**КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ**

**ПО ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**

**ВОПРОСЫ**

**1. ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

001. Материально-техническую базу здравоохранения составляют

а) сеть учреждений здравоохранения

б) коечный фонд

в) оснащенность аппаратурой

г) укомплектованность врачебными кадрами

д) все перечисленное

002. Урбанизация - сложный процесс, важнейшими принципами которого являются

а) рост численности городского населения

б) увеличение числа городов

в) рост удельного веса детей

г) раннее развитие детей

д) все перечисленное

003. Практическое значение демографии сводится

а) к планированию социально-экономического развития страны (территории)

б) к планированию учреждений здравоохранения и кадров

в) к оценке здоровья населения

г) к оценке качества медицинской помощи

д) ко всему перечисленному

004. Для "демографической" ситуации в нашей стране характерно

а) увеличение удельного веса детей

б) увеличение средней продолжительности жизни

в) увеличение удельного веса лиц пожилого возраста

г) изменение социальной структуры общества

д) все перечисленное

005. При проведении социально-гигиенических исследований используются методы

а) исторический

б) экспериментальный

в) экономико-статистический

г) социологический

д) все перечисленное

006. 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

007. Основными видами управленческих решений в здравоохранении являются

а) социальные

б) медицинские

в) административно-хозяйственные

г) ресурсные

д) все перечисленные

008. 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

009. 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

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

а) клинической лаборатории

б) рентгеновского отделения

в) процедурного кабинета

г) диспансерного кабинета

д) отделения физиотерапии

011. 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

012. 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

013. 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

014. 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

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

а) сети учреждений здравоохранения

б) коечного фонда

в) оснащенности аппаратурой

г) укомплектованности врачебными кадрами

д) сочетания бюджетного и внебюджетного финансирования

016. Типами учреждений здравоохранения являются все перечисленное, кроме

а) лечебно-профилактических

б) санитарно-профилактических

в) судебно-медицинской экспертизы

г) санаторно-курортных

д) аптечных

017. Территориальное медицинское объединение (ТМО) создается при численности населения

а) до 50 000

б) от 50 000 до 100 000

в) от 100 000 до 300 000

г) от 300 000 до 500 000

д) 1 000 000

018. В состав территориального медицинского объединения (ТМО) входят все перечисленные структуры подразделения, кроме

а) консультативной поликлиники

б) многопрофильной больницы

в) родильного дома

г) специализированных диспансеров

д) санитарно-эпидемиологической службы

019. Показателями, характеризующими деятельности поликлиники, являются: 1) участковость, 2) охват диспансерным наблюдением, 3) снятие с диспансерного учета, 4) летальность на участке, 5) сведения о заключительных диагнозах из статистических отчетов

а) если верно 1, 2, 3

б) если верно 2, 3 и 4

в) если верно 1, 3 и 4

г) если верно 3, 4 и 5

д) если верно все

020. Средняя мощность областной (краевой, республиканской) больницы составляет

а) 200-400 коек

б) 400-600 коек

в) 600-1000 коек

г) 2000 коек

021. Средняя мощность больницы скорой помощи составляет

а) 100-150 коек

б) 200-300 коек

в) 400-600 коек

г) 1000-1200 коек

022. Оптимальная мощность специализированного отделения стационара составляет

а) от 20 до 30 коек

б) от 30 до 60 коек

в) от 30 до 90 коек

г) от 90 до 120 коек

д) свыше 120 коек

023. Заболеваемость можно изучить по данным всех перечисленных ниже показателей, кроме

а) обращаемости населения в медицинские учреждения

б) деятельности ВКК и ВТЭК

в) профилактических осмотров и диспансерного наблюдения

г) причин смерти

024. Заболеваемость населения определяет

а) совокупность вновь возникших в данном году заболеваний

б) количество посещений в данном году

в) распространенность заболеваний в данном году

г) общее количество обращений и посещений в данном году

д) количество вновь возникших заболеваний

025. Показатель рождаемости считается низким, если он составляет

а) до 20 на 1000 населения

б) от 21 до 25 на 1000 населения

в) от 26 до 30 на 1000 населения

г) от 30 до 40 на 1000 населения

д) от 40 до 50 на 1000 населения

026. Уровень общей смертности считается низким, если ее показатель составляет

а) ниже 10 на 1000 населения

б) от 11 до 15 на 1000 населения

в) от 16 до 20 на 1000 населения

г) от 21 до 25 на 1000 населения

027. Общими показателями деятельности городской больницы являются

а) фактическое число дней работы койки в течение года

б) оборот койки

в) средняя продолжительность пребывания на койке

г) летальность

д) все перечисленное

028. Показателем средней продолжительности пребывания больного на койке является

а) отношение числа койко-дней, проведенных всеми больными в стационаре, к числу прошедших больных (выписанных) за год

б) отношение числа койко-дней, проведенных всеми больными в стационаре, к числу прошедших больных (включая умерших) за год

в) и то, и другое

г) ни то, ни другое

029. К качественным показателям деятельности стационара относятся все перечисленные, кроме

а) летальности

б) среднего койко-дня

в) хирургической активности

г) процента расхождения клинических и анатомических диагнозов

д) количества средств, затраченных на медикаменты

030. Основная схема анализа деятельности стационара, кроме общих сведений, содержит сведения

а) об организации работы стационара

б) о качестве медицинского обслуживания и качестве врачебной диагностики

в) о преемственности работы стационара с другими лечебно-профилактическими учреждениями

г) о специализированной работе отделений

д) все ответы правильны

031. Документами, используемыми при составлении годового отчета "деятельности поликлиник", являются: 1) статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов, 2) дневник врача, 3) листок учета больных и коечного фонда, 4) контрольная карта диспансерного наблюдения больного, 5) карта выбывшего из стационара

а) если верно 1, 2 и 3

б) если верно 2, 3 и 4

в) если верно 1, 2 и 4

г) если верно 3, 4 и 5

д) если верно 1, 3 и 5

032. Резервами рационального использования коечного фонда являются все перечисленные, кроме

а) более полного обследования больных на догоспитальном этапе

б) организации дневных стационаров

в) уменьшения случаев дублирования обследования

г) снижения повторной госпитализации

д) поздней выписки больных

033. Работа по экспертизе трудоспособности в поликлинике фиксируется во всех следующих документах, кроме

а) амбулаторной карты больного

б) журнала ВКК

в) статистического талона

г) журнала регистрации листков нетрудоспособности

д) листка нетрудоспособности

034. К показателям заболеваемости с временной утратой трудоспособности относятся

а) число случаев нетрудоспособности на 100 работающих

б) число дней нетрудоспособности на 100 работающих

в) длительность 1 случая нетрудоспособности

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

035. Экспертизу стойкой нетрудоспособности проводят

а) главный врач поликлиники

б) райздравотдел

в) органы социального страхования

г) ни один из перечисленных

д) все перечисленные

036. Экспертизой трудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения занимаются

а) лечащий врач

б) заведующий отделением

в) заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности

г) главный врач

д) все перечисленное

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

а) установления факта временной нетрудоспособности

б) выдачи больничного листка на срок до 10 дней

в) освобождения от занятий студентов

г) установления стойкой нетрудоспособности

038. Заведующий отделением в области экспертизы нетрудоспособности выполняет следующие функции

а) продление больничного листка на срок свыше 10 дней

б) решение сложных и консультативных вопросов нетрудоспособности

в) контроль за проведением экспертизы трудоспособности врачами отделения

г) освобождение от занятий студентов на срок свыше 2 месяцев

д) все перечисленное

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

а) решения конфликтных вопросов экспертизы трудоспособности

б) продления больничных листов на сроки свыше 10 дней

в) выдачи больничных листов на санаторно-курортное лечение

г) направления на ВТЭК

д) трудоустройства лиц, имеющих инвалидность

040. Функциями ВТЭК являются все перечисленные, кроме

а) продления временной нетрудоспособности на срок свыше 6 месяцев

б) установления группы и причины инвалидности

в) определения трудовых рекомендаций инвалидам

г) определения времени фактического наступления инвалидности

д) установления степени утраты трудоспособности при трудовом увечье

041. Среди неэпидемических заболеваний первое место среди причин инвалидности занимают

а) профессиональные заболевания

б) гипертоническая болезнь

в) злокачественные новообразования

г) сердечно-сосудистые заболевания

д) травмы и последствия травмы

042. На ВТЭК больного направляют в случае: 1) для установления группы инвалидности, 2) для санкционирования долечивания после 4 месяцев нетрудоспособности, 3) для направления на санаторно-курортное лечение, 4) для назначения пособия по временной нетрудоспособности

а) если верно 1 и 2

б) если верно 2 и 3

в) если верно 3 и 4

г) если верно 1 и 4

д) если все верно

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

а) на всех пострадавших вместе

б) на каждого пострадавшего отдельно

в) правилами не предусмотрено

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

а) обеспечения паспортизации всего населения

б) создания отделений профилактики

в) проведения массовых осмотров населения

г) обеспечения проведения необходимых лечебно-профилактических мероприятий диспансерных больных

д) своевременного переосвидетельствования лиц, имеющих группу инвалидности

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

а) рабочих, для которых обязательны предварительные (при поступлении на работу) и периодические (в период работы) медицинские осмотры

б) инвалидов I группы

в) подростков

г) персональных пенсионеров

д) больных хроническими заболеваниями

046. Для расчета потребности во врачебных должностях для обслуживания населения стационарной помощью необходимы данные: 1) показатель использования коечного фонда (в %) , 2) потребность в больничных койках, 3) нормы нагрузки врачебной должности в стационаре, 4) оборот койки

а) если верно 1 и 2

б) если верно 2 и 3

в) если верно 3 и 4

г) если верно 1 и 4

д) если все верно

047. Для определения числа врачебных должностей для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению необходимо знание штатных нормативов, к которым относятся: 1) штатные нормативы, 2) численность населения, 3) функция врачебной должности, 4) возрастной состав населения, 5) число посещений на одного жителя в год

а) если верно 1, 2 и 3

б) если верно 2, 3 и 4

в) если верно 3, 4 и 5

г) если верно 1, 2 и 4

д) если верно 1, 2 и 5

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

а) 240-300 дней

б) 320-330 дней

в) 330-340 дней

г) 340-350 дней

д) 350-360 дней

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

а) 5-6

б) 6-8

в) 10

г) 13

д) 15

050. Статистическое исследование

а) является вспомогательным при оценке результатов

б) является основным при оценке результатов

в) может быть как вспомогательным, так и основным, в зависимости от цели этого исследования

051. Контрольная группа

а) обязательна при клинико-статистическом исследовании

б) имеет в клинико-статистическом исследовании самостоятельное значение

в) используется для сравнения с показателями основной группы

г) однородная по ряду признаков с показателями основной группы (пол, возраст, форма заболевания и др. )

д) все перечисленное

052. Контрольная группа применяется

а) для уточнения общего числа наблюдений

б) для расширения общего объема исследования

в) для сравнения с показателями основной группы

г) для обработки тех параметров исследования, которые невозможно выполнить в основной группе

д) для всего перечисленного

053. Регистрация каждого случая в клинико-статистическом исследовании осуществляется

а) на специальной выборочной карте

б) на контрольной карте

в) с использованием первичных документов (история болезни, выписка из амбулаторной карты и др. )

054. При составлении выборочной карты необходимо предусмотреть

а) использование формализованных документов учета

б) возможные группировки

в) составление перечня таблиц

г) всего перечисленного

055. К видам медицинской учетной документации, применяемой в клинико-статистическом исследовании, относятся

а) история болезни, история развития ребенка

б) карта амбулаторного больного

в) контрольная карта диспансерного наблюдения

г) карта выбывшего из стационара

д) все перечисленное

056. Из перечисленных ниже величин можно представить в абсолютных случаях

а) заболеваемость населения

б) численность населения

в) рождаемость

г) обеспеченность койками

д) смертность

057. Метод стандартизации целесообразно применять

а) для определения характера и силы связи между двумя явлениями (признаками)

б) при сравнении двух интенсивных показателей для устранения влияния на их величину определенных факторов (признаков) , обусловливающих качественную неоднородность совокупностей, для которых исчислены показатели

в) для определения достоверного различия двух сравниваемых показателей

058. Метод стандартизации целесообразно применять во всех перечисленных случаях, кроме

а) при сравнении показателей заболеваемости населения с различным возрастным составом в трех городах

б) при сравнении показателей заболеваемости в двух однотипных предприятиях с резко различающимся половым составом рабочих

в) при сравнении общих показателей летальности в двух больницах, в которых имеются профильные отделения (терапевтическое, хирургическое, инфекционное) и различное распределение больных по отделениям

г) при сравнении структуры причин смертности за разные годы

д) при изучении эффективности того или иного метода лечения с использованием неоднородных по возрасту основной и контрольной групп больных

060. Наглядно представить собранные данные можно с помощью

а) табличного и графического представления данных

б) табличного метода и секторной диаграммы

в) столбиковой, секторной и фигурной диаграмм

г) гистограммы и полигона частот

061. К относительным показателям относятся:

а) среднее арифметическое, среднее квадратичное отклонение, темп прироста

б) интенсивные и экстенсивные показатели, показатели наглядности и соотношения

в) ошибка средней арифметической, коэффициент вариации, темп роста

г) мода, медиана, доверительный интервал, стандартное отклонение

062. Обрабатывая динамический ряд для определения тенденций изучаемого явления (нарастания его для убывания) , следует выполнить

а) вычисление абсолютного прироста и темпы прироста, укрупнение интервалов

б) вычисление 1% прироста и темпа роста

в) метод укрупнения интервалов, скользящей средней, наименьших квадратов, приведение рядов к одному основанию

г) метод наименьших квадратов, изменение связи

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

а) обеспечить наилучшее лечение

б) создать благоприятную обстановку для выздоровления больного

в) установить доверительные отношения: больной-врач, врач-больной, врач- родственники больного, врачи между собой

г) все перечисленное

064. Среди всех заболеваний в Российской Федерации травма занимает

а) 1 место

б) 2 место

в) 3 место

г) 4 место

д) 5 место

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

а) 1-10 человек

б) 50-90 человек

в) 100-130 человек

г) 150-200 человек

д) 200-250 человек

066. Среди всех видов травм по количеству преобладают

а) раны и ссадины

б) ушибы и растяжения

в) переломы и вывихи

г) ожоги и отморожения

д) инородные тела

067. Не считается производственной травма, полученная

а) при выполнении общих обязанностей работника

б) во время рабочего процесса на территории предприятия

в) у газетного киоска за пределом территории предприятия во время рабочего перерыва

г) в магазине после окончания рабочего времени по пути с работы

д) во вне рабочего времени, полученная при спасении человеческой жизни

068. Наиболее частыми среди сельскохозяйственного травматизма являются травмы, полученные

а) в сельскохозяйственном производстве

б) на приусадебном участке

в) на предприятиях, обслуживающих сельхозтехнику и перерабатывающую продукцию

г) вне связи с производством

д) спортивная

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

а) 0. 1-0. 2 стационарных кроватей

б) 0. 4-0. 4 стационарных кроватей

в) 0. 5 стационарных кроватей

г) 0. 6-0. 8 стационарных кроватей

д) 1. 0 стационарных кроватей

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

а) 0. 1-0. 2 стационарных кроватей

б) 0. 3 стационарных кроватей

в) 0. 4-0. 5 стационарных кроватей

г) 0. 6 стационарных кроватей

д) 0. 7-0. 8 стационарных кроватей

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

а) на 30 кроватей

б) на 40 кроватей

в) на 50 кроватей

г) на 60 кроватей

д) на 80 кроватей

072. Один травматологический пункт в городе рассчитан

а) на 30-40 тыс населения

б) на 50-70 тыс населения

в) на 70-100 тыс населения

г) на 100-200 тыс населения

д) на 250-300 тыс населения

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

а) оказание экстренной травматологической помощи и своевременная их госпитализация при оказаниях

б) обеспечение преемственности в работе между поликлиникой и стационаром

в) организация и проведение диспансеризации

г) выявление больных СПИДом

д) проведение экспертизы временной нетрудоспособности

074. Реконвалесцентом считается пострадавший, перенесший термический ожог не более, чем спустя

а) 3 месяца

б) 6 месяцев

в) 1 год

г) 2 года

д) 5-6 и более лет

075. В городских или районных больницах при отсутствии специализированного ожогового отделения ожоговые койки размещаются

а) в общехирургическом отделении

б) в травматологическом отделении

в) в нейрохирургическом отделении

г) в гнойном отделении

д) в стоматологическом отделении

076. Принято считать, что ожоговую болезнь вызывает ожог, захватывающий

а) 1-2% площади тела

б) 3-5% площади тела

в) 6-7% площади тела

г) 8-9% площади тела

д) 10% и более площади тела

077. Потребность в ожоговых койках в крупных городах РФ составляет

а) 0. 1 койки на 10 тыс взрослого населения

б) 0. 2-0. 5 койки на 10 тыс взрослого населения

в) 0. 4-0. 5 койки на 10 тыс взрослого населения

г) 0. 7-0. 8 койки на 10 тыс взрослого населения

д) 0. 1-1. 5 койки на 10 тыс взрослого населения

078. Потребность в ожоговых койках в крупных городах РФ составляет на 10 тыс детского населения

а) 0. 1-0. 13 коек

б) 0. 2-0. 3 коек

в) 0. 4-0. 5 коек

г) 0. 6-0. 7 коек

д) 0. 8-0. 9 коек

079. В среднем в течение года термическую травму получают

а) 1 из 1000 человек

б) 5 из 1000 человек

в) 10 из 1000 человек

г) 15 из 1000 человек

д) 20 из 1000 человек

080. Наиболее частой причиной инвалидности при термических ожогах является

а) незавершенная ожоговая болезнь (гранулирующие раны, пролежни)

б) послеожоговые рубцы, контрактуры и деформации

в) нарушение функции кистей рук

г) трофические язвы

д) ампутация конечностей

**2. ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ**

001. Сухожильный шлем состоит

а) из двух мышечных брюшек

б) из трех мышечных брюшек

в) из четырех мышечных брюшек

г) из пяти мышечных брюшек

д) из шести мышечных брюшек

002. Гнойные процессы мягких покровов свода черепа могут распространяться

а) в подкожно-жировой клетчатке

б) под апоневротическим шлемом

в) под надкостницей

г) во всех вышеперечисленных слоях свода черепа

003. Основная артерия, снабжающая твердую мозговую оболочку

а) передняя мозговая

б) средняя мозговая

в) задняя оболочечная

г) средняя оболочечная

д) передняя оболочечная

004. На направления линий переломов основания черепа не влияют

а) швы между костями

б) отверстия для сосудов и нервов

в) степень плотности костей

005. 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

006. Средняя оболочечная артерия отходит

а) от внутренней сонной артерии

б) от позвоночной артерии

в) от наружной сонной артерии

г) от верхней челюстной артерии

007. 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

008. Мимические мышцы лица иннервируют

а) тройничный нерв

б) лицевой нерв

в) добавочный нерв

г) блуждающий нерв

009. 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

010. Шейное нервное сплетение формируется чаще всего

а) из C2-C3

б) из C3-C4

в) из C2-C4

г) из C4-C5

д) из C1-C4

011. 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

012. 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

013. При ваго-симпатической блокаде уровень вкола иглы соответствует

а) границе верхней и средней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы

б) точке пересечения наружной яремной вены с задним краем грудино-ключично- сосцевидной мышцы

в) уровню подъязычной кости по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы

г) всему перечисленному

014. При тяжелой травме лицевого отдела черепа остановка кровотечения осуществляется перевязкой

а) наружной сонной артерии

б) внутренней сонной артерии

в) плече-головного отдела

г) общей сонной артерии

015. Блокаду плечевого сплетения производят

а) по середине ключицы на 4 см выше ее

б) по середине ключицы на 4 см ниже ее

в) на границе медиальной и средней трети ключицы на 4 см выше ее

г) на границе средней и наружной трети ключицы на 4 см выше ее

016. Позвоночная артерия отходит

а) от плече-головного отдела

б) от подключичной артерии

в) от общей сонной артерии

г) от дуги аорты

017. В костно-фиброзный канал позвоночная артерия входит на уровне поперечного отростка

а) 4 шейного позвонка

б) 5 шейного позвонка

в) 6 шейного позвонка

г) 7 шейного позвонка

018. В экстренных ситуациях при обтурации верхних дыхательных путей производят чаще всего

а) крикотомию

б) трахеотомию

в) коникотомию

019. Коникотомию проводят на уровне

а) ниже подъязычной кости

б) между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом

в) между перстневидным и щитовидным хрящами

020. Обтурация верхних дыхательных путей происходит чаще всего на уровне

а) бифуркации трахеи

б) ниже истинных голосовых связок

в) перстневидного хряща

г) выше истинных голосовых складок

д) нижнего края щитовидного хряща

021. Пункцию подключичной вены осуществляют

а) из подключичного доступа

б) из надключичного доступа

в) из вышеперечисленных доступов

022. Перевязку подключичной артерии чаще всего производят

а) проксимальнее отхождения щитошейного ствола

б) дистальнее щитошейного ствола

в) дистальнее нижней щитовидной артерии

г) проксимальнее реберно-шейного ствола

д) дистальнее реберно-шейного ствола

023. Капсулу плечевого состава укрепляют

а) плечевая мышца

б) надостная мышца

в) подостная мышца

г) подлопаточная мышца

д) дельтовидная мышца

024. Подмышечная впадина соединяется с подлопаточной областью посредством

а) четырехстороннего отверстия

б) трехстороннего отверстия

в) четырех- и трехстороннего отверстия

025. Через четырехстороннее отверстие проходят

а) подмышечный нерв

б) кожно-мышечный нерв

в) подмышечный нерв, задняя окружающая плечевую кость артерия и вена

г) подмышечный нерв, передняя окружающая плечевую кость артерия и вена

026. Через трехстороннее отверстие выходит

а) кожно-мышечный нерв

б) глубокая артерия плеча

в) окружающая артерия лопатки

г) подмышечный нерв

д) все вышеперечисленное

027. Капсулу плечевого сустава укрепляют

а) одна связка

б) две связки

в) три связки

г) четыре связки

028. Двуглавую мышцу плеча иннервирует

а) срединный нерв

б) локтевой нерв

в) лучевой нерв

г) подмышечный нерв

д) кожно-мышечный нерв

029. Трехглавая мышца плеча иннервируется

а) срединным нервом

б) локтевым нервом

в) лучевым нервом

г) подмышечным нервом

д) кожно-мышечным нервом

030. При плече-лопаточном периартрите и травмах плечевого сустава болевой синдром можно снять блокадой

а) мышечно-кожного нерва

б) надлопаточного нерва со стороны подостной ямки

в) надлопаточного нерва со стороны надостной ямки

г) лучевого нерва на плече

031. Глубокая артерия плеча отходит от плечевой артерии

а) в подмышечной впадине

б) в верхней трети плеча

в) в средней трети плеча

г) в локтевой ямке

д) на уровне нижнего края широчайшей мышцы спины

032. К коротким ветвям плечевого сплетения относятся все перечисленные нервы, кроме

а) переднего, среднего и заднего надключичных, диафрагмального

б) тыльного нерва лопатки, длинного грудного нерва, подключичного нерва

в) надлопаточного нерва, переднего грудного

г) подлопаточного, подмышечного нерва

033. К длинным нервам плечевого сплетения относят

а) кожно-мышечный, лучевой нервы

б) локтевой, срединный нервы

в) кожные нервы плеча и предплечья

г) все перечисленные

034. В мышечно-плечевом канале проходит

а) подмышечный нерв, артерия и вена

б) лучевой нерв, глубокая артерия плеча, одноименные вены

в) срединный нерв, коллатеральная лучевая артерия и одноименные вены

035. Срединный нерв формируется

а) из медиального пучка плечевого сплетения

б) медиального и бокового пучка плечевого сплетения

в) бокового и заднего пучка плечевого сплетения

г) заднего и медиального пучка плечевого сплетения

036. Лучевой нерв отходит от пучка плечевого сплетения

а) заднего

б) бокового

в) медиального

г) заднего и бокового

037. Локтевой нерв отходит от пучка плечевого сплетения

а) медиального

б) заднего

в) бокового

038. Локтевой сустав имеет

а) два сочленения

б) три сочленения

в) четыре сочленения

г) пять сочленений

039. Пункцию локтевого сустава чаще всего осуществляют

а) между локтевым отростком и плечелучевой мышцей

б) между краем трехглавой мышцы и локтевым сгибателем кисти

в) между локтевым отростком и внутреним мыщелком

040. В области локтевого сустава срединный нерв на уровне внутреннего надмыщелка проходит чаще всего

а) на 0. 5-1. 0 см кнутри от плечевой артерии

б) у внутреннего края плечевой артерии

в) на 1. 5 см кнутри от артерии

г) под плечевой артерией

041. Деление лучевого нерва на поверхностную и глубокую ветви происходит на уровне

а) наружного подмыщелка плечевой кости

б) линии сустава

в) правильно и то, и другое

г) правильного ответа нет

042. Фасция предплечья образует

а) переднее, наружное и заднее ложа

б) переднее, внутреннее и заднее ложа

в) медиальное, наружное и заднее ложа

г) латеральное, переднее и заднее ложа

043. Глубокое пространство Пирогова

а) переходит на кисть на уровне лицезапястного сустава

б) не переходит на кисть

в) переходит на кисть на уровне оснований пястных костей

г) переходит на кисть на уровне 1/3 пястных костей

044. Дренирование пространства Пирогова осуществляется из доступов

а) лучевого

б) локтевого

в) лучевого и локтевого

г) строго между проекциями лучевой и локтевой костей

045. На ладонной поверхности предплечья выделяют

а) 2 слоя мышц

б) 3 слоя мышц

в) 4 слоя мышц

г) 5 слоев мышц

046. На ладонной стороне предплечья находится

а) один сосудисто-нервный пучок

б) два сосудисто-нервных пучка

в) три сосудисто-нервных пучка

г) четыре сосудисто-нервных пучка

д) пять сосудисто-нервных пучков

047. В нижней трети предплечья срединный нерв лежит между

а) глубоким и поверхностным сгибателем пальцев

б) лучевым сгибателем кисти и ладонной длинной мышцей

в) глубоким сгибателем пальцев и сгибателем большого пальца

г) локтевым сгибателем кисти и поверхностным сгибателем пальцев

048. На тыльной поверхности предплечья выделяют

а) 2 канала

б) 4 канала

в) 5 каналов

г) 6 каналов

д) 8 каналов

049. В каналах тыльной поверхности предплечья лежат

а) четыре синовиальные влагалища

б) шесть синовиальных влагалищ

в) восемь синовиальных влагалищ

г) одиннадцать синовиальных влагалищ

050. На ладонной стороне кисти имеются фасциальные ложи

а) срединное, внутреннее и наружное

б) срединное, переднее и заднее

в) срединное, поверхностное и глубокое

г) наружное, срединное, внутреннее и глубокое

051. При полном перерыве локтевого нерва в области плеча отмечается

а) выпадение функции мелких мышц кисти

б) разгибание основных фаланг III-V пальцев

в) сгибание средних и концевых фаланг III, IV, V пальцев и приведение V пальца

г) сухость кожи, расстройство потоотделения, похолодание кожи, цианоз

д) все перечисленное

052. При полном перерыве срединного нерва

а) утрачиваются сгибание кисти, I, II и частично III пальцев, выпадает чувствительность на ладонной поверхности I, II и III пальцев и половине IV пальца

б) на тыльной поверхности концевых фаланг II, III и IV пальцев выпадает кожная чувствительность. Трофические нарушения со стороны кожи. Атрофия мышц передней поверхности предплечья и возвышения большого пальца, анестезия кожи кисти

в) нарушается сгибание II пальца и концевой фаланги I пальца, ладонное сгибание кисти большого пальца, анестезия кожи кисти

г) правильно а) и б)

д) все правильно

053. При повреждении лучевого нерва отмечается

а) "свисающая кисть"

б) "когтистая лапа"

в) обезьянья лапа

г) сгибательная контрактура I, II и III пальцев и разгибательная контрактура IV и V пальцев

054. При проведении паравертерабельной блокады выключается

а) передний корешок

б) задний корешок

в) спинно-мозговой нерв

г) правильно а) и б)

055. При выполнении загрудинной блокады (по В. И. Казанскому) выключается

а) аортальное нервное сплетение

б) венозное нервное сплетение

в) сердечное нервное сплетение

г) легочное нервное сплетение

д) все указанные

056. При пункции перикарда наиболее рациональным способом является

а) по Шарпу

б) по Пирогову

в) по Шапошникову

г) по Ларрею

д) по Марфану

057. В грудной клетке полных межреберных промежутков

а) четыре

б) шесть

в) восемь

г) десять

058. Спинной мозг заканчивается на уровне

а) 1 поясничного позвонка

б) 2 поясничного позвонка

в) 3 поясничного позвонка

г) 4 поясничного позвонка

059. Поясничное нервное сплетение формируют спинно-мозговые нервы

а) Д12-Л4

б) Д12-Л5

в) Л1-Л4

г) Л1-Л5

060. Крестцовое нервное сплетение формирует спинно-мозговые нервы

а) Л1-Л5

б) С1-С5

в) Л3-С5

г) Л4-С3

д) Л4-С5

061. Позвонки соединены наиболее подвижно

а) в шейном отделе

б) в поясничном отделе

в) в грудном отделе

г) на границе шейного и грудного отделов

д) на границе грудного и поясничного отделов

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

а) на 2 ветви

б) на 3 ветви

в) на 4 ветви

г) на 5 ветвей

063. К параличу диафрагмы приводит компрессия спинного мозга на уровне

а) С1-С2 позвонка

б) С3-С4 позвонка

в) С6-С8 позвонка

г) Т1-Т2 позвонка

д) Т7-Т8 позвонка

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

а) ягодичная бороздка делится пополам

б) половина расстояния между внутренним краем седалищного бугра и верхушкой большого вертела

в) точка пересечения ягодичной бороздки и линии, соединяющей верхушку большого вертела с границей крестцово-копчикового сочленения

065. Распространение гноя из-под большой ягодичной мышцы в полость малого таза возможно через

а) малое седалищное отверстие

б) через щель под проксимальной частью сухожилия большой ягодичной мышцы

в) через над- и подгрушевидное отверстия

г) по ходу седалищного нерва

066. Верхняя ягодичная артерия отходит

а) от наружной подвздошной

б) от запирательной

в) от внутренней подвздошной

г) от общей подвздошной

067. Малоберцовая артерия отходит

а) от передней большеберцовой

б) от задней большеберцовой

в) от средней артерии коленного сустава

г) от подколенной

068. Синовиальные влагалища I и V пальцев стопы

а) идут вдоль всей стопы

б) заканчиваются на уровне костей предплюсны

в) заканчиваются на уровне головок плюсневых костей

г) заканчиваются на уровне средней трети плюсневых костей

069. В заднем костно-фиброзном влагалище голени располагаются

а) сгибатели стопы и пальцев с большеберцовым нервом

б) мышцы, разгибающие стопу и пальцы с глубоким малоберцовым нервом

в) пронирующие стопу малоберцовые мышцы с поверхностным малоберцовым нервом

г) мышца, сгибающая I палец

070. Под апоневрозом подошвы располагаются

а) 2 клетчаточных пространства

б) 3 клетчаточных пространства

в) 4 клетчаточных пространства

г) 5 клетчаточных пространства

071. В верхней половине бедренного треугольника по отношению к бедренной артерии бедренная вена располагается

а) спереди

б) кнаружи

в) кнутри

г) кзади

072. Сращение подвздошной, лобковой и седалищной костей в единую тазовую кость происходит в постэмбриональном онтогенезе в области ее наибольшей нагрузки. Эта анатомическая зона проходит через

а) вертлужную впадину

б) крыло подвздошной кости

в) седалищный бугор

г) ветви лобковой кости

073. Через большое седалищное отверстие проходит, осуществляя вращение бедра кнаружи

а) подвздошно-поясничная мышца

б) грушевидная мышца

в) большая ягодичная мышца

г) малая поясничная мышца

074. Седалищный нерв покидает полость таза через

а) надгрушевидное отверстие

б) подгрушевидное отверстие

в) запирательное отверстие

075. Суставная капсула голеностопного сустава лишена укрепляющих связок

а) латерально и сзади

б) спереди и сзади

в) медиально и сзади

076. При перевязке бедренной артерии под паховой связкой коллатеральное кровообращение нижней конечности осуществляется по анастомозам

а) внутренней подвздошной артерии с ветвями наружной подвздошной артерии

б) между запирательной, ягодичными, ветвями внутренней подвздошной артерии и латеральной, медиальной, окружающих бедро ветвями глубокой артерии бедра

в) между поверхностной и глубокой артериями, сгибающими подвздошную кость

077. Доступ к бедренной артерии выполняется по линии

а) соединяющей передне-верхнюю ость подвздошной кости с латеральным мыщелком бедра

б) соединяющей середину пупартовой связки с медиальным мыщелком бедра

в) соединяющей границу наружной трети и средней трети пупартовой связки с медиальным мыщелком бедра

078. Катетеризация периферических лимфатических сосудов выполняется с целью

а) введения лекарственных препаратов

б) проведения лимфосорбции

в) рентгенографического исследования

079. Пункцию коленного сустава выполняют

а) на уровне основания или верхушки надколенника, отступив от него на 1-2 см

б) отступя от боковых поверхностей надколенника на 3-4 см медиально или латерально

в) на уровне бугристости большеберцовой кости с внутренней поверхности коленного сустава

080. Для обезболивания переломов таза обычно пользуются внутритазовой анестезией по методу Школьникова - Селиванова

а) на 5 см выше передней ости подвздошной кости

б) на 1 см кнутри от передней ости подвздошной кости

в) на 3 см ниже и на 3 см медиальнее передней ости подвздошной кости

081. Глубокая флегмона заднего фасциального ложа голени вскрывается

а) продольным разрезом в верхней трети голени на 2-3 см кзади от внутреннего края большеберцовой кости

б) продольным разрезом по задней поверхности верхней трети голени

в) продольным разрезом верхней трети голени на 2-3 см кзади от латерального края малоберцовой кости

082. Глубокая артерия бедра отходит от бедренной артерии

а) на 10-12 см ниже пупартовой связки

б) тотчас под пупартовой связкой

в) на 3-5 см ниже пупартовой связки

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

а) между головкой большеберцовой кости и наружной лодыжкой

б) между головкой большеберцовой кости и внутренней лодыжкой

в) от середины расстояния между головкой малоберцовой кости и бугристостью большеберцовой кости к середине расстояния между лодыжками

084. В ягодичной области имеется

а) 2 слоя мышц

б) 3 слоя мышц

в) 4 слоя мышц

г) 5 слоев мышц

085. В бедренном треугольнике располагаются все следующие образования, кроме

а) бедренной артерии и вены

б) ветвей бедренного нерва

в) глубоких лимфатических узлов

г) глубокой артерии и вены бедра

086. Капсулу тазобедренного сустава укрепляют

а) 2 связки

б) 3 связки

в) 4 связки

г) 5 связок

**3. АНЕСТЕЗИЯ, ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАНИМАЦИЯ**

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

а) уменьшено

б) увеличено

в) существенно не меняется

г) новокаин при шоке как местный анестетик желательно не использовать

002. Выбор способа анестезии в неотложной травматологии зависит

а) от общего состояния и возраста пострадавшего

б) наличия аппаратуры и медикаментов

в) тяжести, предположительной длительности оперативного вмешательства и кровопотери

г) квалификации специалиста (анестезиолога)

д) всего перечисленного

003. В положении больного на боку во время операций под наркозом существует опасность

а) возникновения неврита нижней руки

б) скопления секрета в нижележащем легком

в) ишемии нижележащей руки

г) снижения вентиляции нижележащего легкого

д) всего перечисленного

005. Внутрикостная анестезия нашла практическое применение

а) при операции остеосинтеза костей голени

б) при операции остеосинтеза бедренной кости

в) при репозиции перелома лодыжек голени

г) правильно а) и в)

д) все перечисленное

006. К преимуществам внутрикостной анестезии относится все перечисленное, кроме

а) может быть выполнена в амбулаторных условиях

б) может быть выполнена хирургом любой квалификации

в) обладает противотромбоэмболическим действием

г) обладает хорошим обезболивающим эффектом

д) не сопровождается каким-либо осложнением

007. Внутрикостные методы обезболивания разрабатывались и внедрялись в практику всеми перечисленными авторами, кроме

а) Воронцова А. В.

