в локтевом суставе под прямым углом и установить в среднем положении между супинацией и пронацией. Если консервативный метод окажется безрезультатным, необходимо оперативное лечение.

Задача 15.

Немолодой мужчина поднял двухпудовую гирю. Когда выпрямленная правая рука с гирей была над головой, он не смог зафиксировать ее в этом положении. Гиря по инерции стала тянуть руку назад. В плечевом суставе что-то хрустнуло, появились сильные боли и он вынужден был бросить гирю. После этой травмы плечевой сустав принял необычный вид. Пациент обратился в травматологический пункт. При осмотре правая рука согнута в локтевом суставе, несколько отведена от туловища и большой придерживает ее за предплечье здоровой рукой. Плечевой сустав деформирован. Округлость плеча у дельтовидной мышцы исчезла. Отчетливо выступает край акромиального отростка лопатки, а ниже — запустевшая суставная впадина. Под клювовидным отростком определяется шаровидное выпячивание. Активные движения в плечевом суставе невозможны. Пассивные движения очень болезненны. Отмечается пружинистое сопротивление плеча — симптом «клавиши».

***Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
Какова тактика?***

Ответ:

Передний вывих головки правой плечевой кости.

Для подтверждения диагноза назначить рентгенографию правого лучевого сустава. Для успешного вправления необходимо обезболивание. Кожу в области плечевого сустава обработать этиловым спиртом и 5 % настойкой йода или раствором йодоната. Тонкой иглой сделать «лимонную корочку» 1 % раствором новокаина, а затем в полость сустава ввести длинной иглой 40-50 мл 1 % раствора новокаина. Выждать 10 мин, когда наступит анестезия, и после этого вправить плечевую кость одним из способов (Кохера, Купера, Гиппократы, Джанелидзе). Успешное вправление зависит и от больного — насколько он расслабил мышцы. Для этого с пациентом необходимо провести беседу. После вправления необходимо сделать контрольный рентгеновский снимок и осуществить иммобилизацию.

Задача 16.

Пожилой человек ударился в автобусе левым плечом о металлическую стойку. Почувствовал сильную боль в месте травмы. Обратился за помощью в травматологический пункт. Объективно: область плечевого сустава припухшая, имеется локальная болезненность при надавливании на большой бугорок. Плечо повернуто внутрь и ротация его наружу затруднена. Движения в плечевом суставе ограничены и болезненны.

***Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
Ваша тактика?***

Ответ:

Перелом большого бугорка левой плечевой кости без смещения.

Сделать рентгенографию левого плечевого сустава. Поврежденную руку уложить на клиновидную подушку и произвести иммобилизацию косыночной повязкой на 2-3 недели. Перед фиксацией произвести обезболивание введением 20-25 мл 1 % раствора новокаина в место травмы. После снятия фиксирующей повязки назначить лечебную физкультуру, массаж, УВЧ-терапию.

Задача 17.

Молодой человек попытался поднять большой груз. Почувствовал треск и сильную боль в правом плечевом суставе. Первые 2 дня после травмы за медицинской помощью не обращался, и только на 3-й день обратился в травматологический пункт. Объективно: на передней поверхности правого плеча в верхней трети появился кровоподтек, сила двуглавой мышцы снижена. Функция локтевого и плечевого суставов не нарушена. При сгибании предплечья в локтевом суставе появляется выпячивание шаровидной формы на передненаружной поверхности плеча величиной с куриное яйцо. При разгибании предплечья это образование исчезает. С помощью ощупывания выяснилось, что это образование относится к длинной головке двуглавой мышцы плеча.

Ваш диагноз? Какова тактика?

Ответ:

Отрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы правого плеча.

Лечение оперативное. Поврежденное сухожилие длинной головки двуглавой мышцы фиксируют к акромиальному отростку лопатки по методу Лаврова. После операции руку фиксируют повязкой Дезо на 2 недели, а затем накладывают косыночную повязку еще на 2 недели. В дальнейшем необходимо назначить лечебную физкультуру, массаж, тепловые процедуры.

Задача 18.