б) Дитерихса М. И.

в) Крупко И. Л.

г) Фраймана С. Б.

д) Школьникова Л. Г.

008. Для пролонгированной внутрикостной блокады используется

а) 0. 5% р-р новокаина

б) 1% р-р новокаина

в) 2% р-р новокаина

г) 5% р-р новокаина

д) 10% р-р новокаина

009. В зависимости от характера повреждений и их осложнений в травматологии и ортопедии применяются все перечисленные типы блокады, кроме

а) гемостатической

б) противовоспалительной

в) антисептической

г) антикоагуляционной

д) трофической

010. Противопоказаниями к спинно-мозговой анестезии являются

а) падение артериального давления ниже 100 мм

б) острая кровопотеря

в) опухоль головного мозга

г) правильно а) и в)

д) все перечисленное

011. Во время проведения спинно-мозговой анестезии и после нее возможны следующие осложнения

а) снижение артериального давления на 30-50 мм и коллапс

б) головная боль, рвота

в) повышение кровоточивости

г) мозговая гипертензия

д) правильно а) и б)

012. Перидуральная анестезия широко применяется у всех перечисленных больных, кроме больных, страдающих

а) бронхитом

б) ларингитом

в) туберкулезом легких

г) циррозом печени

д) выраженной гипертонией

013. Местная анестезия при операциях на головном мозге имеет перед наркозом все следующие преимущества, кроме

а) отсутствия повышения внутричерепного давления

б) сохранения контакта с больным (речевого)

в) обеспечения хорошего гемостаза мягких тканей покровов черепа

г) создания полной анестезии оболочек головного мозга и возможности быстро осуществить искусственную вентиляцию легких

014. Наиболее целесообразным видом обезболивания у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, находящихся в состоянии травматического шока, является

а) местная анестезия

б) внутривенный наркоз

в) эндотрахеальный наркоз

г) масочный и ингаляционный наркоз фторотаном

д) пролонгированная внутрикостная гемостатическая блокада в комбинации с внутривенным наркозом

015. Противопоказаниями к перидуральной анестезии является все перечисленное, кроме

а) тяжелых искривлений позвоночника

б) эмфиземы легких, нефроза

в) артериального давления ниже 100 мм

г) эмоциональной неустойчивости

016. Анестетиком выбора у больных с невосполненной кровопотерей и сохраняющейся гипотензией можно считать

а) эфир

б) фторотан

в) калипсол

г) барбитураты

д) оксибутират натрия

017. Распространение местного анестетика в эпидуральном пространстве у пожилых пациентов зависит от всех перечисленных факторов, кроме

а) уплотнения соединительнотканных перемычек

б) стенозированных межпозвонковых отверстий

в) атеросклеротических изменений сосудов эпидурального пространства

г) длины позвоночника

д) значений объема циркулирующей крови

018. К наркозу, применяемому у нейрохирургических больных, предъявляются требования: 1) наркоз не должен повышать внутричерепное давление, 2) пробуждение больного должно наступить в первые минуты после операции, 3) при манипуляциях на задней черепной ямке желательно сохранение собственного дыхания при условии его адекватности, 4) необходимо полное расслабление поперечно-полосатой мускулатуры на протяжении всей операции, 5) желательно воздействие на свертывающую систему крови

а) верно все

б) верно 1, 2, 3

в) верно 2, 3, 4

г) верно 1, 3, 5

д) верно все, кроме 4

019. При операциях на органах грудной клетки с целью профилактики возможного взрыва следует во время наркоза использовать

а) эфир

б) циклопропан

в) фторотан

г) правильно а) и б)

д) все неправильно

020. Оперативные вмешательства на позвоночнике и спинном мозге в настоящее время осуществляются под: 1) эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией легких, 2) эндотрахеальным наркозом с сохранением самостоятельного дыхания, 3) местной инфильтрационной анестезией в комплексе с паравертебральной и внутрикостной пролонгированной блокадой, 4) перидуральной анестезией, 5) спинно-мозговой анестезией в комплексе с внутрикостной пролонгированной гемостатической блокадой

а) верно все

б) верно 1, 2, 3

в) верно 2, 3, 4

г) верно 1, 3, 4

д) верно все, кроме 4

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

а) эндотрахеальный наркоз с мышечными релаксантами в небольшой дозе

б) эндотрахеальный наркоз с мышечными релаксантами в большой дозе

в) перидуральная анестезия в комплексе с наркозом закисью азота

г) спинно-мозговая анестезия в комплексе с внутривенным наркозом

д) хлорэтиловый наркоз в комплексе с внутрикостной пролонгированной гемостатической блокадой

022. Выбирая вид общего обезболивания (наркоз) при пластических операциях в первую очередь следует учитывать: 1) возраст больного, 2) длительность операции, 3) состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, 4) характер почечной и печеночной недостаточности, 5) чувствительность к антибиотикам, 6) травматичность оперативного пособия

а) верно все

б) верно 1, 2, 4, 6

в) верно 2, 3, 4, 6

г) верно 1, 3, 4, 5

д) верно все, кроме 5

023. При перевязках целесообразно использовать: 1) эндотрахеальный наркоз, 2) масочный наркоз, 3) эпидуральную анестезию, 4) внутривенный наркоз, 5) местную анестезию

а) верно все

б) верно все, кроме 4

в) верно все, кроме 1, 3, 5

г) верно все, кроме 3, 5

024. При ожогах ног и нижней половины туловища для обезболивания и улучшения трофики применяются новокаиновые блокады

а) околопочечная

б) вагосимпатическая

в) поясничного сплетения

г) внутрикостная регионарная

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

а) срочная инфузионная терапия с одновременным введением в наркоз

б) срочно начать инфузионную терапию, осуществить обезболивание, добиться стабилизации артериального давления; затем начать проведение анестезии и операции

в) срочно интубировать и начать инфузионную терапию

026. При выборе вещества для обезболивания при травматическом шоке учитывают в первую очередь влияния

а) на дыхание

б) на гемодинамику

в) на эндокринную систему

г) на центральную систему

д) на свертывающую систему

027. При множественных переломах ребер в условиях стационара оптимальным методом обезболивания можно считать

а) паравертебральную блокаду и эпидуральную анестезию

б) спинальную анестезию

в) блокаду области перелома

г) наркотические аналгетики

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

а) не вызывает снижения артериального давления

б) дает длительное обезболивание

в) ликвидирует боль, не смазывая клиническую картину

г) снижает температуру тела

д) повышает центральное венозное давление

029. При операциях на проксимальных отделах нижних конечностей методом выбора анестезии является

а) общая анестезия

б) эпидуральная анестезия

в) спинно-мозговая анестезия

г) внутрикостная и проводниковая анестезия

д) может быть применена любая из перечисленных

030. Гипотензивный эффект ганглиотиков у пожилых пациентов

а) более выражен

б) менее выражен

в) отсутствует

г) закономерности не выявляется

031. На госпитальном этапе применение наркотических аналгетиков недопустимо при подозрении

а) на черепно-мозговую травму

б) на повреждение внутренних органов

в) на перелом таза и перелом бедра

г) на компрессионный перелом позвоночников

д) правильно а) и б)

032. Быстрое выключение спонтанного дыхания при вспомогательной вентиляции легких у пожилых больных происходит

а) из-за понижения порога чувствительности дыхательного центра к углекислоте

б) из-за повышения порога чувствительности дыхательного центра к углекислоте

в) из-за наличия эмфиземы легких

г) из-за понижения ригидности грудной клетки

д) из-за повышения ригидности грудной клетки

033. В терапии травматического шока первоначальные действия направляются на: 1) восстановление газообмена, 2) восстановление объема циркулирующей крови, 3) обезболивание, 4) ликвидацию диспротеинемии, 5) нормализацию гематокрита

а) верно все

б) верно 1, 2, 3

в) верно 1, 3, 4

г) верно все, кроме 5

д) верно все, кроме 4

034. Наиболее глубокие расстройства газообмена наблюдаются

а) при повреждении груди с открытым пневмотораксом

б) при повреждении груди с клапанным пневмотораксом

в) при массивном гематораксе

г) при эмфиземе легких

д) правильно б) и в)

035. В борьбе с кровопотерей у больных с тяжелой травмой большую роль играют: 1) количество потерянной крови, 2) скорость кровотечения, 3) сроки радикального гемостаза, 4) характер инфузионной терапии, 5) сроки восполнения кровопотери

а) верно все

б) верно все, кроме 4

в) верно все, кроме 3

г) верно все, кроме 3

д) верно все, кроме 3 и 5

036. Нарушения газообмена при травматическом шоке могут возникать на уровне

а) внешнего дыхания

б) крови

в) кровообращения (микро- и макроциркуляция)

г) тканевого дыхания, метаболизма клеток

д) все перечисленное правильно

037. При массивной кровопотере со снижением объема циркулирующей крови на 30-40% через 60 минут с момента травмы

а) наступает гемодилюция со снижением гематокрита

б) происходит быстрое перемещение интерстиционной жидкости в сосудистое русло

в) гематокрит не изменяется

г) наступает гемоконцентрация с повышением гематокрита

д) правильно а) и б)

038. При лечении ожогового шока приблизительное соотношение коллоидов и кристаллоидов должно составлять

а) 3:1

б) 1:1

в) 2:1

г) 1:2

д) 1:3

039. Лечение олиго- или анурии включает все перечисленное, кроме

а) проведения адекватной гидратации

б) поддержания нормального водно-электролитного баланса

в) внутривенного введения маннитола

г) переливания крови

040. Уменьшают опасность развития сердечной слабости при массивных трансфузиях у больных с политравмой

а) медленное возмещение кровопотери

б) применение только свежей крови

в) переливание крови, согретой до 37 C

г) одновременное вливание на каждые 500 мл крови 30-50 мл 5% раствора натрия бикарбоната

д) все перечисленное

041. Более длительное выведение из наркоза может быть обусловлено: 1) гипогликемией, 2) нарушением периферического кровотока, 3) диабетическим кетозом, 4) уремией, 5) церебральной гипоксией

а) верно все

б) верно 1, 2, 3, 4

в) верно все, кроме 1

г) верно все, кроме 3

д) верно все, кроме 4

042. В ближайшем послеоперационном периоде гипотония может быть связана: 1) с невосполнимой кровопотерей, 2) с болевым синдромом, 3) с изменением положения больного на операционном столе, 4) с передозировкой анестезии, 5) с эндокринной недостаточностью

а) верно все

б) верно все, кроме 5

в) верно все, кроме 2

г) верно все, кроме 3

д) верно все, кроме 4

043. К факторам, снижающим функциональные возможности сердечно-сосудистой системы у пожилых пациентов, можно отнести: 1) склероз периферических сосудов, 2) коронарокардиосклероз, 3) нарушения функции проводящей системы сердца, 4) пороки сердца, 5) снижение адаптационных механизмов нейроэндокринной системы

а) верно все

б) верно все, кроме 1

в) верно все, кроме 4 и 1

г) верно все, кроме 2

д) верно все, кроме 3 и 5

044. Наиболее целесообразно использовать для поддержания анестезии у пожилых пациентов: 1) нейролептаналгезию (НЛА) , 2) эфир, 3) кетамин, 4) натрия оксибутират, 5) виадрил, 6) фторотан, 7) закись азота

а) верно все

б) верно все, кроме 1

в) верно все, кроме 2

г) верно 3,4,5

д) верно 7

045. Больной поступил в операционную через 30 минут после травмы с диагнозом травматический отрыв нижней конечности на уровне нижней трети бедра. На месте травмы наложен жгут на верхней трети бедра. АД 65-60 мм. Наиболее рационально в этой ситуации

а) срочно начать инфузионную терапию и добиться стабилизации гемодинамики, а затем начать проведение анестезии и операции

б) срочно начать инфузионную терапию с одновременным началом анестезии

в) провести инфузионную терапию и провести отсроченное оперативное вмешательство

047. При внезапной остановке сердца на фоне общего благополучия развиваются все перечисленные симптомы, кроме

а) резкой бледности кожных покровов, судорожного периодического дыхания

б) отсутствия пульса на артериях, падения артериального давления до нуля

в) потери тонуса глазных яблок

г) резкого сужения зрачков

д) темной крови во время операции или при открытой травме, или прекращения всякого кровотечения

048. При непрямом массаже сердца должно быть выполнено все перечисленное, кроме

а) уложить больного на мягкое (диван, кровать и т. п. )

б) расположиться слева от него

в) расположить свои руки: левую наиболее широкой ее частью на точку, расположенную на 2 поперечных пальца выше от мечевидного отростка, а вторую - крестообразно положить на первую пальцами к голове

г) надавливать на грудину по направлению к позвоночнику на глубину 4-5 см

д) таких сдавлений производить до 100-110 в минуту

049. При открытом массаже остановившегося сердца производят все следующие манипуляции, кроме

а) рассекается грудная клетка слева от грудины вместе с плеврой по 4-5 межреберному промежутку одним разрезом

б) сердце выводится на поверхность грудной клетки

в) начинается ритмичное сжимание желудочков и правого предсердия сердца с частотой 60-80 в одну минуту с усилием, обеспечивающим появление пульса в 1 минуту

г) параллельно в полость левого желудочка вводится 3-5 мл 10% раствора хлористого кальция и разведенного в несколько раз 0. 5 мл 0. 1% раствора адреналина

д) осуществляется внутриартериальное нагнетание кровозаменителя в одну из крупных периферических артерий

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

а) создается возвышенное положение туловища

б) при помощи закрытого или открытого массажа сердца пытаются восстановить тонус миокарда

в) в полость левого желудочка вводят 10 мл 1% раствора новокаина и продолжают массаж

г) при продолжающейся фибрилляции необходимо применить дефибриллятор. Его электроды обматывают салфетками, смоченными гипертоническим раствором, один помещают под спину, на уровне левой лопатки, другой плотно прижимают к передней поверхности грудной клетки слева от грудины. Подают ток напряжением от 2 до 4 кВ от дефибриллятора

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

а) различной концентрации раствора новокаина для введения в полость перикарда, полость левого желудочка, разведения адреналина и норадреналина

б) 10% раствор хлористого кальция

в) 25% раствор сернокислой магнезии

г) 10% раствор новокаина

д) 40% раствор глюкозы и инсулин

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

а) повреждения центральных механизмов регуляции дыхания (травма ЦНС, спинного мозга, инсульт, отравление снотворными, повреждение электротоком и т. д. )

б) наличия множественных скальпированных ран в области грудной клетки

в) множественных переломов ребер, сдавления груди, утопления, судорожных состояний

г) полной или частичной непроходимости дыхательных путей, пребывания в атмосфере с низким содержанием кислорода, воспаления легких, ушиба легких и т. д.

д) нарушения дыхания вследствие расстройства кровообращения и газообмена (инфаркт миокарда, остановка сердца, шок, кровопотеря, отравление цианистыми соединениями, угарным газов и т. д. )

053. 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

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

а) резко согнуть головку, приблизив подбородок к груди

б) максимально разогнуть голову, подложив свою руку под шею, другую на область лба для энергичного разгибания головы кзади

в) максимально вытянуть изо рта язык и фиксировать его к подбородку

г) пальцем, обернутым влажной салфеткой, очистить полость рта и глотку от слизи, копоти, остатков рвотных масс и инородных тел

д) ввести в полость рта воздуховод

055. 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

056. 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

057. 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%

058. При терапии острой дыхательной недостаточности не применяется

а) атропин

б) аминазин

в) ГОМК (g-оксимасляная кислота)

г) бемегрид

д) добелин

059. 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

060. 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

061. Основными принципами инфузионно-трансфузионной терапии при острой кровопотере являются все нижеследующие, исключая

а) при оказании первой помощи - увеличение объема циркулирующей крови путем инфузии солевых растворов идекстранов

б) в условиях стационара до подбора крови введение коллоидных растворов и растворов солей

в) использование крови "универсального донора" O(I) группы, имеющей резус- отрицательное значение

г) переливание консервативной одногруппной и резус-совместимой донорской крови

д) трансфузия препаратов крови в зависимости от клинических и биохимических лабораторных показателей

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

а) гидрокортизон

б) полиглюкин

в) адреналин

г) кордиамин

д) пентамин

**4. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**

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

а) передне-верхнюю ось подвздошной кости

б) наружный край надколенника

в) внутренний край надколенника

г) середину проекции голеностопного сустава

д) первый палец стопы

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

а) акроминального отростка лопатки

б) середины проекции головки плечевой кости

в) центра головчатого возвышения плеча

г) головки лучевой кости

д) головки локтевой кости

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

а) до большого вертела бедра

б) до суставной щели коленного сустава

в) до края наружной лодыжки

г) до пяточного бугра

004. Суммарная длина верхней конечности измеряется от акроминального отростка

а) до середины проекции головки плеча

б) до наружного мыщелка

в) до шиловидного плеча отростка лучевой кости

г) до конца третьего пальца

д) до конца пятого пальца

005. 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

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

а) оси плеча

б) расположения надмыщелков

в) расположения вершины локтевого отростка

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

д) при сгибании указанные три точки составляют равнобедренный треугольник

007. 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 C, которая располагается выше этой линии

г) точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135 C, которая располагается на этой линии

008. 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

009. 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

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

а) перпендикулярна к оси туловища

б) не перпендикулярна к оси туловища

в) составляет с осью туловища угол более 70 C

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

а) определяют точки над вершинами обоих вертелов

б) определяют точки над вершинами обоих вертелов остей таза

в) соединяют горизонтальными линиями две пары этих точек

г) получают параллельные прямые

д) параллельных прямых не получается

012. Перкуссия не позволяет выявить

а) наличия жидкости в полости очага или сустава

б) наличия газа в полости или суставе

в) степени срастания переломов длинных трубчатых костей

г) степени кровоснабжения конечностей

д) наличия больших полостей в эпифизах или метафизах конечностей

013. Сукуссия суставов позволяет определять все перечисленное, кроме

а) обычного (нормального) количества синовиальной жидкости в здоровом суставе

б) наличия крови при гемартрозе

в) наличия синовиальной жидкости при выраженном синовите

г) наличия небольшого количества жидкости в больном или травмированном суставе

д) наличия гноя в полости сустава при артрите

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

а) щадящую хромоту

б) нещадящую хромоту

в) "утиную" походку

г) подпрыгивающую

015. Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать

а) как анкилоз

б) как контрактура

в) как ригидность

г) как патологическая подвижность

д) все правильно

016. Отведение и приведение конечностей - это движения

а) в сагитальной плоскости

б) во фронтальной плоскости

в) в аксиальной плоскости

г) внутреннее движение вокруг продольной оси

д) наружное движение вокруг продольной оси

017. Разгибание и сгибание конечности - это движения

а) в сагитальной плоскости

б) во фронтальной плоскости

в) в аксиальной плоскости

г) внутреннее движение вокруг продольной оси

д) наружное движение вокруг продольной оси

018. В нормальном (здоровом) коленном суставе не возможно движение

а) сгибание - 130

б) разгибание - 180

в) переразгибание - 15

г) отведение - 20

д) ротация (в положении сгибания) до 15

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

а) сгибания - 130

б) ротации внутренней - 90

в) ротации наружной - 90

г) разгибания - 45

д) отведения - 70

020. В нормальном (здоровом) голеностопном суставе не возможно движение

а) тыльное сгибание - 20

б) подошвенное сгибание - 45

в) супинация - 30

г) пронация - 20

д) ротация - 45

021. При параличе мышц тазобедренного сустава

а) нет сгибательной контрактуры бедра

б) нет активного приведения бедра

в) нет активного отведения бедра

г) нет активного разгибания бедра

д) нет активной ротации бедра

022. При паралитической деформации коленного сустава не бывает

а) сгибательной контрактуры голени

б) X-образного искривления сустава вследствие подвывиха голени назад

в) рекурвации коленного сустава из-за паралича мышц сгибателей

г) сгибательных контрактур тазобедренного и голеностопного суставов

д) Y-образного искривления за счет поражения полусухожильной, полуперепончатой мышц, а также мышцы, натягивающей апоневроз

023. При параличе мышц голени не развиваются

а) паралитическая вальгусная стопа

б) паралитическая конская стопа

в) паралитическая косолапость

г) паралитическое удлинение конечности

д) паралитическая пяточная стопа

024. Рентгенографическое исследование дает возможность установить перечисленное, кроме

а) наличия костных переломов и степени их консолидации

б) характера смещения отломков

в) изменения структуры костной ткани

г) степени регенерации поврежденного хряща

д) разрывов крупных сухожилий, наличия свободного газа и жидкости в полостях, мягкотканных опухолей

025. При прочтении рентгенограммы нельзя определить

а) форму оси конечности, строение кортикального и губчатого слоев

б) форму и ширину, симметрию суставной щели

в) форму и характер прикрепления мышц и степень их развития

г) состояние росткового слоя и ядер окостенения

д) наличие кист, полостей, секвестров

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

а) рентгенографию

б) рентгеноскопию

в) контрастную рентгенографию

г) магнитно-полюсную контрастную рентгенографию

д) томографию

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

а) относительную биологическую безопасность метода

б) возможность диагностировать мягкотканные объемные процессы до возникновения реакции со стороны костной ткани

в) возможность судить о наличии и характере обменных процессов и, таким образом, диагностировать патологические процессы до появления ответных реакций со стороны костной ткани

г) более точную диагностику перелома костей

д) возможность диагностировать ранние сроки воспалительного процесса в тканях

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

а) при подозрении на первичную злокачественную опухоль при наличии нормальной рентгенограммы

б) при дифференциальной диагностике нормальной и злокачественной костной тканью

в) при уточнении места расположения опухолевого процесса

г) при сканировании трудных для рентгенографического выявления областей скелета - грудины, ребер, лопатки

д) при установлении степени срастания костной ткани

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

а) перелома или трещины кости

б) вывиха, подвывиха фрагментов сустава

в) костной опухоли

г) мягкотканной опухоли

д) повреждения хрящевой ткани

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

а) плотности рентгенологического рисунка кости (остеопороз, остеосклероз)

б) нарушения кортикального и последующего слоев кости

в) состояния окружающих кость тканей

г) изменения оси, формы костного органа

д) степени плотности (засветки) полей рентгенограммы вне исследуемого органа

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

а) снижения высоты тела позвоночника

б) изменения оси позвоночника, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз)

в) нарушения кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела

г) степени смещения межпозвоночного диска

д) наличия гематомы в мягких тканях и тела позвонка

032. Ориентиром при счете позвонков на спондилограмме шейного отдела является

а) основание черепа

б) остистый отросток 1-го шейного позвонка

в) зуб 2-го шейного позвонка

г) остистый отросток 2-го шейного позвонка

д) правильно в) и г)

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

а) 1-е ребро и ключицу

б) контуры сердца

в) нижний угол лопатки

г) реберную дугу

д) 12-й грудной позвонок

034. Основное лечение в диагностике медиального перелома шейки бедра имеет укладка при рентгенограмме

а) передне-задняя

б) боковая (профильная)

в) аксиальная

г) с ротацией бедра

д) правильно а) и в)

035. Для выявления перелома зуба 2-го шейного позвонка следует производить рентгенографию, используя укладку

а) передне-заднюю через открытый рот

б) боковую (профильную)

в) аксиальную

г) при максимальном наклоне головы

д) правильно б) и г)

036. Для рентгенологической диагностики разрывов крестцово-седалищных сочленений со смещением фрагментов в сагитальной плоскости основное значение имеет укладка по Драчуку

а) передне-задняя, но с разведением бедер

б) боковая, профильная, но с приведением к животу бедер

в) кассета с пленкой устанавливается между ног, и луч аппарата проходит через большое тазовое отверстие

г) положение больного на животе с разведенными бедрами

д) рентгеновский луч направляется под углом 45 по направлению к сочленениям

037. Для выявления спондилолистеза так называемым функциональным методом применяются все перечисленные проекции спондилограмм, исключая

а) боковую проекцию в положении максимального сгибания

б) боковую проекцию в положении максимального разгибания

в) аксиальную проекцию в положении ротации туловища

г) передне-заднюю проекцию с максимальными наклонами в сторону (в бок)

д) спондилограмму в вертикальном положении больного

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

а) подвывих фрагмента мелкого сустава

б) повреждения хрящевой прослойки сустава

в) секвестры в трубчатой кости

г) скрытую полость в диафизе кости

д) правильно в) и г)

039. При контрастной рентгенографии коленного сустава не представляется возможным определить

а) разрыв наружного мениска

б) разрыв внутреннего мениска

в) наличие суставной "мыши"

г) разрыв крестообразных связок

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

а) разрыв сосуда

б) обтурацию сосуда

в) сужение участка сосуда

г) опухоли сосуда

д) выявление рентгенонеконтрастного тела в массиве мышц

041. Чаще всего с применением пневмографии исследуется

а) плечевой сустав

б) локтевой сустав

в) коленный сустав

г) тазобедренный сустав

д) голеностопный сустав

042. Томография костей помогает выявить все перечисленное, кроме

а) наличия перелома

б) отсутствия перелома

в) наличия костного срастания перелома

г) наличия ложного сустава и несросшегося перелома

д) разрывов мышц, связок и сухожилий

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

а) диагностики перелома

б) диагностики вывиха

в) исследования структуры кости

г) диагностики опухоли

д) выявления инородных тел и секвестров

044. Контрастная рентгенография костей не дает возможности

а) определить связь свищевых отверстий с костным органом

б) определить ход канала свищевого хода

в) диагностировать наличие скрытых костных полостей и кист

г) определить сроки образования свищевых ходов, полостей и секвестров

д) диагностировать наличие костных и хрящевых секвестров и рентгеноконтрастных инородных тел

045. Контрастная рентгенография суставов не позволяет диагностировать

а) повреждение связочного аппарата сустава

б) разрывы менисков

в) наличие свободных внутрисуставных тел ("суставных мышей")

г) наличие синовита и гемартроза

д) слипчатые процессы в суставе, облитерацию заворотов и бурс

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

а) связи мягкотканных свищей с костным органом

б) характера и топографии свищевого хода в мягких тканях и кости

в) наличия абсцессов и полостей в тканях

г) наличия секвестров и инородных тел в мягких тканях и кости

д) причины и механизм образования свищевого хода

047. Рентгеноконтрастное исследование сосудов позволяет диагностировать все перечисленное, исключая

а) повреждение сосуда

б) тромбоз сосуда

в) образование аневризмы или варикоза сосуда

г) повреждение нервов, сопровождающих сосуд

д) образование артерио-венозного соустья

048. При артропневмографии коленного сустава оптимальным давлением вводимого газа является

а) максимально достижимое

б) 50-100 мм рт. ст.

в) 110-130 мм рт. ст.

г) 150-150 мм рт. ст.

д) 200-250 мм рт. ст.

049. Пневмографическое исследование рационально применять

а) при свежих переломах длинных трубчатых костей

б) при свежих переломах плоских костей

в) при свежих ранах и разрывах мышц

г) при повреждении крупных сухожилий

д) при повреждении крупных нервных стволов

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

а) стопа

б) область голеностопного сустава

в) нижняя треть голени

г) средняя и верхняя треть голени

д) коленный сустав и нижняя треть бедра

051. Тепловидение или термографический метод исследования позволяет производить диагностику

а) свежего перелома длинной трубчатой кости

б) свежего ушиба или гематомы

в) разрыва связочного аппарата

г) злокачественного опухолевого процесса или острого воспаления

д) свежего внутриполостного кровотечения

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

а) повреждения суставного хряща

б) повреждения менисков

в) наличия дополнительной связки - медиапателлярной связки, связки надколенника (третьего мениска коленного сустава)

г) частичного или полного рассечения связки, взятия биопсии, удаления части разорванного мениска

д) восстановления разорванной крестообразной связки коленного сустава

053. Пневмоскопическое исследование плевральной полости не позволяет обнаружить

а) повреждение плевры, ткани легкого

б) наличия в плевральной полости свободной жидкости

в) наличия слипчивого процесса, шварт плевры

г) воспалительные изменения висцеральной или париетальной плевры

д) проявления синдрома "шокового легкого"

054. При лапароскопии брюшной полости невозможно определить

а) наличие свежей крови, гноя, экссудата, желудочного или кишечного содержимого

б) разрыва ткани печени и ее связок

в) разрыва ткани селезенки или ее капсулы

г) наличия забрюшинной гематомы

д) язвенных эрозий желудка и кишки

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

а) термографический

б) полярографический

в) УЗИ (ультразвуковая допплерография)

г) электромиографический

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

а) разрыва хрящевой губы суставной поверхности лопатки

б) кальцификации дельтовидной мышцы

в) частичного разрыва икроножной мышцы

г) перелома плоских костей

д) внутримышечной гематомы четырехглавой мышцы бедра

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

а) разрыв дельтовидной мышцы

б) надрыв ротаторной манжетки (ротаторного кольца)

в) разрыв стволов плечевого сплетения

г) атрофию подостной мышцы лопатки

д) разрыв акромиально-ключичного сочленения

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

а) рентгенографическому

б) термографическому

в) УЗИ

г) артроскопическому

д) артропневмографическому

059. Преимущества УЗИ состоят в перечисленном, исключая

а) простоту метода исследования

б) возможность одновременного сравнения данных исследования симметричной стороны

в) безопасность многочисленных исследований для больного

г) безопасность многочисленных исследований для врача

д) дешевизну исследования

060. Применение УЗИ не показано

а) у больных с высокой температурой

б) в области сегмента, закрытого гипсовой повязкой

в) в области обширного кровоизлияния в мягкие ткани

г) правильно б) и в)

д) правильно все

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

а) 50 мл

б) 100 мл

в) 150 мл

г) 200 мл

д) 300 мл

062. Операция лапароскопии включает в себя следующие манипуляции, исключая

а) местную анестезию

б) разрез кожи по средней линии выше пупка на 5 см

в) прошивание или захватывание зажимов Кохера срединного апоневризма

г) приподнимание брюшной стенки конусообразно за держалку и прокалывание троакара

д) введение через тубус троакара в брюшную полость катетера

063. При лапароцентезе следует выполнять все перечисленное, исключая

а) введение катетера в брюшную полость длиной не менее 30 см

б) введение катетера диаметром не менее 5 мм

в) оставление катетера в брюшной полости сроком не более 24 часов

г) введение в брюшную полость через катетер не менее 400 мл физиологического раствора

д) подключение к катетеру брюшной полости отсоса разряжением 0. 3-0. 5 атм.

064. Торакоцентез следует осуществлять

а) при простом переломе ребер

б) при сложном переломе ребер

в) при осложненном переломе ребер

г) при переломе тела грудины

д) при переломе рукоятки грудины

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

а) коллапс, ателектаз легкого

б) хилоторакс

в) гемоторакс

г) пневмоторакс

д) смещение средостения

066. Рентгенологические обследование при переломах костей необходимо

а) в случаях, где диагноз твердо установлен клинически

б) для проверки и контроля эффективности лечения

в) для получения всесторонней клинической картины

г) правильно б) и в)

д) правильно все

067. Поликлиническое лечение травматологических больных осуществляют все перечисленные учреждения, исключая

а) травматологический пункт

б) травматологический кабинет поликлиники

в) медсанчасть учреждения

г) стационар на дому

068. Для выявления повреждения используются все приведенные ниже диагностические приемы, кроме

а) сбора анамнеза

б) осмотра

в) взвешивания массы тела

г) определения механизма травмы

д) рентгенологического исследования

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

а) через 1 месяц

б) через 2 месяца

в) через 3 месяца

г) через 4 месяца

д) через 5 месяцев

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

а) 0. 1%

б) 0. 25%

в) 0. 5%

г) 1. 0%

д) 2. 0%

071. Основной целью проведения первичной хирургической обработки ран является

а) стерилизация ран скальпелем

б) удаление инородных тел и сгустков крови

в) иссечение всех нежизнеспособных тканей и создание "бесплодной каменистой почвы для развития микробной инвазии"

г) возможность сделать края кожи и подлежащих тканей ровными

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

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

а) образования пролежней

б) гибели всей сапрофитной кожной микрофлоры с дальнейшим замещением ее грибков

в) сдавления (ишемии) питающих сосудов

г) сдавления нервных стволов с дальнейшим образованием невритов и фолькмановской контрактуры на верхней конечности

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

а) 2 недели

б) 4 недели

в) 5-6 недель

г) 7-8 недель

д) 8-10 недель

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

а) в 2 м2

б) в 3 м2

в) в 3 м2

г) в 6 м2

д) в 7 м2

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

а) на 1-е сутки

б) на 2-е сутки

в) на 3-и сутки

г) на 4-е сутки

д) перед выпиской больного

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

а) 4-5

б) 6-7

в) 8-9

г) 10-12

д) 16-18

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

а) закрытого перелома, отломки которого угрожают перфорации кожи

б) сдавления отломками кости сосудисто-нервного пучка

в) явной интерпозиции мягких тканей между отломками

г) открытого перелома

д) перелома костей, осложненного повреждением крупных сосудов, требующих оперативного восстановления их проходимости

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

а) в 5-6% случаев

б) в 10-12% случаев

в) в 26-30% случаев

г) в 32-38% случаев

д) в 40-43% случаев

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

а) в 5-6% случаев

б) в 10-20% случаев

в) в 25-30% случаев

г) в 40-50% случаев

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

а) местную анестезию

б) проводниковую анестезию

в) новокаиновую блокаду плечевого сплетения

г) внутрикостную новокаиновую блокаду со жгутом

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

а) создание костного синостоза с соседними неповрежденными плюсневыми костями

б) скелетное вытяжение за кольца

в) остеосинтез штифтом или спицами

г) внеочаговый остеосинтез аппаратом

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

а) по Кюнео

б) по Розову

в) по Долецкому - Пугачеву

г) по Усольцевой

д) по Беннелю

083. Физиотерапевтическое лечение не противопоказано

а) при сердечно-сосудистой недостаточности в стадии декомпенсации

б) при злокачественных новообразования

в) при открытой форме туберкулеза легких

г) при комбинированных радиационных повреждениях

084. К профессиональной реабилитации травматологических больных относится все перечисленное, кроме

а) профессионального обучения и переучивания

б) приспособления станков и орудий труда к возможностям инвалида

в) создания новых специальностей

г) создания специальных трудовых институтов в виде артелей и мастерских

д) обеспечения орудиями производства и технологией по месту жительства инвалидов

**5. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**

001. Показатель гемоглобина периферической крови в норме колеблется в пределах

а) 90-100 г/л

б) 110-115 г/л

в) 120-160 г/л

г) 170-185 г/л

д) 190-210 г/л

002. Гематокрит в норме составляет в пределах

а) 26-30%

б) 36-42%

в) 45-48%

г) 49-52%

д) 53-58%

003. Уровень общего белка в крови в норме составляет

а) 25-30 г/л

б) 32-40 г/л

в) 45-52 г/л

г) 56-63 г/л

д) 66-85 г/л

004. Посттравматическая гипопротеинемия обусловлена всем перечисленным, кроме

а) кровопотери

б) аутогемоделюции

в) усиления анаболического процесса

г) потребления белка при синдроме ДВС

д) нарушения процессов дезаминирования в печени

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

а) на 1-е сутки

б) на 2-и сутки

в) на 5-е сутки

г) на 7-е сутки

д) на 9-е сутки

006. При тяжелой травме следующее содержание лактата в крови в прогностическом значении является критическим

а) 0. 5-1. 5 ммоль/л

б) 3-5 ммоль/л

в) 6-7 ммоль/л

г) 8-10 ммоль/л

д) 10-12 ммоль/л

007. Активность калликреин-кининовой системы крови при тяжелых повреждениях проявляется

а) сокращением гладких мышц

б) расслаблением гладких мышц

в) расширением просвета кровеносных сосудов

г) снижением кровяного давления

д) всем перечисленным

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

а) на 5-е сутки

б) на 10-е сутки

в) на 15-е сутки

г) на 20-е сутки

д) на 25-е сутки

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

а) на 50%

б) на 100%

в) на 150%

г) на 200%

д) на 300%

010. Ударный объем сердца у здорового человека составляет

а) 35-40 мл

б) 55-90 мл

в) 60-120 мл

г) 80-140 мл

д) 100-150 мл

011. Минутный объем сердца в норме равен

а) 1. 5-2. 5 л/мин

б) 2. 0-3. 5 л/мин

в) 3. 5-4. 5 л/мин

г) 4. 0-6. 0 л/мин

д) 6. 0-7. 0 л/мин

012. Объем циркулирующей крови (ОЦК) составляет в норме

а) 60-57 мл/кг

б) 70-65 мл/кг

в) 82-75 мл/кг

г) 94-105 мл/кг

д) 110-140 мл/кг

013. Общее периферическое сопротивление (ОПС) составляет в норме

а) 1200-2500 дин/с¦см5

б) 2700-3000 дин/с¦см5

в) 3000-3500 дин/с¦см5

г) 3200-4000 дин/с¦см5

д) 3500-4500 дин/с¦см5

014. Венозное давление поддерживают все перечисленные факторы, кроме

а) давления и кровотока в капиллярах

б) внутриплеврального давления

в) внутрибрюшного давления

г) внутрикостного давления и давления в лимфатической системе

015. Центральное венозное давление при нормоволемии равно

а) 30-45 мм вод. ст.

б) 50-120 мм вод. ст.

в) 130-150 мм вод. ст.

г) свыше 160 мм вод. ст.

д) свыше 200 мм вод. ст.

016. Развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) в основном связано со всем перечисленным, кроме

а) обширной травмы мягких тканей и скелета

б) массивных гемотрансфузий

в) трансфузий крови со сроком хранения от 2 до 3 дней в объеме 15% ОЦК больного

г) активации калликреин-кининовой системы

д) замедления кровотока

017. Развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания сопровождается всем перечисленным, кроме

а) гипокоагуляции

б) гиперкоагуляции и гиперагрегации

в) понижения активности тромбоцитов

г) повышения активности тромбоцитов, концентрации тромбина, образования тромбофибриновых свертков (массивного тромбообразования)

д) геморрагии или явного кровотечения при наличии микросвертков фибрина в системе микроциркуляции

018. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови в начальной стадии проявляется всем перечисленным, исключая

а) геморрагический синдром, наличие острых язв желудочно-кишечного тракта

б) нарушение микроциркуляции в легких, почках, печени

в) острый канальцевый некроз почек

г) респираторную недостаточность

д) нарушение функции печени

019. К основным признакам диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови относятся все перечисленные, кроме

а) тромбоцитов ниже 100¦109 г/л

б) фибриногена менее 1. 5 г/л

в) несворачиваемости крови

г) коагулопатии потребления во 2-й стадии

д) повышения содержания VII и X факторов протромбинового комплекса

020. Достоверным признаком диссеминированного внутрисосудистого свертывания является снижение фибриногена

а) ниже 1. 75 г/л

б) до 2. 0 г/л

в) до 2. 5 г/л

г) до 3. 0 г/л

д) до 3. 5 г/л

021. Потери фибриногена происходят

а) в сгустках крови

б) на фильтрах систем

в) в сосудах микроциркуляции

г) при контактах крови с серозными оболочками

д) при всем перечисленном

022. К факторам, способствующим развитию нарушений гемостаза при острой кровопотере, относятся

а) гиповолемия

б) ацидоз

в) агрегация форменных элементов, расстройство макро- и микроциркуляции

г) тромбоцитопения разведения

д) все перечисленное

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

а) снижение гемоглобина и гематокрита

б) анемия

в) лейкоцитоз

г) накопление активного тромбопластина (тканевого, эритроцитарного)

д) правильно все перечисленное

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

а) определения группы крови

б) тромбоэластографии

в) определения протромбинового времени

г) определения протромбинового индекса

д) определения концентрации антитромбина

025. Диагностика геморрагического синдрома, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания и острого нарушения гемостаза основывается на следующих показателях

а) фибриногена (1-1. 5 г/л)

б) фибриногена (2-5. 0 г/л)

в) тромбоцитов (180-320¦109/л)

г) тромбоцитов (5-10¦109/л)

д) правильно а) и г)

026. Причинами гиперкалиемии может быть все перечисленное, исключая

а) быстрое восполнение объема циркулирующей крови консервированной кровью

б) массивные повреждения мягких тканей

в) местный ишемический гипертензионный синдром

г) сдавление мягких тканей

д) множественные переломы костей, со смещением отломков

027. В норме парциальное давление кислорода (PaO2) в артериальной крови составляет

а) 110 6 мм рт. ст.

б) 95 1 мм рт. ст.

в) 80 5 мм рт. ст.

г) 75 8 мм рт. ст.

д) 68 2 мм рт. ст.

028. В норме парциальное давление углекислого газа (PaCO2) артериальной крови составляет

а) 20 4 мм рт. ст.

б) 26 2 мм рт. ст.

в) 30 5 мм рт. ст.

г) 40 5 мм рт. ст.

д) 50 2 мм рт. ст.

029. Артериальная гипоксия у больных с травмой возникает вследствие

а) альвеолярной гиповентиляции

б) нарушения вентиляционно-перфузионных отношений

в) внутрилегочного шунтирования венозной крови

г) правильно а) и б)

д) правильно все

030. Внутрилегочное шунтирование венозной крови составляет в норме

а) 1-3%

б) 5-7%

в) 9-12%

г) 13-15%

д) 20-23%

031. Шоковый период травматической болезни характеризуется

а) глюкозурией

б) гипергликемией

в) лактацидемией

г) правильно а) и б)

д) правильно все перечисленное

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

а) развитие продолжительной умеренной гипергликемии

б) гиперинсулинемии

в) увеличение скорости глюконеогенеза

г) лактоцидемия

д) правильно все перечисленное

033. Осмолярность является интегральным показателем активности

а) катаболических процессов в организме

б) процесса транспортировки и утилизации кислорода в организме

в) процесса элиминации углекислого газа в организме

г) процесса анаэробного гликолиза

д) калликреин-кининовой системы крови

034. Гиперосмолярность крови и плазмы возникает при уровне

а) 120 мосмоль/л

б) 186 мосмоль/л

в) 295 мосмоль/л

г) 310 мосмоль/л

д) 326 мосмоль/л

035. Гиперосмолярность крови определяется при уровне

а) 150 мосмоль/л

б) 210 мосмоль/л

в) 386 мосмоль/л

г) 605 мосмоль/л

д) 1205 мосмоль/л

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

а) мочевины

б) натрия и калия

в) глюкозы

г) лактата

д) микроэлементов (железо, цинк, медь)

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

а) альбумина 5%

б) гемодеза

в) раствора Гартмана

г) аминопептида

д) глюкозы 5%

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

а) желатиноль

б) аминопептид

в) интралипид 10%

г) гидролизат казеина

д) глюкоза 10%

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

а) ферментообразования

б) ферментовыведения

в) переваривания в самой железе

г) правильно а) и в)

д) все перечисленное

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

а) гипоксию

б) ацидоз

в) дискинезию желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки

г) инактивацию протеаз поджелудочной железы

д) нарушение проходимости протоков

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

а) активизацией кининовой системы

б) активизацией протеолиза

в) активизацией коагулопатии

г) кардиотоксической реакцией

д) всем перечисленным

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

а) понижения артериального и портального кровотока печени до 30-40% от исходного

б) возникновения внутрипеченочной вазоконстрикции, сменяющейся застоем крови в печени и развитием ДВС

в) элиминации ферментов с гиперферментемией ЛДГ, АЛТ, АСТ

г) уменьшения потребления АТФ и уменьшения проницаемости мембран

д) дистрофии гепатоцитов, развития холестаза и цитолиза

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

а) выработки и активности катехоламинов

б) концентрации норадреналина до 2 раз

в) концентрации адреналина до 6 раз

г) возможности возникновения ДВС в первые 3 дня

д) обменных процессов и функциональной деятельности систем организма

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

а) 800 мл/сут

б) 1200 мл/сут

в) 2000 мл/сут

г) 2500 мл/сут

д) 3000 мл/сут

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

а) компенсацию глюкозы, расходующейся в гликолитической цепи

б) стимуляцию инсулина

в) угнетение глюкагона

г) правильно а) и б)

д) правильно все перечисленное

046. Наиболее важными показателями функции системы дыхания, определяющими необходимость искусственной вентиляции легких, являются

а) PaO2 < 50 мм рт. ст.

б) PaCO2 > 50 рт. ст.

в) SO2 < 78%

г) правильно б) и в)

д) все перечисленное

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

а) потерянная кровь должна замещаться только кровью и возмещение должно быть ранним

б) должно соблюдаться количественное равенство

в) переливать следует с запасом, превышающим кровопотерю на 0. 5 л

г) должен соблюдаться закон длительности переливания

д) кровь должна переливаться только по жизненным показаниям

048. Для определения группы крови кровь следует забирать

а) до переливания высокомолекулярного декстрана

б) до переливания низкомолекулярного декстрана

в) после переливания высокомолекулярного декстрана

г) после переливания низкомолекулярного декстрана

д) правильно а) и б)

049. Переливание несовместимой крови вызывает

а) отек легких

б) тромбоз клубочков почек

в) диссеминированное внутрисосудистое свертывание

г) гемолитическую анемию

д) поражение почечных канальцев

050. При переливании плазмы

а) требуется учет групповой принадлежности

б) не требуется учета групповой принадлежности

в) возможна агглютинация эритроцитов реципиента с антителами донорской плазмы при введении 1 л иногруппной плазмы больным с анемией

г) не наблюдается агглютинация эритроцитов реципиента с антителами донорской плазмы при введении 1 л иногруппной плазмы больным с анемией

д) правильно а) и в)

051. Уровень гематокрита консервированной крови составляет

а) 20%

б) 30%

в) 40%

г) 50%

д) 60%

052. Уровень гематокрита эритроцитарной массы составляет

а) 30%

б) 40%

в) 50%

г) 60%

д) 70%

053. Для стабилизации аутокрови требуется гепарин в количестве

а) 1000 ед гепарина на 500 мл крови

б) 2000 ед гепарина на 500 мл крови

в) 3000 ед гепарина на 500 мл крови

г) 5000 ед гепарина на 500 мл крови

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

а) 10 мл на 100 мл крови

б) 20 мл на 100 мл крови

в) 30 мл на 100 мл крови

г) 40 мл на 100 мл крови

055. В консервированной крови содержится все перечисленное, кроме

а) избытка ионов калия и натрия

б) недостатка ионов калия и натрия

в) недостатка ионов кальция, тромбоцитов, V-VIII факторов свертываемости крови

г) избытка ионов кальция, тромбоцитов, V-VIII факторов свертываемости крови

д) правильно а) и в)

056. "Цитратная интоксикация" может быть вызвана тем, что

а) цитрат натрия сам по себе не токсичен, но образует блоки с кальцием, резко снижая его уровень в крови, вызывая образование гипокальциемии, которая в свою очередь оказывает отрицательное влияние на сократимость и проводимость миокарда и ведет к фибрилляции

б) цитрат натрия вызывает расширение сосудов малого круга кровообращения, легочную гипотензию

в) цитрат натрия вызывает сужение сосудов малого круга кровообращения, гипертензию сосудов малого круга, а ослабленная сердечная сократимость приводит к сердечной недостаточности

г) правильно а) и в)

д) правильно а) и б)

057. Сывороточная гомологическая желтуха наблюдается наиболее часто при внутривенном переливании

а) цельной крови от одного донора

б) крови или плазмы от многих доноров

в) плазмы от одного донора

г) эритромассы от одного донора

д) крови и плазмы от одного донора

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

а) одышки

б) примеси крови в моче

в) гипотонии

г) диффузионного кровотечения из операционной раны

д) цианоза

059. Ранним признаком острого тромбоза артерий является

а) боль

б) отек

в) похолодание конечности

г) мраморность кожных покровов

д) пощипывание, парестезии

060. Фильтрация аутокрови осуществляется через несколько слоев марли

а) 2 слоя

б) 3 слоя

в) 6 слоев

г) 8 слоев

д) 10 слоев

061. Фильтрацию аутокрови через 8 слоев марли нужно применять при наличии жировой пленки или капель жира

а) однократно

б) двукратно

в) трехкратно

г) четырехкратно

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

а) 10-15 ед.

б) 20-30 ед.

в) 31-40 ед.

г) 41-50 ед.

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

а) в пределах 15-20%

б) в пределах 30-35%

в) в пределах 35-40%

г) в пределах 40-45%

д) в пределах 45-50%

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

а) 10 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови

б) 20 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови

в) 30 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови

г) 40 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови

д) 50 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови

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

а) повышения артериального давления

б) сердечно-сосудистого коллапса

в) кровоточивости раны

г) почечно-печеночной недостаточности

д) полиорганной недостаточности

066. Показаниями к прямому переливанию крови являются

а) синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания

б) массивные кровотечения в акушерстве

в) отсутствие банка консервированной крови

г) отсутствие возможности проведения реинфузии

д) все перечисленное

067. Кальций, вводимый при массивных гемотрансфузиях с целью устранения гипокальциемии

а) оказывает токсическое действие на сердце

б) уменьшает цитратную интоксикацию

в) уменьшает содержание калия

г) токсическое действие более выражено при гиперкальциемии, чем при гипокальциемии

д) правильно б) и г)

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

а) 1 г кальция

б) 2 г кальция

в) 3 г кальция

г) 4 г кальция

д) 5 г кальция

069. Недостаточная реакция на введение 2 л лактасола свидетельствует о том, что

а) кровопотеря превышает 1 л

б) кровопотеря значительно меньше 1 л

в) требуется переливание донорской крови

г) не требуется переливания донорской крови

д) правильно а) и в)

070. Показаниями к переливанию плазмозаменителей являются

а) гиперволемия

б) нормоволемия

в) гиповолемия

г) уровень гематокрита 45-50%

д) высокий лейкоцитоз

071. Плазмозаменители вызывают все перечисленное, кроме

а) повышения гидростатического давления

б) повышения онкотического давления

в) перемещения внеклеточной жидкости в сосудистое русло

г) повышения транспортной функции

д) тромбоцитопении разведения

072. Низкомолекулярные декстраны

а) увеличивают опасность кровотечения

б) ухудшают микроциркуляцию

в) не увеличивают опасность кровотечения

г) улучшают микроциркуляцию

д) правильно в) и г)

073. Максимальная доза лактасола при внутривенном введении не должна превышать

а) 1-2 л

б) 2-4 л

в) 5-6 л

г) 7-8 л

д) максимальный объем не определен

074. Возрастные особенности регенерации костной ткани обусловлены

а) механизмом травмы

б) состоянием белковой матрицы кости

в) минерализацией кости

г) всем перечисленным

075. Регенерация костной ткани наиболее продолжительна

а) в раннем возрасте

б) в юности

в) в среднем возрасте

г) в старческом возрасте

076. В течении раневого процесса целесообразно различать периоды

а) сосудистых изменений и очищения раны от некротических тканей

б) образования и созревания грануляционной ткани

в) реорганизации рубца

г) эпителизации

д) верно все перечисленное

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

а) расширение просвета артериол, венул, капилляров

б) сужение просвета артериол, венул, капилляров

в) повышение проницаемости капилляров

г) стимуляцию фагоцитоза

д) укорочение времени кровотечения

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

а) сразу после разреза кожи

б) в наиболее травматический момент операции

в) перед зашиванием раны

г) при первой послеоперационной перевязке

д) верно б) и в)

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

а) золотистого стафилококка и стрептококка

б) протея и неклостридиальных анаэробов

в) протея и энтерококков

г) синегнойной палочкой

д) неклостридиальных анаэробов

080. Причинами возникновения гнойной инфекции травматических ран являются

а) "уличная" микрофлора

б) "госпитальная" микрофлора

в) эндогенная микрофлора

г) верно а) и в)

д) верно б) и в)

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

а) борную кислоту

б) муравьиную кислоту

в) перманганат калия

г) дегмициды

д) антисептики, содержащие соединения четвертичного аммония

082. В ранней фазе воспаления раневого процесса ведущую роль играют

а) макрофаги

б) тромбоциты и тучные клетки

в) нейтрофилы

г) фибробласты

д) верно а) и в)

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

а) макрофаги

б) тромбоциты и тучные клетки

в) нейтрофилы

г) фибробласты

д) верно в) и г)

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

а) местную ишемию, наличие некротизированных тканей, гематом

б) хронические заболевания (соматические)

в) инородные тела

г) терапию иммуносупрессорами

д) все перечисленное

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

а) герметичность дренируемой полости

б) введение дренажа через контрапертуру со стороны здоровых тканей

в) эвакуация содержимого гнойной полости через небольшой разрез с последующим его ушиванием

г) введение лекарственных препаратов в полость с определенной экспозицией

д) все перечисленное

086. Применение ферментов в комплексном лечении ран способствует всему перечисленному, исключая

а) агрегацию эритроцитов в зоне раны

б) повышение прочности послеоперационного рубца

в) сокращение фазы травматического воспаления

г) активизацию роста грануляционной ткани, синтеза кислых гликозаминогликанов, образование коллагеновых волокон

087. К средствам энзимотерапии относятся следующие вещества, применение которых целесообразно для лечения инфицированных ран, кроме

а) трипсина, химиотрипсина, химиопсина

б) эластолитина

в) протелина, гигролитина

г) прасилола

д) бализа

088. Ведущими симптомами раневого сепсиса являются

а) тяжелая интоксикация

б) гиповолемия, нарушение водно-электролитного баланса, ацидоз

в) ухудшение микроциркуляции

г) анемия, гипопротеинемия

д) все перечисленное

089. Заживление раны первичным натяжением обуславливается рядом условий, к которым относятся

а) небольшая зона повреждения и плотное соприкосновение краев раны

б) сохранение жизнеспособности краев раны

в) отсутствие очагов некроза и гематомы

г) асептичность раны (или уровень микробных тел ниже критического)

д) все перечисленное

090. Хирургическая обработка в фазе регенерации ставит перед хирургами следующие задачи

а) удаление нежизнеспособных и измененных тканей

б) снижение количества микробных тел в ране

в) вскрытие затеков

г) снижение интоксикации

д) все перечисленное

091. Сроки активного дренирования гнойной раны составляют

а) от 3 до 5 суток

б) от 6 до 10 суток

в) от 11 до 14 суток

г) сроки определяются отдельной конкретной ситуацией

д) верно б) и в)

092. К приемам введения дренажной трубки относятся

а) трубку располагают точно на дне гнойной полости

б) отводящий конец располагают в самом низком (в положении лежа) участке

в) используют трубки диаметром от 5 до 20 мм

г) вводят дренажи послойно при обширных ранениях

д) все перечисленное

093. При наличии местного гнойного очага генерализованная инфекция проходит фазы

а) гнойно-резорбтивную лихорадку

б) начальную стадию сепсиса

в) септицемию

г) септикопиемию

д) все перечисленное

094. Наиболее часто при сепсисе преобладают гнойные метастазы, локализующиеся

а) в мягких тканях и костях

б) в легких, сердце и почках

в) в печени и селезенке

г) верно а) и в)

д) верно а) и б)

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

а) антибактериальная терапия

б) снятие швов и промывание раны

в) повторная хирургическая обработка раны с наложением вторичных швов

г) правильно а) и б)

д) все правильно

096. Критический уровень содержания микробных тел на 1 г ткани раны при генерализованной инфекции составляет

а) 102

б) 103

в) 104

г) 105

д) 106

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

а) лимфаденит

б) флебит

в) тромбофлебит

г) артрит

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

а) раневого истощения

б) сепсиса

в) септицемии

г) пиемии

д) септикопиемии

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

а) молниеносной

б) острой

в) подострой

г) рецидивирующей

д) хронической

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

а) зловонного гнойного расплавления тканей с пузырьками газа

б) общей интоксикации, высокой температуры

в) ясного сознания, субфебрильной температуры

г) беспокойства

д) при разрезе в ране здоровые снабжаемые кровью мышцы

101. Тромбоэмболия легочной артерии после травмы обычно возникает через

а) 3-7 дней

б) 8-12 дней

в) 13-21 дней

г) 22-28 дней

д) 30-36 дней

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

а) 3-5 мл

б) 10-20 мл

в) 50-100 мл

г) 100-140 мл

д) 150-250 мл

103. Жировая эмболия обычно возникает после травмы через

а) 1 сутки

б) 2 суток

в) 3 суток

г) 6 суток

д) 12 суток

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

а) изменение окраски

б) отсутствие кровотечения

в) отсутствие эластичности

г) нарушение сократимости

д) запах, повышенную кровоточивость при ранении

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

а) жгут накладывается как можно ближе к ране, проксимальнее ее

б) жгут накладывается у корня конечности на мягкую подкладку

в) жгут накладывается и затягивается до исчезновения периферического пульса и прекращения кровотечения

г) жгут можно накладывать на одежду и на мягкую подкладку

д) к жгуту обязательно прикладывается бирка с указанием времени наложения в минутах

106. Правильное наложение кровоостанавливающего жгута характеризуется следующим условием

а) жгут наложен как можно туже на конечности

б) жгут наложен с силой, вызывающей онемение в дистальном отделе конечности

в) жгут наложен так туго, как только остановится кровотечение

г) жгут наложен так, что из раны слегка сочится кровь

д) жгут накладывается до передавливания мышц конечности

107. К понятию хирургической обработки раны относится

а) смазывание краев раны йодом, наложение повязки, введение внутримышечно антибиотиков

б) промывание раны, введение в мягкие ткани антибиотиков

в) удаление из раны инородных тел, обработка раны антисептиками, дренирование раны

г) рассечение и иссечение раны, удаление сгустков крови, дренирование раны, восстановительная операция

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

а) 12-18 ч

б) 24-48 ч

в) 49-72 ч

г) 73-96 ч

д) 97-120 ч

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

а) наличия точечной раны с венозным кровотечением

б) небольшой раны с ровными краями без кровотечения

в) наличия у пострадавшего более тяжелого повреждения, опасного для жизни (внутреннее кровотечение, разрыв внутреннего органа)

г) сильно загрязненной и размятой раны

д) состояния травматического шока III-IV степени

110. Вторичной хирургической обработкой раны называется

а) хирургическая обработка, сделанная позднее одной недели после повреждения

б) хирургическая обработка, сделанная при неудовлетворительном результате первичной хирургической обработки

в) наложение вторичных швов на рану после первичной хирургической обработки, сделанной 1-3 дня назад

г) пластическое закрытие кожного дефекта после хирургической обработки

д) обработка, сделанная впервые по прошествии одного месяца после травмы

111. Под вторичным заживлением раны не следует понимать заживление

а) вторичным натяжением

б) через нагноение

в) через грануляции

г) через отторжение погибших тканей

д) после вторичной хирургической обработки

112. Первично-отсроченным швом является

а) шов на рану, подвергшейся хирургической обработке через одну неделю после повреждения

б) шов, наложенный на рану, подвергнувшейся обработке через один месяц после повреждения

в) шов, накладываемый на рану в течение первых 5-6 дней после ранения на предварительно обработанную рану до появления грануляций

г) шов, наложенный на гранулирующую рану с подвижными нефиксированными краями, без наличия рубцов

д) шов, наложенный на гранулирующую рану с развитой рубцовой тканью после иссечения кожных краев и дна раны

113. Поздним вторичным швом называется шов, наложенный

а) в течение первой недели после первичной хирургической обработки до появления грануляций

б) на гранулирующую рану с подвижными краями без наличия рубцов

в) на гранулирующую рану с развитием рубцовой ткани после иссечения краев и дна раны

г) на раны через один месяц после травмы

д) на рану на 2-3 суток после первичной хирургической обработки

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

а) свободная кожная пластика расщепленным аутолоскутом

б) свободная кожная пластика полнослойным кожным аутолоскутом

в) аутопластика филатовским стеблем

г) пластика передвижным кожным аутолоскутом

д) замещение дефекта кожи лиофилизированным кожным аллотрансплантатом

115. Токсин возбудителя столбняка вызывает специфическое поражение

а) передних рогов спинного мозга

б) задних рогов спинного мозга

в) центральных и боковых отделов спинного мозга

г) правильно б) и в)

д) все ответы правильны

116. Споры столбнячной палочки при кипячении или сухом нагревании до 150 C погибают

а) через 10-20 мин

б) через 21-30 мин

в) через 31-40 мин

г) через 41-50 мин

д) более 60 мин

117. Инкубационный период при столбняке обычно равен

а) 1-2 дня

б) 3-5 дней

в) 7-14 дней

г) 10-21 день

д) 24-30 дней

118. Подострая форма столбняка характеризуется

а) медленным нарастанием симптомов

б) умеренным нарастанием симптомов

в) выздоровлением большинства больных в течение 20-30 дней

г) правильно а) и б)

д) всем перечисленным

119. Для хронической формы столбняка типично все перечисленное, кроме

а) медленного развития напряжения мышц

б) отсутствия клонических судорог

в) нормальной или субфебрильной температуры тела

г) летальный исход имеет место в 17-19% случаев

д) болезнь тянется несколько недель или месяцев

120. Местный столбняк проявляется

а) неприятными ощущениями и тянущей болью в области раны

б) подергиванием и повышение тонуса мышц в области раны

в) клоническими судорогами скелетных мышц

г) правильно а) и б)

д) всем перечисленным

121. В ранних фазах развития столбняка следует проводить дифференциальный диагноз

а) с менингитом

б) с отравлением стрихнином

в) с бешенством

г) правильно а) и б)

д) со всем перечисленным

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

а) противостолбнячную сыворотку внутримышечно и эндолюмбально

б) лидазу и кислород эндолюмбально

в) миорелаксанты внутривенно

г) противостолбнячный g-глобулин внутримышечно

д) нейроплегические препараты внутримышечно и внутривенно

123. При анаэробной газовой инфекции в патологический процесс вовлекаются

а) только мышцы

б) преимущественно подкожная жировая клетчатка и кожа

в) только соединительная ткань

г) все виды мягких тканей

д) верно а) и в)

124. Определяющими факторами возникновения инфекции являются все перечисленные, исключая

а) состояние реактивности организма больного

б) степень местных нарушений в ране

в) состояние кровообращения

г) массивное повреждение костей

д) наличие дефекта покровных тканей

125. Клостридии - возбудители анаэробной инфекции вырабатывают

а) экзотоксин

б) эндотоксин

в) экзотоксин и эндотоксин

г) не вырабатывает токсина

126. К клиническим проявлениям анаэробной инфекции относится все перечисленное, исключая