Больной 37 лет получил обширное повреждение обеих бедер в нижней трети с размождением мягких тканей и костей на грани травматического отрыва. Доставлен в травматологическое отделение больницы. Состояние пострадавшего при поступлении крайне тяжелое. Пульс на лучевой артерии не определяется. Артериальное давление 40/0 мм рт. ст. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. Больной безучастен к окружающему. Обе голени представляют собой бесформенное месиво из костей и мышц.

Ваш диагноз? Какова тактика?

Ответ:

Открытый перелом обеих бедер в нижней трети с размождением голеней. Травматический шок.

Провести интенсивную противошоковую терапию. Перелить внутриаартериально 500 мл крови, полиглюкина, ввести сердечные средства и вазопрессоры (мезатон). Артериальное давление повысилось до 80/30 мм рт. ст. Осуществить проводниковую анестезию. Перейти на внутривенное переливание крови. Постоянно проводить ингаляцию кислорода. Артериальное давление стабилизировалось на уровне 120/50 мм рт. ст. Учитывая нежизнеспособность голеней под проводниковой анестезией, провести ампутацию обеих бедер на уровне нижней трети. В связи с тяжестью травматического шока и ухудшением общего состояния больной рекомендуется не прибегать к попытке реплантации конечности. Осуществить хирургическую обработку раны с пластикой дефекта кожи лоскутом, взятым с отсеченной конечности.

Задача 19.

Пожилая женщина при падении получила травму правого коленного сустава. В травматологическое отделение обратилась через 2 дня после травмы. Беспокоят боли в коленном суставе, объективно; правый коленный сустав увеличен в объеме, имеет сглаженные контуры. При пальпации в суставе определяется жидкость, надколенник баллотирует при надавливании. Движения правого коленного сустава несколько ограничены и болезненны. Нога находится в полусогнутом положении.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

Ответ:

Ушиб правого коленного сустава. Гемартроз. Чтобы исключить перелом, необходимо сделать рентгенографию правого коленного сустава. Произвести анестезию правого коленного сустава раствором новокаина, а затем пункцию сустава, отступив на 1 см от верхнего полюса надколенника. Толстой иглой проколоть все ткани и войти в полость сустава через верхний заворот. Отсосать шприцем скопившуюся кровь. Наложить на сустав асептическую повязку. Произвести иммобилизацию задней гипсовой лонгетой от ягодичной складки до пальцев.

Задача 20.

Металлическая деталь, упавшая с верстака, ударила рабочего по наружному краю правой стопы. Пострадавший обратился в травматологический пункт. При осмотре отмечаются припухлость и кровоподтек в области тыла стопы. Пальпация основания V плюсневой кости резко болезненна. При потягивании за V палец и при нагрузке по оси боли в месте травмы значительно усиливаются.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

Ответ:

Перелом основания V плюсневой кости правой стопы.

Сделать рентгенографию правой стопы. В область перелома ввести 10 мл 2 % раствора новокаина. Наложить гипсовую лонгету, хорошо отмоделировав ее в области

лодыжек, продольного и поперечного сводов стопы. Лонгета идет от пальцев через подошвенную поверхность стопы и голеностопный сустав до нижней трети голени. Срок иммобилизации — 3-4 недели

Примерный перечень практических навыков, выносимых на зачет

1. Определить наличие ушиба, перелома или вывиха в лучезапястном, локтевом или плечевом суставах;
2. Произвести анестезию зоны перелома при переломах верхних и нижних конечностей;
3. Выполнить закрытую репозицию перелома лучевой кости в типичном месте и наложение гипсовой лонгеты;
4. Оценить состояние конечности в циркулярной гипсовой повязке;
5. Придать правильное положение больному с повреждением таза, позвоночника, грудной клетки в кровати;
6. Наложить скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости, мыщелки бедра, пяточную кость;
7. Сделать блокаду по Школьникову при переломе таза;
8. Произвести первичную хирургическую обработку ран без повреждения сосудов и нервов;
9. На основании клинических данных и рентгенограмм определить наличие сращения переломов.
10. Определить наличие перелома или вывиха ключицы по клиническим признакам;
11. Произвести наложение скелетного вытяжения за мыщелки бедренной кости;
12. Произвести закрытое вправление вывиха плеча;
13. Произвести первичную хирургическую обработку ран мягких тканей без повреждения сосудов и нервов;
14. На основании клинических и рентгенологических признаков определить наличие сращения перелома.