а) боль в ране

б) отек, газообразование

в) токсикоз

г) анестезию в области раны, гипертермию

д) субфебрилитет

127. Инкубационный период при анаэробной газовой инфекции составляет

а) от 1 до 12 ч

б) от 12 до 24 ч

в) от 24 до 48 ч

г) от 3 до 4 суток

д) свыше 5 суток

128. К оперативным вмешательствам при газовой анаэробной инфекции относятся все перечисленные, исключая

а) широкое рассечение пораженных тканей

б) иссечение пораженных тканей, в первую очередь мышц

в) ампутацию

г) пункционное дренирование раны

д) верно а) и в)

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

а) проксимальнее из дополнительного резерва

б) на протяжении, но в ране

в) в области культи

в) все перечисленное

д) правильно а) и б)

130. Перевязку сосудов при проксимальной ампутации по поводу газовой анаэробной инфекции следует делать

а) из дополнительного разреза проксимальнее

б) в ране, на протяжении

в) в области культи

г) все перечисленное

д) правильно б) и в)

131. Профилактической дозой антигангренозной сыворотки является

а) по 5 000 МЕ против каждого из трех возбудителей

б) по 10 000 МЕ против каждого из трех возбудителей

в) 10 000 МЕ против возбудителя "перфригенс"

г) 30 000 МЕ против всех возбудителей (поливакцина)

д) правильно б) и г)

132. Лечебной дозой антигангренозной сыворотки является

а) по 10 000 МЕ против каждого из возбудителей

б) по 15 000 МЕ против каждого из возбудителей

в) по 20 000 МЕ против каждого из возбудителей

г) по 50 000 МЕ против каждого из возбудителей

д) по 100 000 МЕ против каждого из возбудителей

133. Применение ГБО при газовой анаэробной инфекции способствует

а) действию антибиотиков

б) стимуляции фагоцитоза

в) оказанию антитоксического действия

г) оказанию общенормализующего действия

д) правильно а) и б)

134. К комплексу профилактических мероприятий при открытых повреждениях против газовой анаэробной инфекции относятся все перечисленные, кроме

а) противошоковых мероприятий

б) ранней первичной хирургической обработки (ПХО)

в) иммобилизации поврежденного сегмента

г) антибактериального лечения

д) обкалывания сегмента антибиотиками

135. При лечении столбняка противостолбнячная сыворотка вводится эндолюмбально в дозе

а) 25 000-30 000 АЕ

б) 35 000-45 000 АЕ

в) 50 000-100 000 АЕ

г) 120 000-150 000 АЕ

д) 160 000-200 000 АЕ

136. Бешенство характеризуется развитием патологических изменений головного мозга в виде

а) менингита

б) энцефалита

в) базального арахноидита лобных долей

г) вентрикулита III желудочка

д) отека мета- и гипоталамуса

137. Инкубационный период при бешенстве чаще длится

а) 5-6 дней

б) 2-3 недели

в) 1-3 месяца

г) 4-5 месяцев

д) более 5 месяцев

138. Стадия предвестников при бешенстве характеризуется следующими симптомами: 1) длительность стадии предвестников 1-3 дня, 2) появление неприятных ощущений в области укуса или ослюнения в виде жжения, тянущей боли, зуда, гипертензии кожи, 3) резкая сонливость, 4) повышенное слюноотделение, слуховые и зрительные галлюцинации, 5) беспричинная тревога, 6) гидрофобия, 7) депрессия

а) правильно 1, 2, 3, 4

б) правильно 2, 4, 5, 6

в) правильно 1, 2, 5, 7

г) правильно 3, 4, 6, 7

д) правильно 4, 5, 6, 7

139. Смерть больного бешенством наступает после появления параличей через

а) 5-7 ч

б) 12-20 ч

в) 24 ч

г) 48 ч

д) 96 ч

140. Общая длительность заболевания бешенством составляет

а) 3-7 дней

б) 8-10 дней

в) 12-14 дней

г) 21-28 дней

д) 30-40 дней

141. Дифференциальная диагностика бешенства проводится

а) с столбняком

б) с истерией

в) с поствакционным энцефалитом

г) с энцефаломиелитом

д) со всем перечисленным

142. Профилактика бешенствах при укусах животными заключается в осуществлении

а) промывания раны мыльной водой и раствором 3% H2O2

б) хирургической обработки раны с иссечением краев ее с наложением швов

в) антирабической прививки

г) правильно а) и в)

д) все перечисленное

143. Наиболее часто сдавление мягких тканей наблюдается

а) при автомобильных авариях

б) при падении с высоты

в) при землетрясении

г) при пожарах

д) при подводных работах на глубине

144. Сдавление мягких тканей конечности возникает в результате

а) удара тяжелым предметом

б) давления тяжести по всей конечности

в) длительного нахождения жгута на конечности (более 4 час. )

г) правильно б) и в)

д) все ответы правильны

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

а) кровотечения

б) интоксикации

в) плазмопотери

г) чрезмерного болевого раздражения

д) спазма артериальных сосудов почек

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

а) гиперкалиемия

б) плазмопотеря

в) выброс в кровяное русло катехоламинов

г) закупорка почечных петель миоглобином

д) резкое повышение осмолярности (до 400 мосмоль/л) крови

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

а) гиперфосфатемию

б) гиперкалиемию

в) гипернатриемию

г) гиперкальциемию

148. В клиническом течении сдавления мягких тканей выделены периоды, кроме

а) периода сдавления

б) промежуточного периода

в) периода почечных нарушений

г) периода ранних осложнений

д) периода поздних осложнений

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

а) в момент сдавления

б) сразу же после освобождения от сдавления

в) через несколько часов после освобождения от сдавления

г) через 2-3 суток после сдавления

д) все перечисленное неправильно

150. Для периода декомпенсации при сдавлении мягких тканей бедра характерно все перечисленное, кроме

а) гиперкалиемии

б) резкого снижения артериального давления

в) бледности кожных покровов

г) полиурии

д) шокоподобного состояния больного

151. Плазмопотеря после освобождения от сдавления нижней конечности обычно составляет

а) 0. 5% от веса тела пострадавшего

б) 1. 8% от веса тела пострадавшего

в) 3. 3% от веса тела пострадавшего

г) 15. 5% от веса тела пострадавшего

д) 20. 3% от веса тела пострадавшего

152. После освобождения конечности от сдавления больному рекомендовано осуществить инфузию растворов, исключая

а) хлористый калий 10% - 30

б) реополиглюкин 400

в) глюкозо-калиево-инсулиновая смесь 500

г) раствор глюкозы 5% - 500

д) раствор новокаина 0. 25% - 300

153. Клиническая картина сдавления мягких тканей находится в прямой зависимости

а) от возраста больного

б) от длительности сдавления

в) от атмосферных условий

г) от характера сдавливающего фактора

д) от пола больного

154. Тяжесть сдавления мягких тканей конечностей зависит от всего перечисленного, исключая

а) силу сдавления

б) площадь повреждения

в) длительность сдавления

г) температуру тела пострадавшего

д) локализацию (верхней или нижней конечности) , массу мышечной ткани

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

а) иммобилизацию конечности

б) наложение жгута на проксимальный конец конечности

в) новокаиновую блокаду конечности

г) новокаиновую паранефральную блокаду

д) введение обезболивающих и седативных средств

156. Лечение больных со сдавлением мягких тканей в первые сутки после освобождения конечности включает все перечисленное, кроме

а) инфузии кровозаменителей

б) гипотермии

в) новокаиновых блокад

г) введения сердечно-сосудистых средств

д) введения гепарина

157. При исследовании крови в первые 2 дня после освобождения конечности от сдавления обнаруживается все перечисленное, кроме

а) сгущения периферической крови

б) увеличения процента гемоглобина

в) лимфопении

г) увеличения количества остаточного азота

д) увеличения резервной щелочности крови

158. По своему течению сдавление мягких тканей подразделяется в зависимости от площади, силы и времени сдавления на все перечисленные формы, исключая

а) легкие

б) средние

в) тяжелые

г) очень тяжелые или разможжения

159. Для сдавления мягких тканей конечности характерно

а) раздавленные мышцы разволокнены и пропитаны кровью и отечной жидкостью

б) очаги некроза имеют вид полос или островков

в) магистральные сосуды не повреждены и не тромбированы

г) правильно а) и б)

д) все ответы правильны

160. Для сдавления мягких тканей характерны все перечисленные патологические изменения, исключая

а) застойную печень

б) полнокровие головного мозга

в) насыщение миоглобином мышц

г) точечные кровоизлияния плевры и отек легких

д) перерождение мышцы сердца

161. При сдавлении мягких тканей в почках имеют место следующие патологические изменения

а) выраженные изменения в дистальных извитых канальцах

б) выраженные изменения в восходящих петлях Генле

в) забитость кровяными цилиндрами из миоглобина канальцев

г) правильно б) и в)

д) все ответы правильны

162. Период ранних осложнений при сдавлении мягких тканей наступает в первые

а) 8-10 дней

б) 12-15 дней

в) 20-25 дней

г) 30-45 дней

д) 48-50 дней

163. В период поздних осложнений отмечается развитие всех нижеперечисленных патологических состояний, исключая

а) контрактуры

б) невриты

в) хроническую недостаточность почек

г) гангрену конечности

д) хроническую недостаточность печени

164. После освобождения конечности от сдавления больному рекомендовано осуществить инфузию всех перечисленных растворов, исключая

а) хлористый кальций 10% - 30

б) реополиглюкин 400

в) глюкозо-калиево-инсулиновую смесь 500

г) раствор глюкозы 5% - 500

д) раствор новокаина 0. 25% - 300

165. Возникновение торпидной фазы шока согласно нейрорефлекторной теории развития травматического шока обусловлено

а) возбуждением коры мозга

б) возбуждением подкорки - продолговатого мозга

в) торможением коры

г) торможением подкорки - продолговатого мозга

д) исчерпанностью приспособительных возможностей ретикулярной формации (сетчатой субстанции)

166. У молодого, ранее здорового человека, находящегося в состоянии травматического шока I степени, артериальное давление будет

а) 60/40 мм рт. ст.

б) 70/60 мм рт. ст.

в) 90/60 мм рт. ст.

г) 100/60 мм рт. ст.

д) 110/70 мм рт. ст.

167. К первичному травматическому шоку относят шок

а) впервые диагностируемый у пострадавшего

б) возникший вслед за травмой

в) возникший при механической травме

г) диагностируемый при первом осмотре

д) возникающий после первой помощи по поводу повреждения

168. К вторичному травматическому шоку относят шок

а) диагностируемый у пострадавшего, если в анамнезе у него ранее был шок

б) диагностируемый у пострадавшего при втором и последующих осмотрах

в) который возник у пострадавшего через некоторое время после того, как он был выведен из шока и транспортирован в лечебное учреждение

г) который возник у легкораненого при вторичном более тяжелом ранении

д) возникающий у пострадавшего с радиоактивным микстом, когда всосались в кровь радиоактивные вещества

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

а) 30 мин

б) 1 ч

в) 2 ч

г) 4 ч

д) 6 ч

170. Травматический шок при тяжелой черепно-мозговой травме возникает

а) часто

б) очень часто

в) всегда

г) редко

д) очень редко

171. При травматическом шоке наблюдаются все перечисленные нарушения функции органов и обмена веществ, исключая

а) уменьшение фильтрующей способности почек

б) увеличение проницаемости клеточных мембран

в) уменьшение синтеза белка

г) уменьшение дезинтоксикационной функции

д) улучшение работы калие-натриевого клеточного насоса

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

а) изменения показателей артериального давления

б) четких изменений центрального венозного и спинального давления

в) показателей пульса

г) частоты дыхания

д) изменения сознания

173. Вазоконстрикция при тяжелых формах травматического шока захватывает кровеносные системы внутренних органов

а) иннервируемых солнечным сплетением (печень, селезенка, кишечник, поджелудочная железа, мышечная система)

б) системы сердца

в) системы головного мозга

г) системы легких

д) системы верхних и нижних конечностей

174. Конечная фаза травматического шока сопровождается

а) расширением прекапиллярных сфинктеров при продолжающемся сужении посткапиллярных сфинктеров

б) подъемом гидростатического капиллярного давления с выходом жидкости из капилляров в интерстиций, склеиванием эритроцитов и тромбоцитов и образованием микротромбов

в) расстройством микроциркуляции

г) всем перечисленным

д) правильно а) и в)

175. Непосредственная причина угрозы жизни больного при травматическом шоке связана

а) с расстройством микроциркуляции в результате молочно-кислого диатеза

б) с артериальным кровотечением

в) с множественными переломами длинных трубчатых костей

г) с венозным кровотечением

д) правильно а) и г)

176. Механизм травматического шока при множественных и сочетанных повреждениях с массивной травмой мягких тканей связан со всем перечисленным, кроме

а) сердечно-сосудистой недостаточности

б) расстройства насосной функции сердца

в) абсолютным и относительным дефицитом объема циркулирующей крови

г) симпатоадренергической реакции

д) специфической вазомоции

177. Патологоанатомическая картина травматического шока представлена

а) полнокровием мышц

б) отеком головного мозга

в) спазмом сосудов селезенки и кишечника

г) правильно а) и в)

д) все ответы правильны

178. При травматическом шоке имеют место все перечисленные патоморфологические изменения, кроме

а) уменьшения объема циркулирующей крови

б) скопления крови в мезентериальных сосудах, селезенке и печени

в) скопления крови в капиллярах мышц

г) скопления лимфы в протоках мышц

д) повышения проницаемости мембран

179. Нарушения микроциркуляции при множественных и сочетанных повреждениях, осложненных шоком, характеризуются всем перечисленным, кроме

а) увеличения капиллярной перфузии и гемодилюцией

б) уменьшения капиллярной перфузии и вазодилюцией

в) локальных нарушений обмена веществ с метаболическим ацидозом, повышением свертываемости крови

г) агрегации клеток, выхода плазмы, стаза крови в капиллярах и образования тромбов в капиллярах

д) ДВС

180. Проявления специфической вазомоции и нарушения микроциркуляции при травматическом шоке в начальной фазе характеризуются всем перечисленным, кроме

а) пре- и посткапиллярной вазоконстрикции

б) уменьшения капиллярной перфузии

в) уменьшения капиллярного гидростатического давления

г) компенсаторного перехода жидкости из интерстиции в капилляры

д) правильно а) и б)

181. В клинической диагностике травматического шока ведущее значение имеют все приведенные факторы, кроме

а) анализа повреждения

б) характера травмы

в) возраста, пола, наличия предшествующих травм и заболеваний

г) времени года

д) клинических данных - артериального давления, показателей пульса, дыхания, диуреза

182. Лечение травматического шока следует проводить, используя в комплексе

а) трансфузию 0. 25% раствора новокаина

б) трансфузию кровезаменителей

в) новокаиновые блокады мест переломов

г) правильно б) и в)

д) все правильно

183. При лечении травматического шока применение гипотермии

а) не показано

б) показано наряду с другими методами лечения

в) показано в обязательном порядке

г) показано в определенных периодах шока

д) показано в конце лечения

184. При травматическом шоке IV степени полиглюкин и желатиноль

а) улучшают микроциркуляцию

б) не улучшают микроциркуляцию

в) ухудшают микроциркуляцию

г) влияния на сосудистую систему не оказывают

185. При травматическом шоке IV степени полиглюкин

а) улучшает микроциркуляцию

б) ухудшает микроциркуляцию

в) изменений микроциркуляции не возникает

г) улучшает реологические свойства крови, но вызывает небольшую агрегацию форменных элементов крови в венах конечностей

д) улучшает реологические свойства крови, ее текучесть, вызывает дезагрегацию форменных элементов крови, улучшает системы микроциркуляции и транскапиллярный обмен

186. Интенсивное переливание кровезаменителей при АД, равном 60 мм рт. ст. (критический уровень артериального давления) в количестве 500-1000 мл в первые 10-15 мин позволяет

а) восполнить объем циркулирующей жидкости

б) уменьшить дефицит ОЦК

в) восполнить объем циркулирующей плазмы

г) восполнить глобулярный остаток

д) устранить интоксикацию

187. Пострадавшему, находящемуся в состоянии травматического шока III-IV степени, переливание крови и ее препаратов

а) не показано

б) абсолютно показано

в) показано относительно

г) можно обойтись трансфузией кровезаменителей

д) зависит от случая

188. Внутриартериальное нагнетание крови и ее заменителей имеет абсолютные показания при лечении

а) травматического шока I-II степени

б) травматического шока III степени

в) травматического шока IV степени

г) коллапса во время оперативного пособия

д) правильно б) и в)

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

а) сразу же после нормализации артериального давления и пульса

б) после нормализации диуреза

в) через 12 ч стабилизации гемодинамики

г) через несколько суток

190. При травматическом шоке I-III степени введенные 400-600 мл полиглюкина или желатиноля

а) улучшают микроциркуляцию

б) не улучшают микроциркуляцию

в) ухудшают состояние микроциркуляции

г) изменений сосудистой системы не вызывают

д) вызывают спазм кровеносных сосудов желудка и кишечника

191. Трансфузия крови в условиях травматического шока тяжелой степени

а) повышает артериальное давление в системе макроциркуляции

б) уменьшает гемоконцентрацию

в) ухудшает микроциркуляцию и транскапиллярный обмен

г) улучшает транскапиллярный обмен и микроциркуляцию

д) правильно а) и в)

192. К осложнениям при переливании крови больным, находящимся в условиях травматического шока тяжелых степеней, относится

а) риск сенсибилизации

б) риск заражения СПИДом

в) гипокальциемия

г) иммунобиологический конфликт

д) все перечисленное

193. Принципы возмещения кровопотери при травматическом шоке основаны на

а) знании реакции больного на кровопотерю и правильной оценке его состояния

б) умении определить кровопотерю (ее объем)

в) умении восполнить объем циркулирующей крови и объем плазмы

г) знании кислородтранспортной функции крови

д) всем перечисленном

194. С целью корректировки кислотно-щелочного состояния следует переливать 4% раствор бикарбоната натрия на каждые 500 мл крови в количестве

а) 50 мл

б) 100 мл

в) 150 мл

г) 200 мл

д) 300 мл

195. В условиях замедленного кровотока кристаллоидные растворы

а) обеспечивают приток жидкости в сосудистое русло, увеличивают гидростатическое давление, увеличивают текучесть крови, улучшают ее реологию, микроциркуляцию, обладают противоцидотическим действием

б) нарушают работу калий-натриевого насоса, способствуют переходу солей из сосудистого русла в окружающие ткани, создают местную гидремию тканей, вызывают нарушения в системе микроциркуляции, ухудшают возврат крови к сердцу

в) способствуют ацидозу, улучшая текучесть крови

г) вызывают агрегацию форменных элементов крови, стаз крови в капиллярах

д) способствуют развитию молочно-кислого диатеза и диссеминированного внутрисосудистого свертывания

196. 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

197. 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

198. Предварительное переливание полиглюкина в объеме 1-2 л в машине "скорой помощи"

а) затрудняет определение групповой принадлежности крови

б) улучшает определение групповой принадлежности крови

в) существенного значения для определения групповой принадлежности крови не имеет

г) у больных с большой кровопотерей значительно облегчает определение группы крови

д) затрудняет определение только А(II) группы крови

199. 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. )

200. Для оценки состояния пострадавшего и прогнозирования течения травмы у старых больных и детей рекомендуется

а) провести общеклиническое обследование органов и систем организма

б) определить резервные силы, компенсаторные и адаптационные возможности

в) определить степень инволютивных процессов старения

г) определить артериальное давление, пульс, частоту дыхания

д) все перечисленное

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

а) остеопороз

б) остеолиз

в) остеоартроз, разволокнение, изъязвление хрящей суставов

г) деформирующий артроз, утолщение, появление костных разрастаний

д) декальцинацию, уменьшение содержания кальция в костях

202. 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

203. 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

204. 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

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

а) вколоченного перелома шейки бедра

б) субкапитального перелома шейки бедра

в) несросшегося перелома (ложный сустав) шейки бедра

г) асептического некроза головки и шейки бедра

д) нарушения кровоснабжения головки бедра

206. 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

207. 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) целесообразен остеосинтез

208. 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

209. Под термином "ампутация конечности" подразумевается

а) отнятие конечности на протяжении той или иной кости (костей)

б) отнятие конечности на любом участке пораженного сегмента

в) отнятие конечности между суставами

г) отнятие конечности на уровне суставов

д) правильно а) и в)

210. Операция отсечения конечности на уровне сустава называется

а) ампутацией

б) экзартикуляцией

в) первичной хирургической обработкой

г) костнопластической операцией

д) фасциопластической операцией

211. Первичная ампутация выполняется

а) в порядке оказания неотложной хирургической помощи

б) при полном разможжении конечности

в) при полном отрыве и разможжении конечности

г) все ответы правильны

д) правильно б) и в)

212. Показаниями к первичной ампутации является все перечисленное, за исключением

а) отрывов конечностей

б) глубоких обширных циркулярных термических ожогов конечностей

в) обширных дефектов кожи и подкожной жировой клетчатки

г) переломов (открытые, закрытые) , осложненных термическими ожогами на фоне лучевой болезни

д) сдавления мягких тканей конечности + отморожение + лучевая болезнь

213. Потеря жизнеспособности конечности при повреждении магистрального сосуда без оказания квалифицированной помощи возникает в сроки

а) 1-3 ч

б) 2-3 ч

в) 4-5 ч

г) 6-7 ч

д) 6-8 ч

214. При огнестрельных ранениях коленного сустава с развитием гнойного поражения больному показано все перечисленное, кроме

а) консервативного лечения

б) ампутации конечности при развитии эмпиемы сустава с обширным разрушением и расплавлением костей

в) ампутации при тромбозе бедренной артерии

г) резекции, костнопластической операции, наложения аппарата наружной фиксации

д) артротомии, постоянного дренирования и длительного промывания сустава, наложения мостовидной повязки при отсутствии поражения костей

215. Демаркационная зона при отморожениях характеризуется тем, что она

а) имеет полное совпадение уровней некроза кожи и глубже лежащих мягких тканей

б) не имеет полного совпадения уровней некроза и глубже лежащих тканей

в) кожа поражается значительно проксимальнее, а мягкие ткани подвергаются некрозу меньше

г) некроз мягких тканей, расположенных под кожей, распространяется далеко в проксимальном направлении, а некроз кожи сохраняется значительно дистальнее

216. 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)

217. 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

218. 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

219. 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

220. 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

221. 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

222. 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)

223. 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

224. 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) культи после костнопластической операции по Пирогову в нижней трети голени

225. 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

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

а) в определении нарушения магистрального кровотока

б) в определении тромбоза магистрального сосуда

в) во внутрикостном (внутривенном) введении новокаина, снятии жгута и по яркой гиперемии кожи в течение 5 минут устанавливается полноценность артериального магистрального кровотока, системы микроциркуляции и уровня ампутации

г) во внутривенном введении сосудорасширяющих препаратов

227. Оптимальным вариантом кожной пластики при реконструктивных операциях на культях конечностей являются

а) свободно пересаженные трансплантаты

б) пластика филатовским стеблем

в) пластика расщепленным кожным лоскутом

г) местная пластика

д) пластика кожно-клетчатыми лоскутами, перемещенными с отдаленных участков культи с вышележащего сегмента на сосудистой ножке (методика ЦНИИППа)

228. В стационарах протезно-ортопедических предприятиях больным изготавливают

а) постоянные протезы

б) временные протезы

в) лечебно-тренировочные протезы

г) правильно а) и б)

д) правильно б) и в)

229. Экспресс-протезирование включает

а) создание первичного протеза

б) изготовление лечебно-тренировочного протеза на операционном столе после ампутации

в) создание временного протеза

г) создание постоянного протеза

**6. ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ В ТРАВМАТОЛОГИИ**

001. Наиболее отчетливо повреждения головного мозга, согласно теория кавитации, возникают при ударе

а) в висок

б) в область лба

в) в область затылка

г) в область темени

д) в область нижней челюсти

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

а) ушибы полюсов и оснований лобных долей

б) ушибы полюсов и оснований височных долей

в) ушибы конвекситальной поверхности лобных долей

г) ушибы основания затылочной доли

д) перелом крыльев основной кости

003. Основными клинически формами повреждения головного мозга являются: 1) сотрясение головного мозга, 2) сдавление головного мозга, 3) субарахноидальное кровоизлияние, 4) внутричерепная гематома, 5) ушиб головного мозга, 6) отек головного мозга, 7) проляпс головного мозга, 8) дислокация головного мозга

а) правильно 1, 3, 8

б) правильно 1, 3, 6 и 7

в) правильно 1, 2, 5

г) правильно 1, 4, 5 и 6

д) правильно 1, 2, 3 и 6

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

а) гидропса

б) внутричерепной гематомы

в) субарахноидального кровоизлияния

г) вдавленного перелома костей черепа

д) субдуральной гидромы

005. Синдром гипертензии при ушибах головного мозга средней тяжести можно констатировать по показателям давления спинно-мозговой жидкости, равного

а) 100-120 мм вод. ст.

б) 130-140 мм вод. ст.

в) 180-210 мм вод. ст.

г) 220-240 мм вод. ст.

д) 260-320 мм вод. ст.

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

а) бледности кожных покровов с небольшой синюшностью слизистых

б) головных болей распирающего характера

в) уменьшения головной боли при опускании головы

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

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

007. Синдром субарахноидального кровоизлияния проявляется всеми перечисленными симптомами, исключая

а) головная боль как "обручем стягивает" голову

б) головная боль, заметно усиливающаяся при движении глазных яблок

в) положительный симптом Брудзинского

г) возможно проявление делириозного состояния

д) гемипарез

008. Согласно классификации переломов костей свода черепа выделяют следующие основные формы, исключая

а) импрессионный перелом

б) компрессионный перелом

в) депрессионный перелом

г) перелом сагитального и фронтального швов

д) оскольчатый перелом

009. При неполном переломе костей свода черепа имеет место

а) перелом только наружной пластинки

б) перелом только внутренней пластинки

в) расхождение по сагитальному шву или коронарному шву

г) перелом основания черепа, но без разрыва твердой мозговой оболочки

д) правильно а) и б)

010. Среди линейных переломов костей свода черепа выделяют все перечисленные, кроме

а) полного перелома

б) неполного перелома

в) вдавленного перелома

г) перелома с переходом на основание черепа

д) перелома без перехода на основание черепа

011. Вдавленные переломы костей свода черепа включают все перечисленные переломы, исключая

а) импрессионный перелом

б) депрессионный перелом

в) черепитчатый перелом

г) компрессионный перелом

д) штыкообразный перелом

012. Для оскольчатых переломов костей свода черепа характерно

а) вдавление в полость черепа с повреждением твердой мозговой оболочки

б) разделение костных фрагментов пересекающимися трещинами

в) радиарное расхождение трещин от центра перелома

г) наложение одного костного фрагмента на другой

013. При переломах лицевого черепа на фоне большого отека мягких тканей довольно часто остается не выявленным

а) кровотечение из решетчатой кости

б) ликворея

в) перелом скуловой кости

г) перелом верхней челюсти

д) повреждение глазного яблока

014. По топографии и клинической картине разделяют следующие переломы пирамиды височной кости, за исключением

а) диагонального

б) продольного

в) косого

г) перелома основания

д) отрыва верхушки

015. Рентгенологическая классификация огнестрельных переломов черепа выделяет все перечисленные, кроме

а) неполного перелома

б) линейного перелома

в) вдавленного перелома

г) парабазального перелома

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

а) сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга, сдавление головного мозга

б) переломы свода и основания черепа

в) открытые и закрытые повреждения головного мозга и черепа

г) повреждение желудочков головного мозга

д) повреждение твердой мозговой оболочки

017. Черепно-лицевая травма выделена в особую форму черепно-мозговой травмы в связи с присущей ей комплексом симптомов и патологических состояний, исключая

а) травматический шок

б) ликворею

в) перелом верхней челюсти

г) выраженную мозговую гипертензию на фоне субарахноидального кровотечения

д) кровотечение

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

а) слепого ранения

б) сквозного ранения

в) тангенциального ранения

г) проникающего ранения больших полушарий

д) диагонального ранения

019. Эпидуральная гематома возникает в основном в результате кровотечения

а) из поврежденных сосудов коры головного мозга

б) из поврежденных костей свода черепа

в) из вены Галена

г) из ветвей средней оболочечной артерии

д) ветвей передней мозговой артерии

020. При внутримозговой гематоме, если отсутствует выраженный ушиб головного мозга, в клинической картине патологического процесса имеют место все перечисленные симптомы, кроме

а) светлого промежутка

б) контрлатерального пареза или плегии

в) отчетливой анизокарии с паралитическим мидриазом

г) нарастающей мозговой гипертензии

д) пирамидной симптоматики на гомолатеральной стороне

021. При множественной форме внутричерепной гематомы в одном полушарии наиболее часто сочетаются

а) эпидуральная гематома с субдуральной

б) эпидуральная гематома с внутримозговой

в) субдуральная гематома с внутримозговой

г) субдуральная гематома с внутрижелудочковой

д) эпидуральная гематома с внутрижелудочковой

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

а) тяжелое коматозное состояние пострадавшего

б) отсутствие данных люмбальной пункции

в) состояние алкогольного опьянения

г) отсутствие патогномоничных симптомов для большинства тяжелых повреждений головного мозга

д) сочетание повреждений головного мозга с повреждениями внутренних органов и опорно-двигательного аппарата

023. Основными признаками перелома костей черепа на рентгенограмме являются все перечисленные, кроме

а) прозрачности

б) симптома раздвоения

в) прямолинейности

г) уплотнения тени

д) узости просвета

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

а) сотрясение головного мозга

б) ушиб головного мозга

в) гидроцефалию

г) субарахноидальное кровоизлияние

д) наличие внутричерепной гематомы

025. Больному с тяжелой черепно-мозговой травмой произведена каротидная ангиография с выявлением перемещения и деформацией "сифона", значительного увеличения расстояния между средней мозговой и перекалезной артериями. Это позволяет поставить диагноз

а) эпидуральной гематомы височно-теменной области

б) внутримозговой гематомы лобной доли

в) внутримозговой гематомы височной доли

г) субдуральной гематомы лобно-височной области

д) эпидуральной гематомы височно-теменной области

026. Люмбальная пункция дает возможность точно подтвердить диагноз только

а) сотрясения головного мозга

б) эпидуральной гематомы

в) субдуральной гематомы

г) внутримозговой гематомы

д) субарахноидального кровоизлияния

027. Для выявления скрытой ликвореи наиболее ценное значение в практике определения сочетанной травмы имеет

а) контактная рентгенография основания черепа

б) компьютерная томография

в) исследование с радиоактивным 32P и 99Tc

г) пневмография

д) введение красящих веществ в спинно-мозговой канал

028. Показаниями к наложению поисковых фрезевых отверстий у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой являются все перечисленные, кроме

а) невозможности инструментальными и рентгенографическими методами определить сторону травматического очага

б) смещения Ме-Эхо при ЭхоЭГ-исследованиями более, чем на 5 мм

в) резкого снижения артериального давления (до АД 80/40 мм рт. ст. ) при отсутствии четких указаний на сторону локализации очага

г) выраженного синдрома мозговой гипертензии без очаговой симптоматики

029. Лечение больных с черепно-мозговой травмой вне зависимости от вида и характера повреждения головного мозга и черепа в обязательном порядке должно включать

а) дегидратацию осмотическими диуретиками

б) дегидратацию салуретиками

в) люмбальную пункцию

г) нейротропные препараты

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

а) восстановить дыхание, проходимость верхних дыхательных путей, сделать интубацию трахеи

б) при необходимости произвести трахеостомию

в) сделать венопункцию и осуществить инфузию кровозаменителей

г) осуществить непрямой массаж сердца

д) сделать новокаиновую блокаду перелома костей конечности

031. Транспортировка пострадавших с открытым повреждением области сагитального синуса осуществляется

а) в лежачем положении на спине

б) в лежачем положении на боку с приподнятой головой

в) в полусидячем положении

г) в положении на животе

д) в положении на спине с приподнятой головой

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

а) маннитол

б) мочевина

в) фуросемид

г) раствор А. Лабори

д) раствор 10% глюкозы

033. К хирургическим методам лечения больных с черепно-мозговой травмой относятся все перечисленные, кроме

а) трепанации черепа

б) пневмографии

в) тенториотомии

г) дренирования желудочков

д) фальксотомии

034. При декомпрессивной трепанации черепа твердая мозговая оболочка должна быть рассечена

а) дугообразно

б) подковообразно

в) крестообразно

г) X-образным разрезом

д) T-образным разрезом

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

а) крайне тяжелого состояния больного

б) субдуральной гематомы объемом 60 мл

в) выраженного отека головного мозга

г) ушиба-размозжения головного мозга

д) субдуральной гидромы, после удаления которой возникает необходимость дренирования субдурального пространства

036. К внутренней декомпрессии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой следует отнести все перечисленные методы, кроме

а) тенториотомии с одной стороны

б) тенториотомии с двух сторон

в) фальксотомии с перевязкой сагитального синуса

г) декомпрессивной трепанации в теменно-височной области с образованием дефекта костей свода черепа более 7¦7см

д) дренирования боковых желудочков

037. Больному с открытым переломом костей свода черепа и повреждением сагитального синуса при отсутствии признаков сдавления головного мозга и небольшим венозным кровотечением в качестве срочных лечебных мероприятий необходимо осуществить

а) возмещение кровопотери

б) инфузию кровозаменителей с целью повышения артериального давления

в) удаление внедрившихся в полость черепа отломков

г) наложение на рану головы умеренно давящей повязки

д) введение лекарственных препаратов, повышающих ударный и минутный объем сердца

038. У пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой (ушиб головного мозга) наиболее неблагоприятным сочетанием является

а) перелом II и III ребер с гемопневмотораксом

б) закрытый поперечный перелом диафиза плечевой кости в средней трети со смещением отломков

в) закрытый косой перелом обеих костей голени в верхней трети со смещением отломков

г) перелом костей таза с нарушением переднего полукольца

д) закрытый перелом наружной и внутренней лодыжек голеностопного сустава с разрывом синдесмоза и подвывихом стопы кнаружи

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

а) наложение аппарата Илизарова

б) остеосинтез бедренной кости пластинкой

в) фиксацию конечности кокситной гипсовой повязкой

г) наложение модуля аппарата Илизарова

д) остеосинтез бедренной кости штифтом

040. Остеосинтез бедренной кости больному с ушибом головного мозга средней тяжести наиболее благоприятно произвести после травмы в первые

а) 3-6 ч

б) 12-24 ч

в) 48-72 ч

г) 4-6 суток

д) 7-10 суток

041. Наиболее частые диагностические ошибки при травме черепа возникают при выявлении

а) острой субдуральной гематомы

б) острой эпидуральной гематомы

в) подострой субдуральной гематомы

г) внутримозговой гематомы

д) подострой эпидуральной гематомы

042. Во время люмбальной пункции после удаления 5 мл кровянистого ликвора у больного наступила внезапно остановка дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Это произошло вследствие того, что врач, производивший пункцию, не учел в первую очередь

а) повышение артериального давления до 200/100 мм рт. ст.

б) PaCO2 40 мм рт. ст.

в) ЭхоЭГ-исследование - М=68 мм, М=76 мм, трансм. =72 мм

г) перелом верхней челюсти фор. III степени

д) перелом основания черепа в области передней и средней черепной ямки

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

а) менингита

б) гидроцефалии

в) арахноидита

г) гипертензионного синдрома

д) кисты головного мозга

044. Среди отдаленных исходов тяжелой черепно-мозговой травмы выделяют все перечисленные психопатологические синдромы, кроме

а) астенического синдрома

б) синдрома мозжечкового намета и приступов судорожных припадков

в) явлений деменции

г) энцефалопатического синдрома

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

а) I группу инвалидности

б) II группу инвалидности

в) III группу инвалидности

г) трудоустраиваются (ВТЭК через 1 год) , а далее повторно освидетельствуются

046. В зависимости от вида и характера травматического изменения спинного мозга выделяют все перечисленные формы, кроме

а) сотрясения спинного мозга

б) ушиба спинного мозга

в) ротационного перекрута спинного мозга

г) сдавления спинного мозга

д) перерыва спинного мозга и кровоизлияния в спинной мозг (гематомиэлии)

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

а) сбора анамнеза

б) исследования двигательных функций конечностей

в) измерения температуры отдельных частей тела

г) исследования нарушений чувствительности конечностей

д) исследования проходимости подпаутинного пространства (спинальная пункция)

048. При постановке диагноза повреждения спинного мозга большое значение имеют перечисленные клинические данные, исключая

а) нарушения движения в конечностях

б) высокое спинно-мозговое давление

в) нарушение кожной чувствительности на конечностях и туловище

г) нарушение работы тазовых органов

д) мышечные, сухожильные и кожные рефлекторные расстройства

049. При повреждении спинного мозга на уровне шеи, возникающего в результате вывиха одного из позвонков, обычно не применяются

а) ляминэктомия

б) корпоротомия с последующим пластическим замещением тела позвонка трансплантатом

в) одномоментное вправление вывиха позвонка

г) пневмомиелорасправление деформации спинного мозга введением кислорода в подпаутинное пространство

д) постепенное вправление вывихнутого позвонка скелетным вытяжением за череп

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

а) трахеостомии

б) восстановления гемодинамики

в) интубации трахеи и перевода пострадавшего на искусственную вентиляцию легких

г) ляминэктомии с ревизией спинного мозга

д) фиксации шейного отдела позвоночника

051. Пострадавшего с тяжелым повреждением спинного мозга в грудном и поясничном отделах позвоночника при наличии только мягких носилок следует транспортировать

а) на спине

б) на левом боку

в) на правом боку

г) в полусидячем положении с подушкой в области поясницы

д) на животе

052. Консервативное лечение повреждений спинного мозга состоит из всех перечисленных мероприятий, исключая

а) гемостатическую терапию

б) дегидратацию: устранение отека тканей

в) восполнение объема циркулирующей крови

г) устранение сдавления спинного мозга реклинацией или вправлением вывихнутого позвонка

д) восстановление работы легких, почек, тазовых органов, печени

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

а) травматического шока

б) продолжающегося внутреннего кровотечения, повреждения внутренних органов или головного мозга

в) сепсиса, уросепсиса, гнойных осложнений со стороны мочевыводящих путей

г) клинических признаков сдавления спинного мозга

д) повреждения верхних сегментов шейного отдела с бульбарным симптомокомплексом

054. При ляминэктомии в связи с повреждением спинного мозга выполняются все перечисленные способы операции, исключая

а) резекцию остистых отростков и дужек позвоночного столба с обнажением места повреждения спинного мозга

б) удаление сгустков крови, осколков кости

в) вправление вывиха или подвывиха позвонка

г) сшивание разорванных нейронов

д) пластическое восстановление удаленных структур

055. При сочетанных повреждениях спинного мозга и печени (ранение печени) хирургическая тактика предусматривает

а) первоначальное лечение поврежденного спинного мозга

б) первоначальное лечение поврежденной печени

в) одновременное лечение поврежденного спинного мозга и печени

г) выжидание и при улучшении состояния пострадавшего - оперативное вмешательство на том органе, клиника которого превалирует

д) оперативное лечение производиться не будет, лечить следует только консервативно из-за опасности возникновения тяжелого шока

056. При установлении показаний к оперативному лечению повреждений спинного мозга во избежание ошибок следует учитывать все перечисленные обстоятельства, кроме

а) состояния позвонков, позвоночного канала и связочного аппарата позвоночника

б) состояния спинного мозга (сотрясение, сдавление, размозжение)

в) общего состояния пострадавшего (шок, нарушение дыхания, сепсис, повреждение других органов)

г) состояния ликворного пространства (проверка на проходимость)

д) степени парезов и параличей конечностей

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

а) возможно

б) невозможно

в) возможно лишь частично

г) возможно, но через много лет

д) потребует смены специальности

058. Повреждения периферических нервов составляют от всех видов травм

а) до 2%

б) до 4%

в) до 6%

г) до 8%

д) до 10%

059. Повреждение периферических нервов возможно всеми перечисленными механизмами, кроме

а) прямого удара

б) скручивания

в) сдавления

г) тракции

д) огнестрельного повреждения

060. При прямом ударе возможны все перечисленные повреждения периферических нервов, кроме

а) ушиба нерва

б) сотрясения нерва

в) сдавления нерва

г) отрыва нерва на уровне корешков спинного мозга

д) разрыва нерва

061. Для диагностики повреждений периферических нервов в ранние сроки большое значение имеют все перечисленные данные, кроме

а) анамнеза

б) расположения раны

в) нарушения чувствительности

г) сухожильных и периостальных рефлексов

д) двигательных расстройств

062. При повреждениях периферического нерва двигательные расстройства проявляются

а) гипертонусом мышц выше уровня ранения

б) вялым параличом ниже уровня ранения

в) судорожным сокращением мышц ниже уровня ранения

г) усилением сухожильных и периостальных рефлексов ниже уровня ранения

д) перемежающимся гипер- и гипотонусом мышц ниже уровня ранения

063. При повреждении периферического нерва возможны все перечисленные нарушения чувствительности, кроме

а) анестезии

б) гиперстезии

в) апраксии

г) гиперпатии

д) парестезии

064. При повреждении плечевого сплетения выделяют все перечисленные формы или типы, за исключением

а) верхней

б) средней

в) нижней

г) паралича типа Дюшена - Эрба

д) паралича типа Клюмпке - Дежерина

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

а) пучков C3-C4

б) пучков C5-C6

в) пучков C7-C8

г) пучков C8-T

066. При параличе плечевого сплетения типа Дюшена - Эрба клиническая картина складывается из всех следующих симптомов, кроме

а) выпадения функции подкрыльцового нерва

б) выпадения функции кожно-мышечного нерва

в) невозможности активного поднимания и отведения плеча

г) нарушения проводимости локтевого нерва

д) нарушения чувствительности на наружной поверхности плеча и предплечья

067. Для паралича плечевого сплетения типа Клюмпке - Дежерина характерны все перечисленные симптомы, кроме

а) поражения срединного нерва

б) синдрома Горнера

в) поражения локтевого нерва

г) паралича разгибателей предплечья

д) нарушения чувствительности на внутренней поверхности плеча и предплечья

068. Средний тип повреждения плечевого сплетения возникает в результате повреждения

а) C4 корешка

б) C5 корешка

в) C4 и C5 корешка

г) C7 корешка

д) C8 и T1 корешка

069. При поражении подкрыльцового нерва имеет место все перечисленное, исключая

а) атрофию дельтовидной мышцы

б) атрофию надостной мышцы

в) невозможность поднятия плеча во фронтальной плоскости до 90

г) нарушения чувствительности кожи наружной поверхности плеча

д) паралич малой круглой мышцы

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

а) трехглавой мышцы плеча

б) анконеуса

в) лучевых разгибателей кисти

г) плечевой мышцы

д) локтевого разгибателя кисти

071. При поражении лучевого нерва на уровне верхней трети плеча выпадают функции и возникают расстройства чувствительности, исключая

а) функцию всех разгибателей плеча

б) функцию всех разгибателей кисти

в) нарушение чувствительности дорзальной поверхности предплечья

г) нарушение чувствительности на ладонной поверхности лучезапястного сустава

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

а) круглого пронатора

б) длинного сгибателя первого пальца

в) глубокого сгибателя пальцев

г) мышцы большого возвышения

д) червеобразных мышц

073. Двигательная функция локтевого нерва состоит в выполнении всех перечисленных действий, исключая

а) ладонное сгибание кисти

б) сгибание IV-V пальцев

в) приведение большого пальца

г) приведение и разведение пальцев

д) сгибание срединных фаланг II и III пальцев

074. При поражении локтевого нерва кисть принимает вид

а) "обезьяньей" кисти

б) "когтеобразной" кисти

в) "свисающей" кисти

г) "акушерской" кисти

075. Повреждение всех стволов плечевого сплетения происходит

а) при нанесении резаной раны

б) при тракции (тракционном механизме)

в) при нанесении колотой раны

г) при сдавлении конечности

д) при огнестрельном ранении

076. Клиническая картина поражения всего плечевого сплетения включает все перечисленные симптомы, кроме

а) вялого паралича руки

б) отсутствия сухожильных рефлексов

в) меняющегося тонуса мышц плеча

г) выпадения суставно-мышечного сустава до лучезапястного сустава включительно

д) симптома Горнера

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

а) атрофии четырехглавой мышцы бедра

б) утраты коленного рефлекса

в) утраты чувствительности на внутренней поверхности бедра

г) нарушения чувствительности на передне-внутренней поверхности голени

д) невозможности сгибания голени

078. Поражение запирательного нерва сопровождается всеми приведенными нарушениями двигательного и чувствительного характера, кроме

а) значительного затруднения приведения ноги

б) невозможности положить одну ногу на другую

в) затруднения поворота ноги кнаружи

г) невозможности сгибания бедра и приподнимания туловища в лежачем положении

д) чувствительных расстройств, возникающих на внутренней поверхности бедра

079. При поражении седалищного нерва выше ягодичной складки имеют место все перечисленные симптомы, исключая

а) невозможность сгибания голени

б) нарушения чувствительности на наручно-задней поверхности голени

в) нарушения чувствительности на тыльной и подвздошной поверхности стопы

г) положительный симптом Вассермана

д) утрату рефлекса ахиллова сухожилия

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

а) нарушения чувствительности наружной поверхности голени

б) нарушения чувствительности задне-внутренней поверхности голени

в) невозможности поворачивания стопы кнутри

г) невозможности сгибания пальцев стопы

д) атрофии задней группы мышц голени

081. При поражении малоберцового нерва наблюдается все перечисленное, кроме

а) нарушения разгибания пальцев стопы

б) невозможности повернуть стопу кнаружи

в) невозможности стоять и ходить на пятках

г) нарушения суставно-мышечного чувства в пальцах стопы

д) нарушения чувствительности на тыле стопы в промежутке первого и второго пальцев

082. Больной 20 лет получил сквозное пулевое ранение мягких тканей левой голени и бедра. Входное отверстие в верхней трети задней поверхности голени; выходное отверстие в верхней трети бугра на передней поверхности, ниже пупартовой связки на 3 см. Выявлено: невозможность активного разгибания голени и сгибания стопы, утрата рефлекса ахиллова сухожилия, анестезия передне-внутренней и задне-внутренней поверхности голени, а также отсутствие чувствительности на внутренней поверхности подошвы с третьего пальца. Указанная клиническая картина связана с повреждением

а) запирательного и бедренного нервов

б) бедренного и большеберцового нервов

в) седалищного нерва

г) большеберцового и малоберцового нервов

д) бедренного и малобедренного нервов

083. При ранении режущим предметом наиболее часто сочетанное повреждение нерва и кровеносного сосуда имеет место в области

а) плеча

б) предплечья

в) бедра

г) голени

д) голеностопного сустав

084. Гиперпатические ощущения и боли, являясь одним из осложнений повреждений периферических нервов, имеют клиническую картину, состоящую из всех перечисленных симптомов, кроме

а) парестезии и небольших болей в области конечных разветвлений нервов

б) часто возникающих сильных болей сжимающего характера в соседних поврежденному нерву областях

в) болевой синдром снимается или заметно уменьшается при местном применении тепла

г) анестезии и гипестезии ствола пораженного нерва

д) боль при гиперпатии строго сопровождается в зоне топографии нерва (новокаиновая блокада узлов пограничного симпатического ствола снимает боль)

085. Наиболее типичными признаками каузалгии являются все перечисленные, кроме

а) мучительных, жгучих, стреляющих болей

б) постепенно распространяющейся боли на всю пораженную конечность, затем на здоровую и на другие участки тела

в) как правило, вызываемых приступообразных усилений болей до нестерпимой степени в области пораженной конечности, физическими и эмоциональными раздражениями

г) снимающиеся или значительно уменьшающиеся боли после новокаиновой блокады узлов пограничного ствола симпатического нерва

д) почти постоянно существующего гипертонуса мышц, сопровождающегося кратковременными приступами судорожных сокращений

086. Каузалгия развивается, главным образом, после

а) ранения бедренного нерва

б) частичного повреждения срединного нерва

в) частичного повреждения малоберцового нерва

г) полного пересечения седалищного нерва

д) полного пересечения лучевого нерва

087. Возникающий после ампутации фантомный синдром включает все перечисленные симптомы, кроме

а) мучительных болей в отсутствующих частях конечности

б) болей, возникающих сразу или через несколько дней после ампутации или отрыва конечности

в) частого ощущения в неестественном, причудливом положении ампутированных частей конечности

г) как бы чувственного удлинения и отпадения со временем фантомной конечности

д) неэффективности физиотерапевтического лечения при фантомных болях

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

а) возникновения в сравнительно поздние сроки, через недели и месяцы после ранения

б) локализации трофических язв чаще в области пятки и стопы

в) образования трофических язв в первые дни после ранения при механических и термических воздействиях в местах с нарушением чувствительности

г) трофические язвы не образуются при неполных перерывах нерва

д) при полных перерывах нерва весьма часто отмечается выпадение волос

089. Диагноз каузалгии, поставленный на основании клинического наблюдения, окончательно может быть подтвержден устранением болевого симптома новокаиновой блокадой узла пограничного симпатического ствола. При поражении на верхней конечности - это

а) I грудной узел

б) II грудной узел

в) III грудной узел

г) IV грудной узел

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

а) I поясничный узел

б) II поясничный узел

в) III поясничный узел

г) правильно а) и в)

091. Комплексное лечение каузалгии включает все перечисленное, кроме

а) преганглионарной симпатэктомии

б) новокаиновых блокад узлов пограничного симпатического ствола

в) общеукрепляющего бальнеологического лечения

г) футлярных новокаиновых блокад по А. В. Вишневскому

д) внутрикостных пролонгированных новокаиновых блокад без наложения жгута

092. При оперативном лечении повреждения плечевого сплетения следует обнажить сплетение

а) в боковом треугольнике

б) в подкрыльцовой области

в) с остеотомией и резекцией ключицы

г) по Созону - Ярошевичу

д) супракланикулярным доступом

093. Показания к оперативному вмешательству на поврежденном нерве, если нет признаков его анатомического перерыва, при закрытых переломах костей конечностей должны ставиться после так называемого периода оправданного выжидания, который продолжается

а) 2-3 недели

б) 4-6 недель

в) 2-2. 5 месяца

г) 3-4 месяца

д) 6-8 месяцев

094. Под термином "невролиз" понимают

а) выделение нерва из эпиневральной оболочки

б) выделение нерва из окружающих тканей и рубцов

в) выделение нерва из окружающих тканей и рубцов с иссечением перерожденной части без сшивания нерва

г) правильно а) и в)

д) все ответы правильны

095. Различают следующие типы операций на периферическом нерве ствола

а) первичные

б) отсроченные ранние

в) отсроченные поздние

г) правильно а) и б)

д) все правильно

096. Показаниями к внутриствольному невролизу на верхней конечности являются

а) большие рубцы, сдавливающие нервный ствол

б) рубцовое перерождение эпиневрия

в) рубцы внутри нервного ствола

г) боковая неврома

д) нейрогенная деформация кисти

097. Наложение первичного шва нерва допускается

а) при достаточно чистой ране или колотой ране, которую можно зашить, закрыть наглухо

б) при стабильности гемодинамических показателей в течение 4 часов у больного, выведенного из состояния травматического шока

в) повреждении нерва острым предметом без очаговых размножений и внутриствольных кровоизлияний

г) правильно а) и в)

д) правильны все ответы

098. С помощью методов электродиагностики можно точно установить степень дегенерации пострадавших нервов и мышц, если после повреждения прошло

а) 1-2 недели

б) 3-4 недели

в) 5-6 недель

г) 8-10 недель

д) 12-14 недель

099. При отсроченных операциях на нервах имеет место

а) большая опасность расхождения швов из-за инфекционных осложнений

б) границы внутриствольных изменений и размеры необходимой резекции определяются значительно труднее, чем при первичной обработке

в) труднее сшить нерв конец-в-конец

г) правильно а) и б)

д) все ответы неправильные

100. Шов нерва состоит из обязательного выполнения всех перечисленных манипуляций, кроме

а) выделения нерва, осмотра для окончательного выбора метода вмешательства

б) мобилизации концов нерва

в) резекции поврежденных участков нерва

г) создания муфты по сему периметру шва нерва из мышцы или вены с целью отграничения от возникающих рубцов

д) наложения эпиневральных швов

101. Техника наложения шва нерва состоит из следующих элементов

а) обязательное поперечное пересечение концов нерва бритвой

б) наложение двух направляющих швов с латеральной и медиальной поверхности нерва

в) сближение концов нерва вплотную, но без загиба пучков

г) правильно а) и б)

д) все перечисленные элементы

102. Для сближения концов прерванного нерва при больших диастазах рекомендовано

а) максимальное сгибание в суставах с целью уменьшения натяжения нерва

б) мобилизация центрального и периферического отрезка нерва на значительном протяжении

в) резекция кости с целью укорочения конечности

г) перекрестное соединение разноименных нервов

д) правильного ответа нет

103. Пластика дефектов периферических нервных стволов может осуществляться с использованием

а) гомопластики (аллопластики)

б) гетеропластики

в) аутопластики

г) правильно а) и б)

д) все ответы правильные

104. Свободная аутопластика показана при дефектах нервных стволов, начиная с длины

а) в 4 см

б) в 6 см

в) в 8 см

г) в 10 см

д) в 15 см

105. Длина трансплантата при аутопластике нерва должна быть больше дефекта не менее, чем

а) на 1/10

б) на 2/10

в) на 4/10

г) на 6/10

д) на 8/10

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

а) гипсовой иммобилизации конечности в течение трех недель

б) наложения через 3 недели после операции съемной гипсовой повязки и механотерапии

в) массажа и тепловых процедур через 3 недели после операции

г) профилактики развития вторичной нейрогенной деформации со 2-го месяца после операции

д) витаминотерапии с первых дней после операции

107. При повреждении магистральных артерий в дистальном отделе конечности наблюдается

а) цианоз кожных покровов

б) бледность кожных покровов

в) холодный липкий пот

г) отек мягких тканей

108. Механизм повреждений кровеносных сосудов конечностей представлен всем перечисленным, кроме

а) ранения

б) тупой травмы

в) огнестрельного ранения

г) повреждения отломками костей при переломах

д) баротравмы

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

а) неадекватными повреждению болями

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

в) бледностью, похолоданием кожных покровов конечности дистальнее раны

г) расстройством чувствительности

д) мышечной контрактурой

110. Наиболее информативным методом исследования артериального русла является

а) венография

б) осциллография

в) артериография

г) определение пульсации сосуда

д) аускультация

111. Сохранение пульса на периферии исключает ранение магистральной артерии

а) всегда

б) не всегда

в) при отсутствии раны в проекции сосудистого пучка

г) при отсутствии кровотечения из раны

112. При исследовании магистрального кровотока инвазивным методом является

а) ангиография

б) капиллярография

в) осциллография

г) компьютерная томография

113. Для остановки кровотечения на месте происшествия можно использовать

а) наложение жгута

б) наложение давящей повязки

в) возвышенное положение конечности

г) наложение зажима на кровоточащий сосуд

д) все перечисленное

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

а) реополиглюкин

б) трентал

в) аспирин

г) спазмолитики

д) фенилин

115. Доступ к общей сонной артерии осуществляется

а) кпереди от грудино-ключично-сосцевидной мышцы

б) кзади от грудино-ключично-сосцевидной мышцы

в) по краю нижней челюсти

г) любым из перечисленных доступов

116. В области локтевого сгиба осуществляется доступ

а) к лучевой терапии

б) к локтевой терапии

в) к плечевой терапии

г) ко всем перечисленным сосудам

117. По внутренней поверхности голени осуществляется доступ

а) к передней большеберцовой артерии

б) к задней большеберцовой артерии

в) к малоберцовой артерии

г) верно а) и б)

118. Циркулярный сосудистый шов накладывается

а) при сшивании артерии конец-в-конец

б) при сшивании артерии конец-в-бок

в) при сшивании вены конец-в-конец

г) при всех перечисленных способах

д) верно а) и в)

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

а) тромбоза анастомоза

б) несостоятельности шва

в) спазма в зоне анастомоза

г) всего перечисленного

120. При размятии магистральной артерии возможно закрытие дефекта за счет

а) аутовенозного трансплантата

б) сохраненной боковой ветви проксимального фрагмента

в) силиконовой трубки

г) аллотрансплантата

д) правильно а) и б)

121. При дефекте артерии производится ее пластика с помощью

а) аутовены

б) аутоартерии

в) венозного аллотрансплантата

г) всего перечисленного

д) только а) и б)

122. Для профилактики тромбоза в зоне сосудистого шва назначают

а) антикоагулянты прямого действия

б) реополиглюкин

в) спазмолитики

г) антикоагулянты непрямого действия

д) все перечисленное

123. Контроль за проходимостью сосудистого анастомоза осуществляется

а) по пульсации дистальнее сосудистого шва

б) по ангиографическим данным

в) по выраженности венозного рисунка

г) правильно а) и б)

д) правильно а) и в)

124. Трудоспособность при изолированном повреждении лучевой артерии восстанавливается

а) через 3 недели

б) после заживления раны

в) через 6 недель

г) трудоспособность не нарушается

125. По механизму повреждения различают следующие виды тупой травмы грудной клетки, за исключением

а) ушиба грудной клетки

б) сдавления грудной клетки в передне-заднем направлении

в) сдавления грудной клетки в поперечном направлении

г) сдавления грудной клетки в косо-поперечном направлении

д) сотрясения грудной клетки

126. При повреждении грудной клетки противопоказано

а) рентгенография грудной клетки

б) зондирование раны грудной клетки

в) измерение центрального венозного давления

г) выявление симптома Бирнера

д) сукуссия грудной клетки

127. Основные принципы лечения больных с повреждением грудной клетки включают следующие лечебные действия: 1) лечение острой дыхательной недостаточности, 2) интубация трахеи, 3) восстановление проходимости дыхательных путей, 4) аэрозольная терапия, 5) снятие болевого симптома, 6) вагосимпатическая блокада, 7) лечение острой кровопотери, 8) восстановление объема циркулирующей крови, 9) определение показаний к торакотомии

а) правильно 2, 3, 4, 6

б) правильно 3, 5, 8, 9

в) правильно 1, 5, 7, 9

г) правильно 2, 4, 5, 8

д) правильно 3, 5, 6, 8

128. Сотрясение грудной клетки, являясь закрытой травмой груди, проявляется: 1) клиникой переломов ребер, 2) клиникой перелома грудины, 3) подкожной эмфиземой, 4) пневмотораксом, 5) гематораксом, 6) гемопневмотораксом, 7) тахикардией, 8) частым слабым пульсом, 9) бледностью кожных покровов, цианозом слизистых, 10) падением артериального давления

а) правильно 3, 4, 6, 10

б) правильно 2, 3, 5, 7

в) правильно 1, 4, 9, 10

г) правильно 7, 8, 9, 10

д) правильно 2, 4, 6, 7

129. Клиника ушиба грудной клетки характеризуется следующими симптомами: 1) кровоизлияниями в мягкие ткани грудной клетки, 2) нарушением ритма и амплитуды дыхания, 3) симптомом Пертеса, 4) подкожной эмфиземой, 5) симптомами перелома ребер без смещения, 6) клиникой напряженного пневмоторакса

а) правильно 1, 3, 4

б) правильно 1, 2

в) правильно 1, 3

г) правильно 2, 3, 4

д) правильно 1, 5, 6

130. Для сдавления грудной клетки прежде всего характерны: 1) множественный перелом ребер, 2) кровохарканье, 3) осиплость голоса, 4) кровоизлияние в склеру глазных яблок, 5) гемоторакс, 6) пневмоторакс, 7) клапанный перелом ребер задних отделов грудной клетки, 8) подкожная эмфизема, 9) эмфизема средостения

а) правильно 1, 2, 4, 6

б) правильно 2, 3, 4

в) правильно 2, 5, 7

г) правильно 2, 3, 8

д) правильно 7, 8, 9

131. Перелом грудины сопровождается всеми перечисленными симптомами, исключая

а) сильные боли в области перелома грудины с иррадиацией в левую лопатку и плечо

б) одышку, удушье

в) бледность кожных покровов и цианоз слизистых

г) ишемию сердца

д) отчетливую деформацию в виде ступеньки в области грудины

132. Чаще всего по данным травматологов ломаются ребра

а) 1-3 ребро

б) 4-5 ребер

в) 6-9 ребер

г) 9-10 ребер

д) 11-12 ребер

133. По механизму "сдвига" чаще ломаются ребра

а) 1-2

б) 2-4

в) 5-7

г) 7-9

д) 8-12

134. Современная классификация переломов ребер включает следующие: 1) простой перелом ребер, 2) разбитая грудная клетка, 3) сложный перелом ребер, 4) нестабильный перелом ребер, 5) окончатый перелом ребер, 6) створчатый перелом ребер, 7) осложненный перелом ребер, 8) перелом ребер, осложненный синдромом верхней полой вены

а) правильно 1, 2, 4, 8

б) правильно 1, 3, 7

в) правильно 2, 3, 5

г) правильно 2, 4, 6

д) правильно 4, 5, 7

135. Клиническая картина простого перелома ребер складывается из следующих симптомов: 1) кашель, 2) кровохарканье, 3) вынужденное положение тела, 4) локальная боль в области перелома ребра, 5) подкожная эмфизема на небольшой площади, в пределах 1-2 ребер, 6) осиплость голоса, 7) подвижность сломанного ребра при пальпации, 8) отсутствие голосового дрожания на стороне перелома ребра

а) правильно 1, 2, 4, 8

б) правильно 2, 3, 4, 5

в) правильно 1, 3, 4, 7

г) правильно 2, 4, 5, 8

д) правильно 1, 3, 5, 6

136. Клиническую картину сложного перелома ребер составляют следующие симптомы: 1) болевой симптом, 2) кровохарканье, 3) подкожная эмфизема, 4) петехиальные кровоизлияния, 5) парадоксальное движение стенки грудной клетки, 6) баллотирование средостения, 7) пневмогемоторакс

а) правильно 1, 2, 3, 4

б) правильно 1, 2, 3, 5

в) правильно 1, 2, 3, 7

г) правильно 1, 3, 5, 6

д) правильно 1, 2, 4, 6

137. Основными симптомами повреждения легкого при переломах ребер являются: 1) кровохарканье, 2) пневмоторакс, 3) гемоторакс, 4) подкожная эмфизема, 5) парадоксальное движение стенки грудной клетки на стороне поврежденного легкого, 6) усиление голосового дрожания на стороне поврежденного легкого, 7) ослабление голосового дрожания на стороне поврежденного легкого

а) правильно 1, 3, 4, 5

б) правильно 1, 2, 3, 4

в) правильно 1, 2, 4, 5

г) правильно 2, 4, 5, 6

д) правильно 1, 3, 4, 7

138. Диагноз осложненного перелома ребер можно поставить на основании следующих признаков: 1) выраженная дыхательная недостаточность, 2) прогрессирующая подкожная эмфизема, 3) пневмоторакс, не устраняемый плевральной пункцией, 4) гемоторакс, 5) кровохарканье, 6) перелом не менее 5-6 ребер, 7) увеличивающаяся осиплость голоса, 8) набухание вен шеи

а) правильно 1, 2, 3, 4

б) правильно 1, 2, 4, 5

в) правильно 2, 5, 6, 7

г) правильно 1, 3, 4, 7

д) правильно 1, 2, 6, 8

139. Закрытый пневмоторакс возникает вследствие всего перечисленного, исключая

а) повреждение ткани легкого сломанным ребром

б) разрыв бронха

в) констрикционный ателектаз

г) разрыв легкого при нарушении плевральных спаек

д) отрыв бронха

140. Диагноз закрытого простого пневмоторакса устанавливается на основании: 1) кровохарканья, 2) подкожной эмфиземы, 3) сглаженности межреберных промежутков на стороне повреждения, 4) отсутствия голосового дрожания на стороне повреждения, 5) бронхиального дыхания на стороне повреждения, 6) возможности разрешения пневмоторакса плевральными пункциями, 7) положительного симптома Бирмера, 8) положительной пробый Петрова, 9) резкого снижения везикулярного дыхания на стороне повреждения

а) правильно 1, 2, 3, 8

б) правильно 1, 3, 4, 6

в) правильно 3, 4, 6, 9

г) правильно 2, 3, 5, 7

д) правильно 2, 5, 7, 8

141. Напряженный (клапанный) пневмоторакс устанавливается на основании: 1) нарастающей сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, 2) нарастающей подкожной эмфиземы, 3) симптома "хлопающего паруса", 4) симптома Бирмера, 5) положительного симптома "газового синдрома", 6) триады Бека, 7) пульсового артериального давления

а) правильно 1, 2, 3, 5

б) правильно 1, 2, 5, 6

в) правильно 2, 3, 6, 7

г) правильно 1, 3, 4, 6

д) правильно 2, 4, 5, 7

142. Механизм возникновения эмфиземы средостения обусловлен всем перечисленным, исключая

а) разрыв основного бронха

б) разрыв трахеи

в) разрыв медиастинальной плевры

г) разрыв париетальной плевры при сдавлении груди

д) разрыв легкого при плевральных спайках

143. Клиническая картина эмфиземы средостения складывается из всех следующих симптомов, исключая

а) набухание яремных вен, синюшность лица

б) прогрессирующую осиплость голоса

в) нарастающую сердечно-сосудистую и дыхательную недостаточность

г) увеличивающийся гемоторакс

д) временами возникающее нарушение сознания

144. Для простого гемоторакса характерны: 1) нарастающая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, 2) положительный симптом Бирмена, 3) снижение голосового дрожания на стороне повреждения, 4) укорочение перкуторного звука на стороне повреждения, 5) смещение органов средостения, 6) симптом "хлопающего паруса", 7) кровохарканье, 8) парадоксальное движение стенки грудной клетки, 9) одышка, кашель

а) правильно 1, 2, 3, 4

б) правильно 2, 3, 4, 9

в) правильно 3, 5, 6, 7

г) правильно 1, 4, 7, 8

д) правильно 2, 5, 6, 9

145. Для нарастающего гемоторакса прежде всего характерны: 1) постоянное снижение артериального давления, 2) резко выраженная бледность кожных покровов, 3) скачкообразное повышение ЦВД, 4) выраженная аритмия и четкость сердечного тона, 5) отек и синюшность лица, 6) стремление больного принять сидячее положение, 7) стремление больного лежать на стороне повреждения грудной клетки, 8) снижение или отсутствие проведения голосового дрожания на стороне повреждения грудной клетки, 9) положительная проба Ревилуа - Грегуара, 10) положительный симптом Бирмера, 11) положительная проба Петрова

а) правильно 1, 2, 3, 4, 6, 10

б) правильно 3, 4, 5, 7, 8, 11

в) правильно 1, 2, 6, 8, 9, 10

г) правильно 2, 4, 6, 9, 10, 11

д) правильно 1, 2, 4, 7, 9, 10

146. Диагностика свернувшегося гемоторакса основывается на: 1) массивном затемнении поврежденной половины груди, выявленном рентгенологически в сочетании с отрицательными результатами пункции плевральной полости из нескольких точек, 2) выделении из плевральной полости через дренажные трубки жидкости соломенно-желтого цвета в количестве 150-200 мл в сутки, 3) ухудшении общего состояния больного с 3-4 суток после торакотомии, 4) симптоме "кровяных червячков", 5) появлении кровохарканья на фоне нарастающей сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности с повышением артериального давления и центрального венозного давления, 6) положительной пробе Петрова

а) правильно 1, 3, 5

б) правильно 1, 4, 5

в) правильно 2, 3, 6

г) правильно 1, 3, 4

д) правильно 2, 4, 6

147. Инфицированный гемоторакс устанавливается на основании всего перечисленного, кроме

а) положительной пробы Петрова

б) положительной пробы Эфендиева

в) положительного симптома Герке

г) ухудшения состояния больного с появлением симптомов интоксикации

148. Клиническая картина хилоторакса складывается из: 1) повышения температуры тела до 38 С, 2) прогрессирующей дыхательной недостаточности, 3) кровохарканья, 4) клиники гемоторакса, 5) плевральной жидкости, полученной при пункции: при отсасывании образует бело-розовый густой верхний и жидкий нижний слой, 6) плевральной прозрачной соломенно-желтой жидкости, полученной в первые сутки после травмы грудной клетки, 7) положительной пробы Петрова

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 4, 5

в) правильно 2, 3, 5

г) правильно 5, 6, 7

д) правильно 5, 7

149. Хилоторакс следует дифференцировать со всеми перечисленными патологическими состояниями, кроме

а) гемоторакса

б) гидроторакса

в) гнойного плеврита

г) экссудативного посттравматического плеврита

д) эмпиемы плевры

150. Клиника закрытого гемопневмоторакса складывается из следующих симптомов: 1) повышение артериального давления, 2) снижение голосового дрожания на стороне гемопневмоторакса, 3) тахикардия и учащение пульса, 4) подкожная эмфизема, 5) ослабление или отсутствие дыхания на стороне повреждения, 6) при рентгенологическом исследовании, в вертикальном положении больного, определяется косой уровень жидкости, 7) смещение средостения, 8) боли в груди, усиливающиеся при дыхании

а) правильно 1, 2, 3, 6

б) правильно 2, 3, 5, 7

в) правильно 1, 2, 3, 6

г) правильно 2, 4, 5, 8

д) правильно 3, 4, 5, 6

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

а) массивный гемоторакс

б) клапанный или напряженный пневмоторакс

в) тампонаду сердца

г) контузионный пневмонит

д) PaCO2 = 60 мм вод. ст.

152. Для ранней диагностики внутреннего кровотечения при закрытой травме грудной клетки ведущее значение имеют: 1) падение артериального давления, 2) тахикардия, 3) редкий напряженный пульс на сонных артериях, 4) учащенное дыхание, 5) нарастающее чувство жажды, 6) "френикус" симптом на стороне повреждения, 7) симптом "Pendelluft" на фоне парадоксального дыхания, 8) уровень PaO2, 9) осмолярность плазмы крови

а) правильно 1, 2, 5, 6, 9

б) правильно 1, 2, 4, 5, 8

в) правильно 1, 2, 3, 6, 7

г) правильно 1, 2, 5, 7, 9

д) правильно 1, 2, 6, 7, 8

153. Смещение средостения влево при скоплении воздуха и крови в правой плевральной полости опаснее смещения средостения вправо при скоплении воздуха в левой плевральной полости в связи со всем перечисленным, исключая

а) сильное давление на правый желудочек

б) давление на полые вены

в) давление на аурикулярный отдел сердца

г) давление на венозный отдел сердца

д) поворот сердца в более горизонтальное положение

154. Наиболее часто при травме грудной клетки средостение сдавливается

а) сломанным ребром

б) сломанной грудиной

в) гемотораксом

г) при эмфиземе средостения (воздухом средостения)

д) пневмотораксом

155. При быстром кровоизлиянии в полость перикарда возникает остановка сердца, если объем излившейся крови достигает

а) 100 мл

б) 150 мл

в) 200 мл

г) 250 мл

д) 300 мл

156. Острая тампонада сердца проявляется: 1) резким снижением артериального давления, 2) значительным повышением центрального венозного давления, 3) резким усилением сердечных тонов, 4) расширением тени сердца на рентгенограмме в виде трапеции или шара, 5) резкого снижения центрального венозного давления

а) правильно 1, 2, 4

б) правильно 2, 3, 4

в) правильно 3, 4, 5

г) правильно 1, 3, 4

д) правильно 2, 4, 5

157. Сдавление легкого при большом гемопневмотораксе в первую очередь ведет к возникновению

а) пневмонии

б) ателектаза

в) "влажного легкого"

г) инфаркта легкого

д) кровохарканья

158. В течении ушибов сердца различают: 1) острый период, 2-3 суток, 2) период ранних осложнений с 7 суток, 3) период репаративной регенерации продолжительностью 12-14 суток, 4) период посттравматического кардиосклероза с 14 суток, 5) период поздних осложнений с 21 суток

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2, 4

в) правильно 1, 3, 4

г) правильно 2, 3, 5

д) правильно 3, 4, 5

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

а) данные ЭКГ

б) PO2 и PCO2 венозной крови

в) ферменты плазмы крови (АСТ, ЛЛГ, ЛДТ)

г) изменение границ сердца

д) неустойчивую гемодинамику и отсутствие отчетливой гемодинамики на инфузионную и медикаментозную терапию

160. Ушиб легкого клинически проявляется: 1) в первые минуты после травмы, 2) в первые часы после травмы, 3) через 2 недели после травмы, 4) болями в груди, 5) локализацией очагов ушиба на задней поверхности нижних долей, 6) локализацией очагов ушиба в области основных бронхов, 7) локализацией очагов ушиба в глубинных отделах средних долей, 8) высокой температурой тела 39-40 C, 9) симптомом Герке

а) правильно 1, 2, 4, 5

б) правильно 2, 4, 6, 9

в) правильно 3, 4, 7, 8

г) правильно 1, 4, 5, 9

д) правильно 3, 4, 6, 9

161. При травмах грудной клетки выделяют следующие формы ателектаза легкого: 1) компрессионный, 2) обтурационный, 3) обтурационно-резорбционный, 4) констрикционный, 5) инфарктный

а) правильно все перечисленное

б) правильно 1, 2, 3

в) правильно 1, 2, 4

г) правильно 2, 3, 4

д) правильно 3, 4, 5

162. К достоверным признакам разрыва диафрагмы относятся: 1) выслушивание типичных кишечных шумов в плевральной полости, 2) положительный симптом диафрагмального нерва, 3) возникающая при форсировании дыхания длительная икота, 4) определение при рентгенологическом исследовании петель кишечника и желудка в грудной полости, 5) значительное ослабление везикулярного дыхания на стороне повреждения, 6) отсутствие голосового дрожания на стороне повреждения

а) правильно 1, 6

б) правильно 2, 4

в) правильно 1, 4

г) правильно 3, 5

д) правильно 2, 3

163. Повреждение внутренних органов груди при закрытой травме встречается в следующей нарастающей частоте: 1) повреждение легкого, 2) повреждение трахеи, 3) повреждение сердца, 4) повреждение пищевода, 5) повреждение диафрагмы

а) правильно 1, 2, 5, 4, 3

б) правильно 1, 3, 5, 2, 4

в) правильно 2, 4, 3, 1, 5

г) правильно 3, 1, 5, 2, 4

д) правильно 1, 3, 4, 5, 2

164. При простых переломах ребер обезболивание достигается путем: 1) паравертебральной новокаиновой блокады, 2) новокаиновой блокады области перелома ребер, 3) вагосимпатической новокаиновой блокады по А. В. Вишневскому, 4) введения промедола, 5) введения морфина

а) правильно 1, 2

б) правильно 2, 3

в) правильно 3, 4

г) правильно 1, 3

д) правильно 2, 5

165. При сложных переломах ребер целесообразно осуществлять обезболивание по Е. А. Вагнеру: 1) новокаиновую блокаду перелома ребер, 2) вагосимпатическую новокаиновую блокаду по А. В. Вишневскому, 3) перидуральную блокаду на уровне T1-T4 позвонка, 4) внутрикостную блокаду введением новокаина в грудину, 5) паравертебральную новокаиновую блокаду

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 2, 3, 4

в) правильно 1, 2, 5

г) правильно 2, 3, 5

д) правильно 3, 5, 4

166. При сложных переломах ребер, при "разбитой" грудной клетке, следует использовать следующие виды обезболивания: 1) новокаиновую блокаду перелома ребер, 2) вагосимпатическую новокаиновую блокаду по А. В. Вишневскому, 3) перидуральную анестезию, 4) паравертебральную новокаиновую блокаду, 5) загрудинную новокаиновую блокаду

а) правильно 1, 2

б) правильно 2, 3

в) правильно 3, 4

г) правильно 2, 6

д) правильно 4, 6

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

а) второго межреберья по средне-ключичной линии

б) четвертого межреберья по средней-подмышечной линии

в) шестого межреберья по задней подмышечной линии

г) восьмого межреберья по лопаточной линии

д) пункции по верхнему краю ребра

168. Для дренирования плевральной полости при пневмотораксе следует выбрать следующее место прокола и диаметр дренажной трубки: 1) второе межреберье по средне-ключичной линии, 2) четвертое межреберье по задней подмышечной линии, 3) шестое межреберье по задней подмышечной линии, 4) дренажную трубку диаметром 3 мм, 5) дренажную трубку диаметром 15 мм, 6) дренажную трубку диаметром 1 мм, 7) восьмое межреберье по лопаточной линии

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 2, 3, 4

в) правильно 1, 2, 4

г) правильно 2, 3, 5

д) правильно 1, 2, 5

169. Дренирование плевральной полости при гемотораксе следует осуществлять через

а) 3-е межреберье по средне-ключичной линии

б) 5-е межреберье по передней подмышечной линии

в) 6-е межреберье по средней подмышечной линии

г) 7-е межреберье по передней подмышечной линии

д) 8-е межреберье по лопаточной линии

170. Дренирование плевральной полости при гемопневмотораксе следует производить через . . . межреберье трубкой . . . диаметром: 1) 2-е межреберье по средне-ключичной линии, 2) 4-е межреберье по средней подмышечной линии, 3) 8-е межреберье по лопаточной линии, 4) дренажная трубка диаметром 12 мм, 5) дренажная трубка диаметром 5 мм

а) правильно 1, 2, 6

б) правильно 2, 5

в) правильно 3, 4

г) правильно 1, 5

д) правильно 2, 4

171. Для стабилизации скелета грудной клетки и устранения флотации грудной стенки, а также парадоксального дыхания при "разбитой" грудной клетке и "окончатых" переломах ребер можно применить все перечисленные методы, исключая

а) скелетное вытяжение за реберную створку

б) скелетное вытяжение за грудину

в) остеосинтез сломанных ребер

г) фиксацию реберного клапана шиной Витюгова

д) фиксацию реберного клапана по Бечику

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

а) гемостатические показания

б) аэростатические показания

в) гипоксимические показания

г) дополнительные показания

173. 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

174. 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

175. 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

176. 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

177. 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

178. 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

179. 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

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

а) выраженную периостальную реакцию

б) вовлечение в воспалительный процесс периетальной плевры

в) развитие медиастенита

г) возникновения перикардита

д) возникновение свищевых ходов с отверстиями на коже нередко в стороне от места поражения грудины или ребра

181. 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

182. "Газовый синдром", имеющий место в диагностике открытых повреждений груди, включает: 1) подкожную эмфизему, 2) эмфизему средостения, 3) клапанный пневмоторакс, 4) "Pendelluft" - перекачивающийся 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

183. 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

184. 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 2

185. 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

186. 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 розоватой пенистой мокротой с увеличением влажных хрипов

д) отек легкого возникает относительно внезапно, после некоторого улучшения

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

а) внутриплевральных инородных тел

б) свернувшегося гемоторакса

в) хилоторакса

г) остеомиелита ребер и лопатки

д) ателектаза легкого

188. 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 C

в) беспокойного состояния больного

г) воспалительный процесс обычно захватывает переднее или заднее средостение в зависимости от хода раневого канала

д) раневого симптома Герке

189. 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) внутритрахеального введения смесей антибиотиков

190. 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

191. 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

192. 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

193. 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

194. Пункция перикарда может быть удачно осуществлена: 1) по Пирогову - Делорму, 2) по Войно-Сяноженцкому, 3) по Ларрею, 4) в промежутке между реберной дугой и мочевидным отростком слева, 5) в промежутке 3-го межреберья слева по парастернальной 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

195. 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 среднеклеточной 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

196. Боковая торакотомия дает возможность детально осмотреть

а) передние отделы легкого

б) передние отделы сердца

в) задние отделы легкого

г) диафрагму

д) все перечисленное

197. Из представленных сочетанных повреждений грудной клетки более тяжелыми будут: 1) повреждение грудной клетки в сочетании с ушибом головного мозга, 2) повреждение грудной клетки в сочетании с переломом переднего полукольца таза, 3) повреждение грудной клетки в сочетании с закрытым переломом костей голени, 4) повреждение грудной клетки в сочетании с компрессионным переломом L4 позвонка, 5) повреждение грудной клетки в сочетании с переломом костей предплечья, 6) повреждение грудной клетки в сочетании с сотрясением головного мозга, 7) повреждение грудной клетки в сочетании с закрытым переломом диафиза бедра

а) правильно 1, 2, 4

б) правильно 1, 7

в) правильно 1, 3, 6, 7

г) правильно 1, 2, 3

д) правильно 1, 4, 5

198. Сложность дифференциальной диагностики тяжелых сочетанных повреждений грудной клетки состоит прежде всего в выявлении: 1) источника кровотечения, 2) повреждения органов брюшной полости, 3) повреждения таза, 4) повреждения позвоночника, 5) повреждения нижних конечностей, 6) причин нарушения сознания, 7) причин анемии, 8) причин дыхательной недостаточности

а) правильно 1, 2, 6, 7, 8

б) правильно 1, 2, 3, 5, 8

в) правильно 2, 3, 4, 6, 7

г) правильно 3, 4, 5, 7, 8

д) правильно 1, 2, 4, 6, 7

199. При обследовании больного с множественным переломом ребер, гемопневмотораксом и термическим ожогом грудной клетки II-III степени возникают определенные трудности в осуществлении: 1) рентгенологического исследования, 2) физикальных методов исследования, 3) плевральной пункции, 4) пункции перикарда, 5) проведения новокаиновой блокады области перелома ребер и паравертебральной блокады, 6) инструментального исследования (ЭКГ, Эхо-локация и др. )

а) правильно 1, 3, 4

б) правильно 3, 4, 5

в) правильно 2, 3, 4, 5

г) правильно 2, 6

д) правильно 3, 4, 5, 6

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

а) вагосимпатическая новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому

б) обезболивание закисью азота с эфиром через маску

в) трахеостомия

г) паравертебральная новокаиновая блокада

д) плевральная пункция

201. Реабилитация больных с повреждением грудной клетки предусматривает осуществление: 1) постоянной дыхательной гимнастики, 2) выявление ателектазов легких, 3) оперативное устранение спаек и шварт плевральной полости, 4) лечебного пневмоторакса, 5) восстановление формы грудной клетки, т. е. устранение деформации грудной степени, 6) систематических новокаиновых блокад (вагосимпатические и паравертебральные)

а) правильно 1, 5

б) правильно 1, 2, 6

в) правильно 2, 3, 6

г) правильно 2, 4

д) правильно 1, 3, 6

202. Причиной летального исхода при тупой травме живота с повреждением полового органа является чаще всего

а) массивное кровотечение

б) перитонит

в) непроходимость

г) кишечный свищ

д) эвентрация внутренних органов

203. Согласно классификации выделяют все перечисленные повреждения живота, кроме

а) открытых повреждений, не проникающих в полость живота

б) открытых проникающих повреждений живота

в) закрытых непроникающих повреждений живота

г) закрытых проникающих повреждений живота

д) повреждений забрюшинного пространства

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

а) локальная болезненность, кровоподтек, ограниченная припухлость

б) локальная болезненность, обширная гематома, дефект мышечной ткани

в) кровоподтек, болезненность без точной локализации, вздутие живота

г) болезненность без точной локализации, вздутие живота, дефект мышц в области стенки живота

д) кровоподтек, локальная болезненность, явление пареза кишечника

205. К непроникающим ранениям живота относятся все перечисленные, кроме

а) ранений в пределах кожи и подкожной клетчатки

б) ранений в пределах брюшины

в) ранений в пределах кожи, подкожной клетчатки, мышечных слоев ткани

г) в пределах кожи

д) верно а) и в)

206. К симптомам, характерным для непроникающего ранения живота, относятся

а) наличие раны брюшной стенки, локальная болезненность, симптомы раздражения брюшины

б) наличие раны, разлитая болезненность в животе, вздутие живота

в) наличие раны, локальная болезненность, отсутствие симптомов раздражения брюшины

г) наличие раны, кровотечение, вздутие живота, иррадиация боли в область правого плеча

д) наличие раны, кровотечение, иррадиация боли в область левого плеча

207. Целесообразно исключить повреждение диафрагмы при наличии резаной раны

а) на уровне нижних шести ребер

б) на уровне нижних трех ребер

в) передней брюшной стенки

г) на уровне эпигастрия

д) верно все перечисленное

208. Показанием к реинфузии крови из брюшной полости является внутреннее кровотечение вследствие

а) повреждения селезенки, печени, кровеносных сосудов

б) повреждения селезенки, печени, сосудов, почки

в) повреждения селезенки, печени, диафрагмы

г) повреждения селезенки, печени, желудка

д) повреждения селезенки, печени, мочевого пузыря

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

а) боли в области подреберья справа, иррадиирующие в лопатку, надплечье, эпигастральную область

б) высокое стояние диафрагмы, наличие свободной жидкости под диафрагмой

в) наличие симптома "защиты" - положения туловища на спине с приведенными к животу ногами

г) наличие эксудативного плеврита на стороне абсцесса

д) симптомы общей интоксикации, повышение температуры, сдвиг лейкоцитарной формулы, повышение СОЭ

210. Среди травм различных отделов позвоночника повреждения шейного отдела занимают

а) первое место

б) второе место

в) третье место

г) четвертое место

д) пятое место

211. Диагноз перелома зуба второго шейного позвонка устанавливается на основе спондилограммы

а) в передне-задней проекции

б) в боковой (профильной) проекции

в) в аксимальной или полуаксимальной проекции

г) в передне-задней через открытый рот

д) правильно б) и г)

212. При лечении неосложненного перелома шейных позвонков применяется все перечисленное, кроме

а) скелетного вытяжения за кости черепа

б) вытяжения за голову посредством петли Глиссона

в) применения стандартного головодержателя

г) использования шины Еланского для фиксации головы и шеи

д) применения торакокраниальной гипсовой повязки или воротника Шанца

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

а) ляминэктомия

б) корпоротомия с ревизией дурального мешка

в) рассечение передней продольной и выйной связки

г) резекция суставных отростков позвонков

д) правильно а) и б)

214. Восстановление трудоспособности при неосложненном компрессионном переломе 6-го шейного позвонка у человека, занимающегося тяжелым физическим трудом, составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4 месяца

д) 5-6 месяцев

215. Если вывих произошел между 6-м и 7-м шейным позвонками, то вывихнутым позвонком считается

а) 6-й позвонок

б) 5-й позвонок

в) 4-й позвонок

г) 7-й позвонок

д) 6-й и 5-й позвонки

216. Срок нетрудоспособности при неосложненном компрессионном переломе 10-го грудного позвонка со снижением высоты его тела менее 1/5 у человека тяжелого физического труда, составляет

а) 1-2 месяца

б) 3 месяца

в) 4-5 месяцев

г) 6-8 месяцев

д) 10 и более месяцев

217. При лечении неосложненных переломов грудного отдела позвоночника применяются все перечисленные методы, кроме

а) одномоментной реклинации с наложением гипсового корсета

б) наложения гипсового корсета без реклинации

в) постепенной реклинации на щите Каплана - Антонова

г) вытяжения на наклонной плоскости с созданием мышечного корсета

д) скелетного вытяжения за таз и конечности

218. При консервативном лечении неосложненных переломов грудного отдела позвоночника чаще всего применяются

а) скелетное вытяжение за кости черепа

б) вытяжение за голову петлей Глиссона

в) лямочное вытяжение за подмышечные впадины

г) скелетное вытяжение за кости таза

д) скелетное вытяжение за нижние конечности

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

а) перелома, сопровождающегося повреждением спинного мозга

б) перелома, сопровождающегося повреждением корешков спинного мозга

в) тяжелого многооскольчатого перелома тела позвонка, межпозвоночного диска с нарушением оси позвоночника

г) взрывного перелома тела позвонка с повреждением двух дисков

д) компрессионного перелома тела со снижением высоты менее, чем на 1/4

220. При лечении травмы позвонков грудного отдела позвоночника применяется все перечисленное, кроме

а) массажа

б) лечебной гимнастики

в) механотерапии

г) физиотерапии

д) электростимуляции мышц

221. Нетрудоспособность при неосложненном компрессионном переломе 7-го грудного позвонка у человека тяжелого физического труда, составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4 месяца

д) 5-6 месяцев

222. При травме позвоночника травма поясничного отдела занимает

а) первое место

б) второе место

в) третье место

г) четвертое место

д) пятое место

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

а) осложненного перелома

б) неосложненного перелома

в) компрессионного перелома

г) торсионного перелома

д) перелома заднего отдела позвонка

224. Из анатомических структур поясничных позвонков чаще всего ломается

а) поперечный отросток

б) остистый отросток

в) верхний суставной отросток

г) нижний суставной отросток

д) дужка позвонка

225. Из перечисленных ниже поясничных и крестцового позвонков чаще всего травмируются

а) 1-й поясничный и 2-й поясничный позвонки

б) 3-й поясничный позвонок

в) 4-й поясничный позвонок

г) 5-й поясничный позвонок

д) 1-й крестцовый позвонок

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

а) наложения гипсового корсета

б) метода создания "мышечного корсета" по Гориневской - Древинг

в) постепенной реклинации на валиках или специальном щите

г) одномоментной реклинации с фиксацией гипсовым корсетом

д) фиксации места перелома "поясом штангиста"

227. Лечение пострадавшего с переломом поясничного позвонка вытяжением осуществляется за счет

а) поднятия ножного конца кровати и фиксации стоп

б) поднятия головного конца кровати и фиксации пострадавшего петлями за подмышечные впадины

в) фиксации петлею Глиссона за головку и грузом в 6 кг

г) фиксации таза специальным лифчиком и тягами по оси

д) наложения на грудную клетку специального жилета и тягой к голове

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

а) стяжки за дужки при помощи фиксатора Ткаченко

б) стяжки за остистые отростки при помощи фиксатора Цивьяна - Рамиха

в) стяжки за остистые отростки лавсановой лентой

г) замены сломанного позвонка ксенопротезом

д) стяжки за остистые отростки проволокой (по Новаку)

229. При свежих переломах поясничных позвонков не применяются

а) электростимуляция поясничных мышц

б) массаж

в) лечебная гимнастика

г) физиолечение

д) механотерапия

230. У пострадавшего с переломом 1-го поясничного позвонка, если он до травмы занимался тяжелым физическим трудом, сроки нетрудоспособности составляют

а) 2-3 месяца

б) 3-4 месяца

в) 4-5 месяцев

г) 5-6 месяцев

д) 6-8 месяцев

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

а) сдавливания костей таза

б) разведения костей таза

в) прямого удара по тазу

г) скручивания костей таза

д) отрывного механизма

232. К отрывным переломам костей таза относятся

а) перелом лонной кости

б) перелом седалищной кости

в) перелом вертлужной впадины

г) перелом нижнего гребешка безымянной кости

д) перелом крестца

233. К переломам, сопровождающимся разрывом тазового кольца, относятся

а) перелом крыла подвздошной кости

б) перелом лонной кости

в) перелом губы вертлужной впадины

г) перелом лонной и седалищной костей с одной стороны

д) перелом лонной и седалищной костей с разных сторон

234. Не сопровождается разрывом тазового кольца

а) перелом дна вертлужной впадины

б) разрыв крестцово-подвздошного сочленения с одной стороны

в) разрыв лонного сочленения и перелом подвздошной кости

г) перелом лонной и седалищной костей с одной стороны

д) разрыв лонного сочленения и вертикальный перелом крестца

235. Не относится к травме вертлужной впадины

а) перелом дна вертлужной впадины

б) перелом верхней губы вертлужной впадины

в) перелом основания лонной кости

г) центральный подвывих бедра

д) центральный вывих головки бедра

236. К комбинированным переломам относятся

а) открытый перелом переднего отдела таза

б) перелом вертлужной впадины и термический ожог промежности и ягодиц

в) перелом лонной и седалищной костей с разрывом мочевого пузыря

г) перелом лонной кости с разрывом уретры

д) перелом подвздошной кости и разрыв тонкого кишечника

237. Не является признаком переломов костей таза

а) симптом "прилипающей пятки"

б) симптом Волковича - наложение "лягушки"

в) симптом Тренделенбурга - опускание нижней ягодичной складки на здоровой стороне таза при стоянии на больной конечности

г) симптом Ларрея - боли при разведении крыльев таза

д) симптом Вернейля - боли при сдавлении крыльев таза

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

а) лечение и профилактика травматического шока

б) восполнение потерянной при травме крови

в) раннее вставание и активизация пострадавшего - "функциональное лечение"

г) репозиция смещенных отломков таза

д) профилактика и лечение возникающих осложнений

239. Чаще всего при переломах костей таза повреждаются

а) простата у мужчин и яичники у женщин

б) уретра, простатическая ее часть

в) дистальная часть мочеиспускательного канала

г) мочевой пузырь

д) влагалище у женщин и половой член у мужчин

240. Из перечисленных ниже симптомов, указывающих на повреждение тазовых органов, не являются основными

а) задержка самостоятельного мочеиспускания

б) кровь у периферического отверстия мочеиспускательного канала

в) наличие крови в моче

г) симптом дефицита при заполнении жидкостью мочевого пузыря и ее удалении

д) наличие добавочной тени при контрастном исследовании мочевого пузыря и уретры

241. Из перечисленных методов хирургического лечения повреждений мочевого пузыря и уретры не применяются

а) высокое сечение мочевого пузыря

б) хирургическое ушивание ран мочевого пузыря и уретры

в) дренирование околопузырного пространства и парауретральной области

г) соединение разорванных концов уретры на постоянном катетере

д) первичный шов уретры

242. Наиболее легким осложнением ранения мягких тканей области таза является

а) недостаточность мышц (их сократительность)

б) повреждение крупных сосудов и связанные с этим осложнения

в) повреждение крупных нервных стволов

г) развитие гнойной инфекции

д) развитие анаэробной инфекции

243. При первичной хирургической обработке огнестрельных ранений таза не следует делать

а) иссечение и рассечение поврежденных мягких тканей

б) остановку кровотечения, удаление сгустков крови и инородных тел

в) пластическое восстановление поврежденного органа (мочевого пузыря, прямой кишки, матки, влагалища и т. п. )

г) остеосинтез сломанных костей таза

д) тщательное дренирование ран

244. При огнестрельных ранениях костей таза реже всего встречаются

а) продолжающееся артериальное и венозное кровотечение

б) гнойные затеки в мягкие ткани

в) остеомиелитический процесс в костях таза

г) образование несросшихся переломов костей таза

д) анаэробная инфекция

245. Подкожные повреждения мышц чаще всего возникают

а) при действии прямой травмы

б) в результате микротравмы

в) из-за резкого некоординированного сокращения мышц

г) вследствие патологического состояния мышц и сухожилий

д) все перечисленное правильно

246. Растяжение мышц обычно сопровождается

а) кровоизлиянием

б) выраженным отеком

в) лимфаденитом

г) лимфангоитом

д) значительным нарушением функции

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

а) степени выраженности болевого симптома

б) снижения функции конечности

в) обширности отека

г) величины гематомы и кровоподтека

д) повышенного тонуса мышц

248. При неполных разрывах мышц в ходе лечения следует выполнить все перечисленные манипуляции, кроме

а) иммобилизации

б) обезболивания

в) пункции области повреждения мышцы с удалением гематомы

г) массажа конечности выше разрыва мышц

д) массажа конечности ниже разрыва мышц

249. Для полного разрыва мышцы характерно все перечисленное, кроме

а) отчетливого ощущения момента разрыва

б) резкой боли

в) снижения функции конечности

г) выраженного гипотонуса конечности

д) западения в области разрыва мышцы

250. Клиническая картина воспаления мышцы складывается из всего перечисленного, кроме

а) снижения функции конечности

б) боли

в) лимфаденита и лимфангоита

г) отека сегмента конечности

д) защитной контрактуры конечности

251. Разрыв сухожильно-мышечной части наиболее часто возникает в области

а) длинной головки двуглавой мышцы плеча

б) короткой головки двуглавой мышцы плеча

в) четырехглавой мышцы бедра

г) двуглавой мышцы бедра

д) трехглавой мышцы бедра

252. Чаще всего при травмах происходит разрыв

а) сухожилий разгибателей пальцев кисти

б) сухожилий разгибателей пальцев стопы

в) сухожилий четырехглавой мыщцы бедра

г) сухожилий длинной головки двуглавой мышцы плеча

д) ахиллова сухожилия

253. При резком и внезапном напряжении мышцы наиболее часто происходит разрыв

а) у места прикрепления к кости

б) у места перехода сухожилия в мышцу

в) в средней части мышцы

г) все перечисленное правильно

д) правильно а) и б)

254. Отрыв сухожилия с костным фрагментом преимущественно имеет место при повреждении

а) ахиллова сухожилия

б) длинной головки двуглавой мышцы слева

в) трехглавой мышц плеча

г) четырехглавой мышцы бедра

д) двуглавой мышцы бедра

255. Клиническая картина разрыва "ротаторного кольца" складывается из всех перечисленных симптомов, кроме

а) боли в области дельтовидно-грудной борозды

б) невозможности активного отведения плеча

в) невозможности активного внутреннего вращения плеча

г) невозможности активного отведения повреждений конечности и одновременного его вращения кнаружи

д) выявления артрофическим исследованием прямого сообщения между плечевым суставом, субакромиальной сумкой и сумкой дельтовидной мышцы

256. Для отрыва сухожилия длинной головки двуглавой мышцы характерно все перечисленное, кроме

а) возникновения острой боли в области верхней трети плеча

б) ощущения своеобразного треска, щелчка

в) западения мягких тканей на передне-внутренней поверхности плеча, выше которого определяется выпячивание

г) резкого снижения силы сгибания предплечья в локтевом суставе

д) кровоизлияния и отека в области плеча

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

а) к бугристости лучевой кости

б) к фасции Пирогова

в) к сухожилию плечевой мышцы

г) к плечевой мышце

д) к дистальному концу оторвавшегося сухожилия двуглавой мышцы на бугристости лучевой кости

258. Самым частым из перечисленных повреждений трехглавой мышцы плеча является

а) разрыв трехглавой мышцы в поперечном направлении на уровне средней трети

б) отрыв дистального сухожилия трехглавой мышцы плеча с фрагментом локтевого отростка

в) разрыв латеральной головки трехглавой мышцы на границе верхней и средней трети

г) отрыв сухожилия длинной головки трехглавой мышцы от лопатки

д) отрыв сухожилия медиальной головки от плечевой кости

259. При типичном повреждении портняжной мышцы наблюдается все перечисленное, кроме

а) острой внезапной боли при вращении бедра в тазобедренном суставе

б) отрыва сухожилия портняжной мышцы от передней нижней ости подвздошной кости

в) ограничения и болезненности сгибания бедра

г) ограничения отведения бедра

д) ограничения наружной ротации бедра

260. Авульсивный (отрывной) перелом таза возникает чаще всего при повреждении одной их перечисленных приводящих мышц бедра

а) длинной приводящей мышцы бедра

б) большой приводящей мышцы бедра

в) малой приводящей мышцы бедра

г) короткой приводящей мышцы бедра

д) стройной (нежной) приводящей мышцы бедра

261. Для разрыва четырехглавой мышцы бедра характерно все перечисленное, кроме

а) повреждения сухожильной части четырехглавой мышцы бедра

б) отсутствия разгибательных движения голени

в) характерного западения мягких тканей над коленной чашечкой

г) неустойчивости в коленном суставе

д) возраста пострадавшего 40-60 лет

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

а) недооценки воздействия местной инфекции

б) частых микротравм области ахиллова сухожилия

в) врожденной анатомической предрасположенности в виде варусного положения стопы

г) неподходящей обуви при занятии спортом

д) упражнений, связанных с бегом и прыжками на твердом, мягком и скользком грунте

263. Для типичного подкожного разрыва ахиллова сухожилия характерно все перечисленное, кроме

а) разрыв сухожилия происходит на фоне дегенеративно-трофических изменений

б) разрыв сухожилия происходит после неожиданного некоординированного резкого сокращения трехглавой мышцы голени

в) разрыв чаще локализуется в месте перехода мышцы в сухожилие

г) гематома располагается часто в области внутренней и наружной лодыжек

264. Симптом Томпсона при выявлении разрыва ахиллова сухожилия проявляется

а) западением в области разрыва ахиллова сухожилия

б) невозможностью стоять и ходить на пальцах поврежденной ноги

в) отсутствием подошвенного сгибания стопы поврежденной конечности при сдавлении трехглавой мышцы голени

г) резком ограничении супинации стопы

д) ощущением щелчка при разрыве ахиллова сухожилия

265. Воспаление длинной головки двуглавой мышцы плеча характерно всеми перечисленными симптомами, кроме

а) боли с локализацией по ходу борозды сухожилия длинной головки двуглавой мышцы бедра

б) усиления болей при повороте плеча кнутри

в) усиления болей при сгибании предплечья

г) воспалительного процесса

д) возможности возникновения периартрита плечевого сустава

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

а) большой грудной

б) межреберных мышц

в) передней грудной мышцы

г) прямой мышцы живота

д) поперечной мышцы груди

267. Для повреждения прямой мышцы живота характерно все перечисленное, кроме

а) кровоизлияния передней брюшной стенки

б) разрыва, происходящего при прямом ударе в момент расслабления брюшного пресса

в) резкой боли в области брюшной стенки

г) симптомов раздражения брюшины

д) напряжения передней брюшной стенки

268. При повреждении косых мышц живота имеют место все перечисленные признаки, кроме

а) сильного мышечного напряжения передней брюшной стенки

б) усиления боли при кашле, перемене положения тела

в) частого возникновения повреждений у теннисистов, боксеров, ватерполистов и рапиристов

г) боли при пальпации по ходу косых мышц живота

д) кровоизлияния по ходу поврежденных мышц

269. Отрыв прямой мышцы бедра происходит преимущественно в области

а) верхнего полюса надколенника

б) седалищного бугра

в) передней нижней оси подвздошной кости

г) передней верхней оси подвздошной кости

270. Для отрыва прямой мышцы бедра характерно все перечисленное, кроме

а) часто происходит при попытке сильного "прямого" удара ногой в футболе

б) внезапной боли в подвздошной области

в) ограничения сгибания бедра

г) невозможности отведения бедра с одновременной внутренней ротацией его

271. Отрыв сухожилия с фрагментом седалищного бугра характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме

а) встречается у молодых людей в возрасте от 12 до 20 лет

б) носит спортивно-травматический характер

в) чаще возникает при непрямом механизме травмы

г) характеризуется сильной локальной болью в области седалищного бугра при пассивном разгибании бедра и сгибании коленного сустава

д) возникает в результате сильного внезапного некоординированного растяжения приводящих мышц бедра

272. Цубо-аддукционный синдром, часто имеющий место при спортивном травматизме, возникает в результате повреждения всех перечисленных мышц и сухожилий, исключая

а) длинную приводящую бедра

б) короткую приводящую бедра

в) большую приводящую бедра

г) полусухожильную

д) прямую мышцу живота

273. Встречающийся у спортсменов так называемый перелом Segond - это

а) отрыв подвздошно-берцового тракта от наружного мыщелка большеберцовой кости

б) отрыв двуглавой мышцы бедра от головки малоберцовой кости

в) отрыв четырехглавой мышцы от верхнего полюса надколенника

г) отрыв большого аддуктора бедра от седалищного бугра

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

а) отрыва двуглавой мышцы бедра от головки малоберцовой кости

б) сочетанного повреждения передней крестообразной связки

в) возникновения перелома у футболиста при насильственной внутренней ротации приведенного и согнутого коленного сустава

г) резкой боли и блокады коленного сустава

275. Для передне-тибиального синдрома характерно все перечисленное, кроме

а) возникает вследствие перегрузки мышц разгибателей стопы

б) происходит в результате прямого удара

в) сопровождается прогрессирующим отеком мягких тканей голени

г) наиболее сильные боли в переднем отделе голени имеют место при отрыве ноги от земли

д) сопровождается нарушением периферического артериального кровотока

276. Переломы ключицы среди всех переломов костей составляют

а) 1-3%

б) 3-15%

в) 30%

г) 50%

277. Наиболее часто ключица ломается при падении

а) на боковую поверхность лица

б) на локоть

в) на вытянутую руку

г) при любом из перечисленных вариантов

278. Периферический отломок не бывает смещен

а) назад

б) вперед

в) вниз

г) внутрь

279. Для перелома ключицы характерны все перечисленные признаки, кроме

а) верхняя конечность приподнята вверх и смещена кзади

б) над ключицей деформация и припухлость

в) надключичная ямка сглажена

г) расстояние от позвоночника до медиального края лопатки увеличено на стороне повреждения

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

а) шины Кузьминского

б) 8-образной повязки

в) колец Дельбе

г) гипсовой повязки по Турнеру

281. Показаниями к оперативному лечению перелома ключицы являются

а) открытые переломы с повреждением или сдавлением сосудисто-нервного пучка

б) оскольчатый перелом ключицы с опасностью ранения кожи

в) закрытый оскольчатый перелом

г) все перечисленное

д) только б) и в)

282. Восстановление трудоспособности с положительным исходом после перелома ключицы происходит через

а) 2-4 недели

б) 1. 5-2 месяца

в) 2-3 месяца

г) 3-4 месяца

283. Клинически выделяют следующие переломы лопатки

а) тела

б) углов

в) отростков

г) шейки и суставной впадины

д) все перечисленное

284. Периферический отломок при переломе шейки лопатки смещается

а) кверху и внутри

б) книзу и кнутри

в) кнаружи и кверху

г) кнаружи и книзу

д) ротационно

285. Повреждение подкрыльцового нерва при переломе шейки лопатки приводит

а) к потере чувствительности

б) к потере движений в пальцах кисти

в) к парезу дельтовидной мышцы

г) к нарушению кровообращения

286. Из перечисленных переломов лопатки внутрисуставным является перелом

а) тела

б) углов

в) отростков

г) ости

д) суставной впадины шейки

287. Характерным симптомом перелома лопатки является

а) признак Маркса

б) симптом Чаклина

в) симптом Комолли

г) все перечисленное

288. Возникновение "крыловидной" лопатки связано

а) с нарушением кровоснабжения в надплечье

б) с ушибом или перерастяжением длинного грудного нерва

в) с повреждением плечевого сплетения

г) с повреждением подкрыльцового нерва

289. При внутрисуставном переломе лопатки для иммобилизации применяется

а) гипсовая повязки по Турнеру

б) косыночная повязка

в) мягкая повязка Дезо

г) гипсовая повязка Дезо

д) отводящая шина

290. Угол отведения на отводящей шине при переломе шейки или суставной впадины лопатки должен составлять

а) 30

б) 60

в) 90

г) 110

д) 160

291. Срок иммобилизации при внутрисуставном переломе лопатки составляет

а) 2 недели

б) 4-5 недель

в) 6-8 недель

г) 10-12 недель

д) 3 месяца

292. Наиболее частым переломом проксимального отдела плеча является перелом

а) головки

б) анатомической шейки

в) бугорков

г) хирургической шейки

293. Абдукционный перелом хирургической шейки плеча возникает

а) при приведении плеча

б) при отведении плеча

в) при нейтральном положении

г) при любом из перечисленных положений

294. Аддукционный перелом хирургической шейки плеча возникает

а) при приведении плеча

б) при отведении плеча

в) при нейтральном положении

г) при сгибании плеча

д) при любом из перечисленных положений

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

а) кнутри и кзади

б) кнаружи и кзади

в) кнутри и кпереди

г) углового смещения нет

296. При аддукционном переломе хирургической шейки плеча отломки смещены так, что образуют угол, открытый

а) кнутри и кзади

б) кнаружи и кзади

в) кнаружи и кпереди

г) кнутри и кпереди

д) углового смещения нет

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

а) оперативно вправляя и фиксируя наружным остеосинтезом в ранние сроки

б) удаляя головку в ранние сроки

в) удаляя головку, производя артродез в ранние сроки

г) оперируя в поздние сроки, делая остеосинтез

д) оперируя в поздние сроки, удаляя головку

299. Абдукционные вколоченные переломы хирургической шейки плеча со смещением под углом требуют одномоментной репозиции, если угол смещения равен

а) 10

б) 20

в) 35

г) 60

д) 90

300. Для "эполетного" (аксиального рентгеновского снимка) при переломе хирургической шейки плечо надо отвести под углом

а) 10-20

б) 30-40

в) 50-60

г) 90

301. Для скелетного вытяжения при лечении аддукционного перелома хирургической шейки плеча со смещением требуется

а) 1-2 недели

б) 3-4 недели

в) 5-6 недель

г) 8-10 недель

302. Средние сроки восстановления трудоспособности после переломов хирургической шейки плеча составляют

а) 3-4 недели

б) 5-6 недели

в) 8-10 недель

г) 10-12 недель

д) 13-15 недель

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

а) только от действующей внешней силы, нарушившей целостность кости

б) от сокращения и тяги определенной группы мышц, по-новому влияющих на кость в условиях ее перелома

в) от особенностей иннервации

г) всего перечисленного

304. При консервативном лечении диафизных переломов плеча на отводящей шине оптимальный угол отведения должен составлять

а) 30

б) 60

в) 70

г) 90

д) 100

305. Признаками мышечной интерпозиции при диафизарных переломах плеча являются

а) смещение фрагментов

б) отсутствие "костного хруста"

в) неудача при попытке репозиции

г) все перечисленное

306. При благоприятных условиях диафизарные переломы плеча при консервативном лечении срастаются

а) к 4-5 неделе

б) к 6-8 неделе

в) к 12-14 неделе

г) к 20-22 неделе

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

а) 3-4 месяца

б) 5-6 месяцев

в) 10-12 месяцев

г) 1-1. 5 года

308. При оперативном лечении переломов диафиза плеча для остеосинтеза предпочтительны

а) деротационные накостные пластинки

б) различные внутрикостные штифты

в) винты

г) проволока

309. При консервативном лечении переломов плеча самой грубой ошибкой будет

а) сохранившееся незначительное смещение фрагментов

б) перерастяжение фрагментов с образованием диастаза между ними

в) слабое натяжение фрагментов, отсутствие тяги

г) все перечисленное

310. При оперативном лечении ошибкой будет

а) неправильная оценка общего состояния при операции

б) неправильный выбор конструкции

в) укорочение сроков иммобилизации

г) все перечисленное

311. Среди внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза плеча следует выделять

а) надмыщелковые переломы плеча (разгибательные и сгибательные)

б) чрезмыщелковые переломы плеча и переломы мыщелков

в) мыщелковые переломы плеча

г) переломы головчатого возвышения

д) все перечисленное

312. При консервативном лечении перелома дистального отдела плеча разгибательного типа угол сгибания предплечья должен составлять

а) 20

б) 60

в) 90

г) 110-140

313. При разгибательном переломе плеча угол между фрагментами открыт

а) кпереди и кнаружи

б) кзади и кнутри

в) кпереди и кнутри

г) углового смещения нет

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

а) кпереди и кнаружи

б) кзади и кнутри

в) кпереди и кнутри

г) углового смещения нет

315. Повреждение лучевого нерва при переломе в нижней трети плеча вызывает все перечисленное, кроме

а) расстройства чувствительности в 4 и 5 пальцах

б) свисания кисти и невозможности активного разгибания ее и основной фаланги пальцев

в) понижения чувствительности на лучевой стороне кисти

г) понижения чувствительности на разгибательной части предплечья

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

а) 4 и 5 пальцев

б) во 2-м пальце

в) только в 1-м пальце

г) только в 3-м пальце

д) в 1, 2, 3 пальцах кисти и внутренней поверхности 4 пальца

317. Треугольник Гютера определяется в положении

а) полного разгибания предплечья

б) частичного разгибания в локтевом суставе

в) при согнутом предплечье под углом 40

г) при пронированном предплечии

318. Линия Гютера - это

а) линия оси плеча

б) линия оси предплечья

в) линия, соединяющая надмыщелки плеча в положении разгибания предплечья

г) линия, соединяющая большой и малый бугорки плеча

319. Предплечье при переломе наружного мыщелка

а) приведено

б) отведено

в) кнутри

г) ротировано внутрь

д) ротировано внутрь и приведено

320. Контрактура Фолькмана возникает вследствие

а) повреждения плечевого сплетения

б) продолжительного значительного, но не полного нарушения артериального кровотока

в) короткого, измеряемого минутами, полного прекращения кровотока

г) двойного перелома плечевой кости

321. Наиболее опасной локализацией для развития контрактуры Фолькмана при переломе плеча является

а) внутрисуставной перелом проксимального отдела плеча

б) перелом плеча в верхней трети

в) перелом плеча в средней трети

г) перелом плеча в нижней трети

322. К развитию контрактуры Фолькмана после наложения гипсовой повязки может привести все перечисленное, кроме

а) увеличения отека

б) увеличения местной температуры конечности

в) общего давления повязки

г) давления повязки или костных фрагментов на магистральные сосуды

323. Контрактура Фолькмана может возникнуть

а) при ушибе конечности

б) при сдавлении конечности

в) при тромбозе, эмболии магистральных сосудов

г) при частичном или полном повреждении плечевой артерии

д) при всем перечисленном

324. При переломе головки лучевой кости резко ограничены

а) сгибание предплечья

б) разгибание предплечья

в) вращение предплечья

г) все перечисленные виды движения

325. Для изолированного перелома лучевой или локтевой кости более характерна

а) косая линия излома

б) поперечная линия излома

в) винтообразная линия излома

г) продольная линия излома

326. Ротационные смещения при переломе костей предплечья зависят

а) от действия той или иной степени силы

б) от положения сгибания или разгибания предплечья в момент травмы

в) от соотношения локализации линий излома (верхней, средней и нижней трети)

г) от всего перечисленного

327. При сгибательном типе повреждения Монтеджа головка луча вывихивается

а) кпереди

б) кзади

в) кнутри

г) кнаружи

328. При разгибательном типе перелома Монтеджа угол между отломками локтевой кости открыт

а) кпереди

б) кзади

в) кнутри

г) кнаружи

329. Повреждение Галиацци - это

а) изолированный перелом локтевой кости

б) изолированный перелом лучевой кости

в) перелом локтевой кости и вывих головки лучевой

г) перелом лучевой кости и вывих головки локтевой

330. Радио-ульнарный угол в норме равен

а) 5

б) 10

в) 20

г) 30

д) 40

331. Различают следующие виды вывихов

а) свежий

б) несвежий

в) застарелый

г) привычный

д) все перечисленные

332. Вывих акромиального конца ключицы характеризуется

а) признаком Маркса

б) симптомом "треугольной подушки"

в) симптомом "клавиши"

г) пружинящим движением в плечевом поясе

333. Неполный вывих акромиального конца ключицы происходит

а) при полном разрыве акромиально-ключичной и ключично-клювовидной связок

б) при разрыве только акромиально-ключичной связки

в) при разрыве только клювовидно-ключичной связки

г) при растяжении ключично-акромиальной связки

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

а) надплечья, в положении больного лежа

б) надплечья, в положении больного стоя

в) обоих надплечий, стоя, с грузом в руке с поврежденной стороны

г) обоих надплечий в положении больного "лежа"

335. Направленный вывих ключицы считается застарелым через

а) 2 часа

б) 1 сутки

в) 5 суток

г) 3-4 недели

д) 3-4 месяца

336. Для застарелого полного вывиха ключицы в акромиально-ключичном сочленении характерно все перечисленное, кроме

а) выступания акромиального конца ключицы вверх

б) ограничения отведения руки

в) боли в надплечье при движении с нагрузкой

г) быстрой утомляемости верхней конечности на стороне повреждения

д) ослабления силы в руке

337. Оперативное лечение застарелого вывиха акромиального конца ключицы еще возможно через

а) 3 месяца

б) 6 месяцев

в) 1 год

г) 2 года

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

а) 2 недели

б) 4-5 недель

в) 8 недель

г) 12 недель

339. Из стернальных вывихов ключицы наиболее часто встречается

а) надгрудинный

б) предгрудинный

в) загрудинный

г) двусторонний

340. После вправления вывиха грудинного конца ключицы иммобилизация накладывается

а) в отведении плеча на 90

б) в сгибании плеча на 90

в) во внутренней ротации плеча

г) в наружной ротации плеча

341. Срочно оперировать следует

а) надгрудинный вывих ключицы

б) предгрудинный вывих ключицы

в) загрудинный вывих ключицы

г) загрудинный вывих ключицы с нарушением дыхания

342. В зависимости от положения головки различают все перечисленные вывихи плеча, за исключением

а) верхнего

б) нижнего

в) переднего

г) заднего

343. Наиболее часто вывихи возникают

а) в тазобедренном суставе

б) в коленном суставе

в) в плечевом суставе

г) в локтевом суставе

д) в лучезапястном суставе

344. К типу "передних" относятся вывихи плеча

а) подклювовидный

б) подлопаточный

в) внутриклювовидный

г) правильно а) и в)

д) правильно б) и в)

345. Вывих плеча часто сопровождается переломом

а) малого бугорка

б) большого бугорка

в) шиловидного отростка лопатки

г) клювовидного отростка лопатки

д) ключицы

346. Плечо при вывихе, как правило

а) приведено

б) отведено

в) согнуто

г) разогнуто

347. Плечо при вывихе кажется

а) удлиненным

б) укороченным

в) не меняет длины

г) деформировано

348. Плечо при внутриклювовидном вывихе кажется

а) удлиненным

б) укороченным

в) длина не изменена

г) деформированным

349. Для переломо-вывиха головки плеча характерно

а) укорочение плеча

б) плечо не отведено

в) "пружинящие" движения отсутствуют

г) при пассивных движениях ощущается "костный хруст"

д) все перечисленное верно

350. После вправления вывиха плечо следует фиксировать с помощью

а) косыночной повязки

б) мягкой повязки

в) гипсовой повязки

г) торако-бронхиальной повязки

351. Срок иммобилизации плеча после вправления вывиха составляет

а) 1-2 недели

б) 4 недели

в) 6 недель

г) 8 недель

д) 10 недель

352. Ограничение нагрузки на плечо после вправления вывиха составляет

а) 1. 5 месяца

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 6 месяцев

д) 10 месяцев

353. Причиной возникновения привычного вывиха является

а) родовая травма

б) инфекционный артрит

в) вывих плеча, сопровождающийся переломом ключицы

г) повреждения в момент травматического вывиха в сочетании с неправильной тактикой ведения после вывиха

354. При консервативном лечении привычных вывихов к эффективным приемам относятся

а) физиотерапевтическое лечение

б) противовоспалительное лечение

в) длительное скелетное вытяжение

г) массаж и укрепление мышц живота

355. Застарелые передние вывихи плеча можно вправить не позднее, чем через

а) 2-3 месяца

б) 4-5 месяцев

в) 6-7 месяцев

г) 8-9 месяцев

356. Застарелые задние вывихи плеча трудно вправить уже через

а) 1. 5 месяца

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4 месяца

д) 5 месяцев

358. Предплечье выглядит удлиненным при вывихе

а) кпереди

б) кзади

в) с расхождением костей

г) кнутри

359. В восстановительном периоде после иммобилизации вправленного вывиха предплечья целесообразно все перечисленное, кроме

а) ванн

б) активных движений

в) пассивных движений без нагрузки

г) массажа

360. После установления диагноза "вывих предплечья" к вправлению следует прибегать

а) немедленно

б) через 1-2 часа

в) через 1-2 дня

г) через 3-4 суток

361. Наиболее часто к вывиху плеча приводит

а) прямой удар

б) ротация

в) падение с ударом на согнутую или разогнутую ногу

г) все перечисленное

362. "Свежим" вывихом плеча называется вывих, давностью

а) до 2 недель

б) 1 неделя

в) 3 недели

г) 4 недели

д) свыше 4 недель

363. "Несвежим" вывихом плеча называется вывих, давностью

а) до 2 недель

б) 1 неделя

в) 3 недели

г) 4 недели

д) свыше 4 недель

364. Застарелым вывихом плеча называется вывих давностью

а) до 2 недель

б) 1 неделя

в) 3 недели

г) 4 недели

д) свыше 4 недель

365. Наиболее характерным симптомом для вывиха является

а) сильная боль

б) "костный" хруст

в) возможность производить пассивные движения

г) "пружинящие" движения

366. Для переломо-вывиха из типичных симптомов характерно

а) сильная боль

б) деформация

в) изменение оси конечности

г) "укорочение" конечности

д) отсутствие "пружинящей" фиксации и "костный" хруст

367. После установления диагноза вывиха к вправлению следует прибегнуть

а) немедленно

б) через 2 час

в) через сутки

г) через 3 суток

368. При наличии вывиха вывихнутой частью считается суставной конец периферийной кости, исключение составляет

а) вывих плеча

б) вывих основной фаланги

в) вывих головки луча

г) вывих акроминального конца ключицы

д) вывих стернального конца ключицы

369. После вправления вывиха плеча необходима иммобилизация

а) на косынке

б) мягкой повязкой Дезо

в) на отводящей шине

г) с помощью гипсовой повязки Дезо

370. Привычный вывих возникает в связи

а) с повреждением плечевого сплетения

б) с повреждением сухожилия длинной головки бицепса

в) с разрывом и слабости капсулы плечевого сустава

г) с неправленным травматическим вывихом

371. Застарелый вывих плеча следует лечить

а) консервативно (попытка вправить)

б) на отводящей шине

в) с применением скелетного вытяжения

г) оперативно (открытым или аппаратным методом)

372. Восстановление трудоспособности после оперативного лечения привычного вывиха происходит через

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3-5 месяцев

г) 8-10 месяцев

373. Методом выбора при лечении огнестрельных переломов верхней конечности будет

а) интрамедуллярный остеосинтез

б) скелетное вытяжение

в) накостный остеосинтез

г) внеочаговый остеосинтез с помощью аппарата

374. Вывихи костей кисти по сравнению с вывихами другой локализации встречаются

а) в 1-5% случаев

б) в 5-10% случаев

в) в 10-15% случаев

г) в 15-20% случаев

д) в 20-25% случаев

375. Вывихи костей кисти и запястья встречаются в следующей последовательности по частоте: 1) вывихи кисти, 2) перилунарные вывихи кисти, 3) вывихи полулунной кости, 4) вывихи ладьевидной кости, 5) вывихи гороховидной кости

а) правильно 1, 2, 3, 4, 5

б) правильно 2, 3, 4, 1, 5

в) правильно 4, 1, 3, 5, 2

г) правильно 3, 5, 1, 4, 2

д) правильно 5, 1, 4, 2, 3

376. При перилунарном вывихе вывихиваются следующие кости запястья

а) полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу

б) головчатая кость по отношению к полулунной

в) полулунная и головчатая кости по отношению к лучезапястному суставу

г) ладьевая и головчатая кости по отношению к многогранной

д) гороховидная по отношению к ладьевидной и головчатой

377. При вывихе полулунной кости вывихиваются следующие кости запястья

а) полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу

б) головчатая кость по отношению к полулунной

в) полулунная и головчатая кости по отношению к лучезапястному суставу

г) головчатая и крючковидная кости по отношению к полулунной

д) ладьевидная, головчатая и гороховидная по отношению к полулунной

378. При вывихе ладьевидной кости не встречается следующий клинический признак

а) 1-й палец находится в положении отведения

б) кисть отведена в ульнарную сторону

в) в области анатомической табакерки прощупывается болезненный выступ

г) кисть находится в положении ладонного сгибания

д) движения в лучезапястном суставе ограничены и болезненны

379. При лечении вывихов костей запястья не применяется

а) одномоментное вправление

б) оперативное (кровавое) вправление вывиха

в) вправление вывиха аппаратом внеочаговой фиксации

г) скелетное вытяжение за ногтевые фаланги

д) сначала дистракция аппаратом внеочаговой фиксации, далее оперативное (кровавое) вправление вывиха

380. После одномоментного закрытого вправления перилунарного вывиха трудоспособность восстанавливается через

а) 1-2 недели

б) 2-3 недели

в) 3-4 недели

г) 4-5 недель

д) 5-6 недель

381. При полном изолированном вывихе 1-го пальца наблюдается все перечисленное, кроме

а) основная фаланга 1-го пальца находится под прямым углом, открытым к тылу по отношению к пястной кости

б) ногтевая фаланга находится под прямым углом по отношению к основной под углом, открытым к тылу

в) происходит укорочение 1-го пальца

г) на ладонной поверхности пальпируется выступ, соответствующий головке 1-й пястной кости

д) на тыльной поверхности пальпируется выступ, соответствующий головке 2-й фаланги пальца

382. В лечении вывиха фаланг пальцев не применяется

а) консервативное вправление и гипсовая иммобилизация

б) скелетное вытяжение за ногтевую фалангу

в) оперативное (кровавое) вправление и фиксация спицей трансартикулярно

г) вправление и фиксация на аппарате А. И. Ашкинази

д) консервативное вправление и фиксация на проволочной или металлической шине

383. Для повреждения сухожилия глубокого сгибателя пальца не характерны

а) локализация и вид раны

б) активное сгибание пальца в пястно-фаланговом суставе

в) отсутствие активного сгибания ногтевой фаланги пальца

г) отсутствие мышечного тонуса при пассивном разгибании пальца

д) полное активное разгибание пальца

384. Противопоказанием к наложению первичного сухожильного шва глубокого сухожилия сгибателя пальцев является все перечисленное, кроме

а) наличия явных признаков острого воспаления в области раны на пальце

б) наличия у пострадавшего тяжелого сочетанного повреждения внутренних органов

в) множественных переломов костей кисти и пальцев, требующих особого лечения

г) скальпированной кожной раны кисти и пальцев, требующей пластического восстановления

д) наличия повреждений сухожилий нескольких пальцев

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

а) сухожилие поверхностного сгибателя этого же пальца

б) сухожилие длинной мышцы, натягивающей апоневроз кисти

в) сухожилие разгибателя этого же пальца

г) аллосухожилие

д) сухожилия разгибателя пальцев стопы

387. При наложении первичных блокирующих сухожильных швов на сухожилие глубокого сгибателя пальца активная разработка движений начинается

а) на 7-е сутки после операции

б) на 14-е сутки после операции

в) на 21-е сутки после операции

г) на 30-е сутки после операции

д) через 5 недель после операции

388. Чаще всего из костей запястья ломается

а) ладьевидная кость

б) трехгранная кость

в) полулунная кость

г) крючковидная кость

д) большая многоугольная кость

389. Вывихом чаще всего сопровождается

а) внутрисуставной перелом дистальной головки пястной кости

б) перелом типа Беннета - основание 1-й пястной кости

в) околосуставной перелом дистального отдела 5-й пястной кости

г) околосуставной перелом проксимального отдела 5-й пястной кости

д) перелом диафиза 5-й пястной кости

390. При переломах пястных костей со смещением отломков не наблюдается

а) изменения оси пястной кости углом, открытым к ладони

б) укорочения пястной кости

в) гиперэкстензии в пястно-фаланговых суставах

г) гиперфлексии в межфаланговых суставах

д) отведения 1-го пальца

391. При хорошо репонированном переломо-вывихе 1 пальца типа Беннета средний срок консолидации равен

а) 3-м неделям

б) 4-м неделям

в) 5-ти неделям

г) 6-ти неделям

д) 7-ти неделям

392. В профилактике гнойных осложнений огнестрельных ранений имеет значение все перечисленное, кроме

а) промывания раны по Сызганову-Ткаченко

б) озвучивания, вакуумирования раны, магнитотерапии

в) полноценной хирургической обработки раны с последующим остеосинтезом сломанных фрагментов

г) направленной антибиотикотерапии

д) воздействия теплом

393. Из приведенных ниже восстановительных операций по воссозданию отсутствующего 1-го пальца не применяется

а) фалангизация 1-й пястной кости

б) полицизация 2-го пальца кисти

в) пересадка 1-го пальца стопы на место бывшего 1-го пальца кисти

г) удлинение 1-й пястной кости и создание мягкотканного чехла из мягких тканей

д) создание 1-го пальца из "острого филатовского стебля" и костного аутотрансплантата

394. В классификации переломов шейки бедра различают все перечисленные, кроме

а) медиальных

б) субкапитальных и шеечных

в) латеральных

г) межвертельных и чрезвертельных

д) подвертельных

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

а) болей в тазобедренном суставе

б) укорочения конечности

в) симптома Гирголова

г) симптома "прилипшей пятки"

д) ротации конечности внутрь

396. Консервативное лечение переломов шейки бедра включает все перечисленные методы, кроме

а) скелетного вытяжения

б) наложения кокситной гипсовой повязки

в) репозиции отломков и фиксации аппаратом Илизарова

г) функционального лечения

д) иммобилизации репонированных отломков гипсовой повязки, наложенной на конечность до верхней трети бедра

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

а) закрытого остеосинтеза различными металлоконструкциями

б) открытого остеосинтеза металлоконструкциями

в) остеосинтеза ауто- и аллотрансплантатами

г) открытой репозиции отломков и фиксации гипсовой повязкой

д) эндопротезирования тазобедренного сустава

398. Открытый остеосинтез шейки бедра обладает всеми перечисленными преимуществами, кроме

а) менее травматичен

б) позволяет точно сопоставить отломки

в) позволяет правильно провести фиксатор

г) прочно скрепить отломки

д) позволяет раньше активизировать больного

399. Переломы большого и малого вертелов возможны в случае

а) падения на ноги

б) падения на область ягодиц

в) сдавления таза в передне-заднем направлении

г) сдавления таза с боков

д) падения на область тазобедренного сустава

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

а) боли в области тазобедренного сустава, усиливающейся при пальпации

б) боли в области паховой складки и внутренней поверхности бедра

в) боли в крестцово-подвздошном сочленении

г) гематомы в области тазобедренного сустава

д) крепитации отломков при пальпации

401. Консервативное лечение переломов большого и малого вертелов осуществляется всеми перечисленными способами, кроме

а) введения 2% раствора новокаина в область перелома и отведения ноги на плоскости на 10

б) укладки ноги на шину на 20-25 дней в положении сгибания до 90 в тазобедренном и коленном суставе с наружной ротацией конечности

в) отведения ноги на 10-15 от средней линии с валиком под коленным суставом

г) наложения гипсовой повязки

д) наложения деротационного сапожка

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

а) компрессионно-дестракционные и стержневые аппараты

б) спицы и упорные площадки

в) металлические штифты и шурупы

г) костные штифты

д) шовный материал

403. Возникновению гнойных осложнений при огнестрельных ранениях тазобедренного сустава способствуют все перечисленные причины, кроме

а) первичного микробного загрязнения раны

б) вторичного загрязнения раны

в) наличия обширной зоны первичного некроза тканей вокруг раневого канала

г) поздней нерадикальной хирургической обработки раны

д) поздней иммобилизации

404. Благоприятному исходу огнестрельного ранения тазобедренного сустава способствует первичная хирургическая обработка раны, произведенная

а) в первые 6 часов после ранения с наложением первичных швов и дренированием раны

б) с наложением вторичных швов и дренирования раны

в) первичная хирургическая обработка в первые 6-12 ч

г) первичная хирургическая обработка в первые 12-24 ч

д) все перечисленное правильно

405. Первая медицинская помощь при огнестрельном ранении тазобедренного сустава в военно-полевых условиях состоит из всех перечисленных мероприятий, кроме

а) введения противостолбнячной сыворотки, анатоксина и антибиотиков

б) остановки наружного кровотечения

в) наложения иммобилизации шины

г) наложения аппарата Илизарова

д) эвакуации в специализированное отделение

406. Активизация пострадавшего при огнестрельном ранении тазобедренного сустава возможна при выполнении всех перечисленных мероприятий, кроме

а) после введения обезболивающих средств

б) первичной хирургической обработке раны и фиксации отломков

в) наложения гипсовой повязки с тазовым поясом

г) оперативного лечения (остеосинтеза) или наложения аппарата Илизарова

д) наложения скелетного вытяжения за мыщелки бедра

407. Повреждение бедра под действием травмирующей силы возможно при падении

а) на спину

б) на область крестца и ягодиц

в) на область крыла подвздошной кости

г) на область бедра

д) на вытянутые ноги

408. При переломе верхней трети диафиза бедра типичным смещением отломков следует считать

а) смещение отломков по ширине, длине и под углом

б) смещение вокруг оси

в) установка центрального отломка в положении отведения, сгибания и наружной ротации, периферического кверху и кзади от центрального

г) установка центрального отломка в положении приведения кнутри и кпереди, периферического кзади вверх и под углом

д) смещение центрального отломка кзади, периферического кпереди и кзади

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

а) верхней трети диафиза

б) средней трети диафиза

в) нижней трети диафиза

г) надмыщелков

д) средней и нижней трети диафиза

410. Проксимальный фрагмент при переломах в верхней и средней трети бедра устанавливается в положении

а) приведения, сгибания и внутренней ротации

б) отведения, сгибания и наружной ротации

в) приведения, сгибания и наружной ротации

г) отведения, сгибания и внутренней ротации

д) отведения, разгибания и внутренней ротации

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

а) проксимального отдела бедра

б) верхней трети диафиза

в) средней трети

г) нижней трети

д) надмыщелков

412. Интрамедуллярный остеосинтез может явиться причиной всех следующих осложнений, кроме

а) шока и кровопотери

б) жировой эмболии

в) ложного сустава

г) нагноения

д) деформирующего артроза коленного сустава

413. Неправильный подбор фиксатора по размерам при интрамедуллярном остеосинтезе бедра может явиться причиной всех следующих осложнений, кроме

а) проникновения штифта в коленный сустав

б) перелома фиксатора

в) заклинивания фиксатора в костном отломке

г) перфорации стенки кости

д) образования трещин в кости

414. Оптимальными сроками оперативного лечения переломов диафиза бедра являются

а) 1-е сутки после травмы

б) 1-2-е сутки после травмы

в) 2-5-е сутки после травмы

г) 7-15-е сутки после травмы

д) спустя 15 суток

415. К наиболее часто встречающимся осложнениям травматического эпифезиолиза дистального конца бедра относятся

а) нарушение (тромбоз) магистрального кровотока конечности

б) нарушение роста кости

в) невозможность закрытой репозиции

г) повреждение сосудисто-нервного пучка

д) жировая эмболия

416. Абсолютным показанием к оперативному лечению при надмыщелковом переломе бедра является

а) неустраняемое консервативными методами смещение фрагмента

б) нарушение конгруэнтности суставных поверхностей

в) повреждение и сдавление сосудисто-нервного пучка

г) интрепозиция мягких тканей

д) неправильно сросшийся перелом

417. Лечение огнестрельного перелома бедра на госпитальном этапе включает

а) хирургическую обработку и интрамедуллярный остеосинтез

б) хирургическую обработку, активное дренирование, наружную фиксацию отломков

в) хирургическую обработку, пассивное дренирование, компрессионно-дистракционный остеосинтез

г) хирургическую обработку, вакуумирование и наложение гипсовой повязки

д) обкалывание антибиотиками, новокаиновую блокаду, иммобилизацию сегмента

418. К осложнениям, наблюдаемым при переломе бедра в позднем реабилитационном периоде, относятся все следующие, кроме

а) несросшегося перелома

б) деформации и укорочения конечности

в) контрактуры

г) остеомиелита

д) сдавления сосудисто-нервного пучка

419. Оптимальным сроком для удаления фиксаторов является срок

а) 6 месяцев

б) 1 год

в) 1. 5 года

г) 2 года

д) фиксатор можно не удалять

420. Лечение огнестрельных повреждений бедра в военно-полевых условиях начинают со всех следующих мероприятий, кроме

а) остановки наружного кровотечения

б) проведения реанимационных мероприятий

в) иммобилизации конечности

г) наложения компрессионно-дистракционного аппарата

д) транспортировки в специализированный госпиталь

421. Повреждение внутреннего мыщелка большеберцовой кости, возникшего при чрезмерной аддукции, сопровождается

а) повреждением боковых связок коленного сустава

б) повреждением крестообразных связок

в) повреждением боковых и крестообразных связок

г) повреждением наружной малоберцовой связки, передней крестообразной связки и внутреннего мениска

д) повреждением боковых и крестообразных связок мениска

422. Повреждение наружнего мыщелка большеберцовой кости, вызываемого чрезмерной абдукцией, сопровождается повреждением

а) боковых связок

б) боковых и крестообразных связок

в) внутренней большеберцовой связки, передней крестообразной связки и наружного мениска

г) менисков

423. Лечение переломов мыщелков большеберцовой кости без смещения отломков состоит в наложении лонгетно-циркулярной гипсовой повязки (угол сгибания в коленном суставе 90) на срок

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4 месяца

д) 5 месяцев

424. Переломы мыщелкового возвышения большеберцовой кости сопровождаются разрывом

а) внутренней боковой связки коленного сустава

б) наружной боковой связки коленного сустава

в) боковых и крестообразных связок

г) задней крестообразной связки

д) передней крестообразной связки

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

а) артротомия, удаление поврежденных менисков, поднятие осевших мыщелков, металлоостеосинтез

б) закрытый компрессионно-дестракционный остеосинтез переломов большеберцовой кости

в) ручное вправление переломов мыщелков большеберцовой кости

г) скелетное вытяжение за надлодыжечную область или пяточную

д) ультразвуковая сварка

426. При лечении компрессионных переломов мыщелка большеберцовой кости путем остеосинтеза нагрузку на ногу разрешают в сроки не раньше

а) 1 месяца

б) 2 месяцев

в) 3 месяцев

г) 4 месяцев

д) 5 месяцев

427. При наличии многооскольчатого раздробленного перелома надколенника со смещением отломков предпочтительным методом лечения является

а) консервативный способ

б) скелетное вытяжение

в) остеосинтез

г) остеосинтез по Мюллеру

д) удаление раздробленного надколенника, восстановление сухожилия четырехглавой мышцы и собственной связки надколенника, наложение тутора на 4 недели

428. По оказании квалифицированной помощи пострадавшему с огнестрельным ранением коленного сустава следует

а) не торопиться произвести первичную хирургическую обработку

б) произвести раннюю хирургическую обработку раны коленного сустава, ранний остеосинтез без проведения интенсивной инфузионной терапии

в) произвести первичную хирургическую обработку раны, активное дренирование полости его, под прикрытием интенсивной инфузионной терапии, антибиотиков широкого спектра действия

г) произвести первичную хирургическую обработку с использованием ультразвука с обильным промыванием полости коленного сустава и аспирацией раствора хлоргексидина 1:1000, использование вакуума

д) использовать антибиотики широкого спектра действия

429. Косые (винтообразные) переломы костей голени имеют типичное смещение

а) центральный отломок большеберцовой кости, сместившийся по длине, располагается кнутри и кпереди, периферический отломок смещается кзади и ротируется кнаружи

б) центральный отломок большеберцовой кости смещается по длине и ширине, ротируется кнутри, периферический отломок смещается кпереди и ротируется кнутри

в) центральный отломок большеберцовой кости смещается по длине, кнаружи, периферический отломок смещается кнутри

г) правильно а) и б)

д) возможен любой из вариантов

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

а) за пяточную кость

б) за надлодыжечную область

в) за таранную кость

г) правильно а) и б)

д) правильного ответа нет

431. При винтообразных переломах костей голени со смещением отломков имеет место все перечисленное, за исключением

а) типичного смещения отломков, их неустойчивости, частого повторного смещения в гипсовой повязке

б) сложных анатомических соотношений отломков и невозможности удержать их в правильном положении консервативными методами

в) острых штыкообразных отломков, которые нанизывают на себя мягкие ткани (мышцы, сухожилия, апоневротические чехлы, надкостницу и т. д. ) , захлестывающих их вокруг себя и тем самым создающих интерпозицию

г) значительно выраженного повреждения мягких тканей

д) частого отсутствия интерпозиции мягких тканей

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

а) гипсовая повязка

б) скелетное вытяжение + гипсовая повязка

в) компрессионно-дистракционный метод

г) операция остеосинтеза

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

а) отличные результаты

б) хорошие результаты

в) удовлетворительные результаты

г) плохие результаты

д) правильно в) и г)

434. Оптимальным методом лечения открытых переломов костей голени со смещением отломков является

а) первичная хирургическая обработка, репозиция перелома, наложение разрезной гипсовой повязки от верхней трети бедра до кончиков пальцев стопы

б) первичная хирургическая обработка, наложение скелетного вытяжения

в) остеосинтез, если имеется материально-техническая база, подготовленные кадры

г) наложение компрессионно-дистракционного аппарата после первичной хирургической обработки

д) правильно в) и г)

435. При открытых переломах костей, сочетанных с массивными повреждениями мягких тканей в этой же зоне, оптимальными являются

а) первичная хирургическая обработка раны, репозиция перелома, наложение разрезной гипсовой повязки

б) первичная хирургическая обработка раны, репозиция перелома, наложение демпферного скелетного вытяжения

в) первичная хирургическая обработка раны, наложение модуля спицевого аппарата

г) правильно а) и б)

436. Оптимальным методом лечения неправильно сросшегося перелома костей голени является

а) повторная репозиция, наложение гипсовой повязки

б) скелетное вытяжение

в) остеотомия малоберцовой кости, корригирующая остеотомия большеберцовой кости с остеосинтезом в правильном положении

г) остеотомия малоберцовой кости, гипсовая повязка

д) остеотомия малоберцовой кости, корригирующая остеотомия большеберцовой кости с наложением компрессионно-дистракционного аппарата

437. Устранение ложного сустава включает все перечисленное, кроме

а) операции Бека, резекции концов ложного сустава

б) костнопластической операции по Хахутову - Ольби

в) корригирующей остеотомии с формированием скользящего трансплантата и постепенного перекрытия им ложного сустава с помощью аппарата Илизарова

г) пластики ложного сустава иди дефекта костным трансплантатом на сосудистой ножке с использованием компрессионно-дистракционного аппарата

д) операции "обходного" полисиностоза

438. Лечение остеомиелита костей голени включает все перечисленное, кроме

а) секвестроэктомии, промывания системы микроциркуляции, ультразвукового озвучивания раны

б) проточного промывания и длительного дренирования

в) местного применения хлоргексидина 1:1000

г) наложения "глухого" шва

д) применения антибиотиков широкого спектра действия (местно, внутривенно, внутриартериально)

439. Средний срок восстановления трудоспособности при переломах костей голени составляет

а) 2-3 месяца

б) 3-4 месяца

в) 4-5 месяцев

г) 5-6 месяцев

д) 6-8 месяцев

440. Лечение свежих повреждений ахиллова сухожилия включает

а) наложение гипсовой повязки в положении максимального подошвенного сгибания стопы до 5 недель

б) открытый способ сшивания "конец в конец" или ахиллопластика по В. А. Чернавскому

в) пластику апоневрозом стопы

г) закрытое сшивание сухожилия

д) правильно б) и г)

441. Оптимальным методом лечения застарелых повреждений ахиллова сухожилия являются

а) открытый способ - сшивание "конец в конец" или "конец в бок"

б) открытый способ - ахиллопластика по В. А. Чернавскому

в) пластика дефекта широкой фасции бедра

г) пластика дефекта с помощью лавсановой ленты, вшитой в концы разошедшегося ахиллова сухожилия

д) пластика апоневрозом стопы дефекта ахиллова сухожилия

442. Иммобилизация гипсовой повязкой при сшивании ахиллова сухожилия составляет

а) 3-4 недели

б) 4-5 недель

в) 5-6 недель

г) 6-7 недель

д) 7-8 недель

443. Симптомом, позволяющим выявлять даже самое малое количество жидкости от 4 до 8 мл в коленном суставе, является

а) симптом "баллотирования" надколенника

б) симптом переднего "выдвижного ящика"

в) симптом заднего "выдвижного ящика"

г) симптом переднего и заднего "выдвижного ящика"

д) симптом выпячивания

444. Симптом "выпячивания" состоит

а) в выдавливании жидкости снаружи коленного сустава

б) в перкуссии с внутренней стороны поверхности коленного сустава

в) в аускультации коленного сустава

г) в перкуссии и аускультации коленного сустава

д) в выдавливании жидкости снаружи и перкуссии с внутренней стороны коленного сустава

445. Техника выполнения симптома "баллотирования" надколенника состоит

а) в сжатии коленного сустава

б) в сжатии надпателлярного заворота левой руки

в) в выдавливании кончиков пальцев на подколенник в передне-заднем направлении

г) в сжатии надпателлярного заворота левой рукой и надавливании кончиками пальцев на надколенник в передне-заднем направлении

д) в перкуссии надколенника

446. При отклонении голени от средней линии нижней конечности во фронтальной плоскости от 0 до 3 можно сделать заключение о том, что

а) боковые связки коленного сустава целы

б) крестообразные связки сохранены

в) частичный разрыв боковых связок

г) частичный разрыв боковых связок и крестообразных связок

д) частичный разрыв крестообразных связок

447. При девиации голени во фронтальной плоскости от средней линии на 3-5 можно поставить диагноз

а) полного разрыва боковых связок

б) частичного разрыва боковых связок

в) разрыва боковых и крестообразных связок

г) разрыва крестообразных связок

д) повреждения менисков

448. При отклонении голени во фронтальной плоскости от средней линии вовнутрь на 3-5 диагностируется

а) полное повреждение внутренней боковой связки коленного сустава

б) частичное повреждение внутренней боковой связки коленного сустава

в) частичное повреждение наружней боковой связки коленного сустава

г) полный разрыв наружней боковой связки коленного сустава

д) частичный разрыв крестообразных связок

449. Отклонение голени от средней линии от 5 до 10 во фронтальной плоскости кнутри и кнаружи указывает

а) на полный разрыв боковых связок

б) на частичный разрыв боковых связок

в) на полный разрыв крестообразных связок

г) на частичный разрыв крестообразных связок

д) на частичный разрыв боковых и крестообразных связок

450. Отклонение голени от средней линии нижней конечности во фронтальной плоскости от 3 до 5 кнаружи указывает

а) на полный разрыв внутренней боковой связки

б) на частичный разрыв внутренней боковой связки

в) на полный разрыв наружней боковой связки

г) на частичный разрыв наружней боковой связки

д) на повреждение менисков и всех связок коленного сустава

451. Источником регенерации удаленного полностью мениска после менискоэктомии могут быть

а) сгустки крови в полости коленного сустава

б) остатки хряща

в) капсула коленного сустава

г) паракапсулярная зона и каемочка мениска шириною до 1-2 мм, обычно оставляемая при менискоэктомии

д) синовиальная жидкость

452. Для гемартроза голенностопного сустава ведущим симптомом является

а) кровоподтек

б) боль

в) нарушение функции конечности

г) скопление крови в полости сустава

д) разрыв межберцового синдесмоза

453. Пальпацию голеностопного сустава на выявление гемартроза следует производить

а) спереди

б) с боков

в) сзади

г) спереди и сзади голеностопного сустава, снутри и снаружи ахиллова сухожилия

д) все ответы правильные

454. При наличии перелома внутренней лодыжки рентгенограммы голени в верхней трети производятся с целью выявления

а) перелома внутреннего мыщелка большеберцовой кости

б) перелома наружнего мыщелка большеберцовой кости

в) перелома головки малоберцовой кости или ее в верхней трети

г) правильно а) и б)

д) все ответы неправильны

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

а) таранную и пяточную кости

б) таранную, пяточную, большеберцовую кости

в) таранную, пяточную, большеберцовую и малоберцовую кости

г) суставную часть дистального эпиметафиза большеберцовой кости

д) биссектрису угла Беллера

456. Для фиксации лодыжек после их вправления показана

а) циркулярная бесподкладочная гипсовая повязка

б) циркулярная гипсовая повязка с ватной прокладкой

в) разрезная циркулярная гипсовая повязка типа "сапожок"

г) V-образная повязка со стопой

д) V-образная повязка без лонгеты для стопы

457. Образование вторичного смещения при лодыжечных переломах возможно вследствие всего перечисленного, кроме

а) спадения травматического шока

б) использования первичной циркулярной повязки

в) плохого моделирования гипсовой повязки

г) применения ЛФК

д) ранней осевой нагрузки

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

а) многократных репозиций

б) сдавления гипсовой повязкой

в) применение циркулярной гипсовой повязки

г) плохого моделирования гипсовой повязки

д) наложения аппаратов внешней фиксации

459. Разрыв дельтовидной связки чаще всего сопровождается

а) разрывом межберцового синдесмоза

б) разрывом наружных связок голеностопного сустава

в) переломом пяточной и таранной костей

г) переломом плюсневых костей

д) вывихом в шопаровом суставе

460. При пронационном трехлодыжечном переломо-вывихе голеностопного сустава, леченного гипсовой повязкой, срок иммобилизации составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 2. 5-3 месяца

г) 4 месяца

461. При пронационном трехлодыжечном переломе голеностопного сустава, леченного оперативным путем, срок иммобилизации составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4 месяца

д) 5 месяцев

462. Оперативное лечение переломо-вывиха голеностопного сустава ускоряет сроки сращения

а) на 10 дней

б) на 14 дней

в) на 21 день

г) на 28 дней

д) не ускоряет

463. Первичная хирургическая обработка огнестрельных ранений голеностопного сустава на современном этапе включает

а) рассечение, иссечение и восстановление целостности тканей

б) внутрикостное промывание раны с антибиотиками

в) использование вакуума

г) дренирование раны

д) иссечение, рассечение раневого канала, ультразвуковую обработку его, внутрикостное промывание с антибиотиками, активное дренирование, наложение иммобилизующей повязки или модуля

464. Срок восстановления трудоспособности при пронационном трехлодыжечном переломо-вывихе голеностопного сустава составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4 месяца

д) 4-6 месяцев

465. Срок восстановления трудоспособности при трехлодыжечном супинационном переломо-вывихе голеностопного сустава составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4-5 месяцев

д) 6 месяцев

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

а) применения рентгенотерапии (малых доз)

б) применения холода в остром периоде

в) наложения давящей повязки

г) физиопроцедур

д) ЛФК

467. Признаками перелома шейки таранной кости являются

а) острая боль в области ахиллова сухожилия, усиление болей при тыльном сгибании стопы, поколачивание пяточной области усиливает боли в зоне перелома, первый палец стопы находится в положении подошвенного сгибания

б) увеличение подвижности в таранно-пяточном сочленении

в) ограничение подошвенного сгибания и тыльного разгибания в голеностопном

г) резкое уменьшение аддукции и абдукции стопы

д) нормальный объем движений в голеностопном суставе

468. При переломах заднего отростка таранной кости гипсовая повязка накладывается в легком тыльном сгибании стопы сроком

а) на 3-4 недели

б) на 6-8 недель

в) на 8-10 недель

г) на 10-12 недель

д) на 12-14 недель

469. При переломе шейки таранной кости без смещения нагрузка на ногу разрешается через

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4 месяца

д) 10-12 недель

470. Срок восстановления трудоспособности при переломах шейки таранной кости со смещением отломков, леченный консервативно, составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4 месяца

д) 5 месяцев

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

а) остеосинтез винтами

б) остеосинтез спицами

в) артродез голеностопного и подтаранного суставов

г) астрагалэктомию

472. При компрессионных переломах тела таранной кости средний срок иммобилизации гипсовой повязкой составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 3-4 месяца

д) 4-5 месяцев

473. При развитии асептического некроза таранной кости и деформирующего остеоартроза голеностопного и подтаранного суставов показан

а) остеосинтез винтами

б) остеосинтез спицами

в) остеосинтез проволокой

г) астрагалэктомия

д) артродез голеностопного и подтаранного суставов

474. Таранно-пяточный угол в норме составляет

а) 10-20

б) 20-30

в) 20-40

г) 20-50

д) 40-60

475. Признаками перелома пяточной кости являются

а) боли в области пяточной кости, уплощение свода стопы, деформация голеностопного сустава, опущение верхушек лодыжек на стороне перелома пяточной кости

б) деформация голеностопного сустава и смещение внутренней лодыжки вверх

в) гемартроз голеностопного сустава, уплощение внутреннего свода стопы

г) боль в области расположения пяточной кости, отсутствие деформации голеностопного сустава

476. Переломы пяточной кости со смещением отломков и снижением таранно-пяточного угла подлежат лечению всеми перечисленными методами, кроме

а) консервативного лечения - наложения гипсового "сапожка" с хорошим моделированием свода стопы, с наложением стремени или монтажом каблучка, без предварительной репозиции

б) скелетного вытяжения

в) наложения аппаратов чрезкостной фиксации

г) ручной репозиции на "клине" или на колене с последующим наложением аппарата внешней фиксации или гипсового "сапожка"

д) остеосинтеза

477. Средний срок иммобилизации при компрессионных переломах пяточной кости составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4 месяца

д) 5 месяцев

478. При переломах ладьевидной, кубовидной и клиновидных костей без смещения отломков срок гипсовой иммобилизации "сапожком" с хорошим моделированием свода стопы составляет

а) 1 неделю

б) 2 недели

в) 3 недели

г) 4-6 недель

д) 6-8 недель

479. При переломах ладьевидной, кубовидной и клиновидных костей с устраненным смещением отломков средний срок гипсовой иммобилизации составляет

а) 4 недели

б) 4-6 недель

в) 6-8 недель

г) 8-10 недель

д) 10-12 недель

480. При отрывах бугорка ладьевидной кости, к которому прикрепляется сухожилие задней большеберцовой мышцы, гипсовая повязка накладывается на срок

а) 3 недели

б) 4 недели

в) 5 недель

г) 6 недель

д) 6-8 недель

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

а) 3 недели

б) 4 недели

в) 4-6 недель

г) 6-8 недель

д) 9-10 недель

482. 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

483. 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

484. 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

485. 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

486. Открытым переломом костей следует считать перелом, при котором: 1) костная рана связана с внешней средой через поврежденные мягкие ткани и кожу, 2) рана кожи и мягких тканей на уровне перелома не сообщается с костью, 3) на уровне перелома располагается зона осаднения кожных покровов, 4) рана мягких тканей проникает до кости в 5 см от зоны перелома, 5) рана мягких тканей проникает до кости в 10 см от зоны перелома, 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

487. 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

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

а) 102 микробов

б) 103 микробов

в) 104 микробов

г) 105 микробов

д) 106 микробов

489. 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

490. 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

491. Нехарактерным для проникающих ранений крупных суставов является

а) травматический шок

б) гемартроз

в) серозный синовит

г) геморрагический синовит

д) гнойный артрит

492. 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

493. Наиболее достоверным симптомом открытого повреждения сустава является

а) наличие 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

494. 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

495. 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

496. 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

497. 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 методу Линберга встречными треугольниками

г) пластики лоскутом по Тычинкиной

д) пластики перемешанным лоскутом на питающей ножке

498. 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) внеочаговый чрезкожный остеосинтез

499. 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

500. 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, тромбофлебита

501. Чаще других встречаются открытые повреждения

а) плечевого сустава

б) локтевого сустава

в) коленного сустава

г) лучезапястного сустава

д) голеностопного сустава

502. 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

503. 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) тепловые процедуры на локтевой сустав

г) ненасильственные и пассивные разгибательные и сгибательные, супинационные и ротационные движения в локтевом суставе и предплечье

д) активные движения в плечевом и лучезапястном суставе поврежденной конечности

504. 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)

505. 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

506. К множественным переломам относятся

а) повреждения двух и более анатомо-функциональных 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

507. 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

508. 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)

509. 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)

510. 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

511. 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

512. 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)

513. 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

515. 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

516. Раннюю летальность при множественных и сочетанных повреждениях определяют все следующие факторы, кроме

а) кровопотери

б) черепно-мозговой травмы

в) повреждения жизненно-важных органов

г) травматического шока IV степени

д) повреждения скелета

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

а) шока и кровопотери

б) тяжелой черепно-мозговой травмы

в) тромбоэмболии легочной артерии

г) жировой эмболии

д) гнойных осложнений

518. Летальность при множественных и сочетанных повреждениях в отдаленном периоде после травмы обусловлена

а) тяжелой черепно-мозговой травмой

б) тромбоэмболией легочной артерии

в) жировой эмболией

г) гнойными осложнениями

д) прочими причинами

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

а) предупреждения травматизма

б) ранней диагностики повреждений

в) определения вида и локализации повреждения

г) выбора метода лечения

д) верно б) и г)

520. Наиболее тяжелые переломы с обширными повреждениями мягких тканей обусловлены, как правило

а) прямым действием силы

б) тангенциальным действием силы

в) действием силы на протяжении по оси тела или конечности

г) скручивающим действием силы

д) всем перечисленным

521. Типичным для кататравмы являются следующие из перечисленных множественных повреждений: 1) перелом шейного отдела позвоночника и бедра, 2) перелом голеней и перелом плеча, 3) перелом костей таза, бедра, голени, 4) перелом грудного отдела позвоночника и костей предплечья, 5) множественный перелом ребер и перелом костей стоп, 6) перелом поясничного отдела позвоночника, бедра, пяточных костей

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 1, 2, 3, 5

в) верно все, кроме 1, 2, 4, 5

г) верно все, кроме 2, 5, 6

д) верно все, кроме 3, 4, 5

522. При попадании пострадавшего под колеса рельсового транспорта характерными являются

а) повреждение таза и открытый перелом бедра

б) повреждение нижних конечностей в виде размозжения и отрыва их сегментов

в) множественных переломов костей таза в сочетании с переломом костей верхних конечностей

г) повреждение грудной клетки с переломом грудного отдела позвоночника

д) перелом поясничного отдела позвоночника в сочетании с черепно-мозговой травмой и травмой органов брюшной полости

523. При множественных переломах повреждение пяточных костей наиболее часто сочетается

а) с переломом таранной кости

б) с переломом костей стопы

в) с переломом позвоночника

г) с переломом костей таза

д) с переломом большеберцовой кости

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

а) настораживает врача и позволяет прогнозировать осложнения травмы

б) указывает на механизм травмы

в) указывает на повреждение нескольких сегментов опорно-двигательного аппарата и прилегающих внутренних органов одной области

г) указывает на возможное повреждение одновременно - ребер, грудины, легкого и печени

д) указывает на изолированное повреждение одного из сегментов опорно- двигательного аппарата

525. Ведущим патогенетическим звеном при множественной и сочетанной травме являются: 1) расстройства центральной и периферической гемодинамики, 2) расстройства дыхания, 3) метаболические расстройства, 4) полиорганная недостаточность

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 4

в) верно все, кроме 2

г) верно все, кроме 3

д) верно все, кроме 1, 4

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

а) осуществить интубацию трахеи и проводить искусственную вентиляцию легких

б) наложить трахеостому и проводить искусственную вентиляцию легких

в) проводить искусственную вентиляцию легких и произвести дренирование плевральной полости

г) проводить искусственную вентиляцию легких и произвести пункцию плевральной полости по показаниям

д) осуществлять медикаментозную терапию и динамическое наблюдение

527. Борьба с дыхательной недостаточностью на догоспитальном этапе состоит в первую очередь

а) в интубации трахеи

б) во введении ротового или носового воздуховода

в) в интубации и вспомогательной вентиляции легких

г) в туалете рта, глотки, гортани

д) во введении дыхательных аналептиков

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

а) оценки тяжести состояния пострадавшего с определением ведущего повреждения

б) остановки наружного кровотечения и иммобилизации поврежденного сегмента

в) восстановлении и поддержании функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем

г) гемотрансфузионной терапии при внутреннем кровотечении

д) быстрой транспортировки в специализированный стационар

529. При множественных сочетанных повреждениях в остром периоде имеют значение все следующие исследования, кроме

а) определения гематокрита и объема циркулирующей крови

б) проведения рентгенологических исследований

в) проведения эндоскопических исследований

г) клинических исследований крови и мочи

д) исследования иммунологических и бактериологических показателей крови

530. Топическая диагностика при сочетанной травме затруднена вследствие

а) общего тяжелого состояния вследствие шока или комы

б) искажения типичной клинической картины при повреждении нескольких сегментов и органов

в) невозможности применения многих из специальных инструментальных методов диагностики у больного с политравмой

г) верно а) и б)

д) верно все перечисленное

531. В комплексе направленной патогенетической терапии в раннем периоде тяжелой сочетанной травмы входят следующие мероприятия

а) коррекция гемодинамических расстройств с восполнением дефицита объема циркулирующей крови

б) адекватное обезболивание и иммобилизация поврежденных костных фрагментов

в) коррекция метаболических нарушений

г) антибактериальная терапия

д) все перечисленное

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

а) устойчивой стабилизации артериального давления

б) отсутствия выраженной тахикардии (частота сердечных сокращений не чаще 100 в минуту)

в) отсутствия дыхательной недостаточности (частота дыхания не более 18-20 в минуту)

г) нормального темпа мочеотделения

д) правильного стояния отломков поврежденных костей

533. Обезболивание на догоспитальном этапе при множественных и сочетанных повреждениях заключается

а) в анестезии мест переломов

б) в проведении новокаиновых блокад в сочетании с введением ненаркотических аналгетиков

в) в обезболивании закисью азота

г) в введении наркотических аналгетиков

д) в введении нейролептиков и аналгетиков

534. Обезболивание при множественных и сочетанных повреждениях направлено на предупреждение таких нарушений, как: 1) нервно-психические расстройства, 2) дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, 3) травматический шок, 4) тромбоэмболия легочной артерии и жировая эмболия, 5) вторичное кровотечение

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 2, 4

в) верно все, кроме 1, 3

г) верно все, кроме 4, 5

д) верно все, кроме 5

535. Наиболее целесообразным видом обезболивания у больных с тяжелой сочетанной травмой черепа и опорно-двигательного аппарата, находящихся в состоянии травматического шока, является

а) местная анестезия

б) пролонгированная внутрикостная гемостатическая блокада в комбинации с внутривенным наркозом

в) масочный и ингаляционный наркоз

г) эндотрахеальный наркоз

д) внутривенный наркоз

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

а) спинномозговая анестезия в комплексе с наркозом закисью азота

б) перидуральная анестезия в комплексе с внутривенным наркозом

в) эндотрахеальный наркоз с мышечными релаксантами в большой дозе

г) эндотрахеальный наркоз с мышечными релаксантами в небольшой дозе

д) хлорэтиловый наркоз в комплексе с внутрикостной пролонгированной гемостатической блокадой

537. Выбор вещества для обезболивания при тяжелой множественной травме, осложненной травматическим шоком, в первую очередь определяется состоянием

а) дыхания

б) гемодинамики

в) эндокринной системы

г) центральной нервной системы

д) свертывающей системы

538. Оптимальным методом обезболивания в условиях стационара при множественных переломах ребер следует считать: 1) паравертебральную блокаду, 2) спинальную анестезию, 3) эпидуральную блокаду, 4) блокаду области перелома, 5) наркотические аналгетики

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 1, 3

в) верно все, кроме 3, 4

г) верно все, кроме 1, 2, 3

д) верно все, кроме 4

539. Положительным качеством новокаиновой блокады при тяжелых множественных и сочетанных повреждениях является то, что она

а) не вызывает снижения артериального давления

б) снижает температуру тела

в) обеспечивает длительное обезболивающее действие

г) ликвидирует боль, не маскируя клиническую картину

д) повышает центральное венозное давление

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

а) консервативному методу

б) оперативному методу

в) сочетанию консервативных и оперативных методов

г) функциональному методу

д) никакому из указанных методов

541. Для исключения диагностических ошибок при выявлении повреждения внутренних органов брюшной полости и малого таза необходимо особое внимание обращать

а) на больных с сочетанной травмой головного мозга

б) на больных с сочетанной травмой позвоночника

в) на больных с сочетанной травмой, полученной в состоянии алкогольного опьянения

г) на всех перечисленных больных

д) правильно а) и в)

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

а) скелетным вытяжением

б) гипсовой повязкой

в) аппаратом внешней фиксации

г) внутрикостным фиксатором

д) любым из указанных способов

543. Следует считать тактической ошибкой оперативное вмешательство при сочетанной травме опорно-двигательного аппарата остеосинтеза в состоянии: 1) травматического шока, 2) острого нарушения функции легких, сердца, 3) ушиба головного мозга на 4-8 день после травмы, 4) агонального состояния, 5) внутреннего кровотечения

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 1, 2, 3

в) верно все, кроме 2, 5

г) верно все, кроме 5

д) правильного ответа нет

544. Оперативное вмешательство по жизненным показаниям производится при следующих множественных и сочетанных повреждениях: 1) ушиб головного мозга с признаками сдавления и дислокации его, 2) множественный перелом ребер с повреждением легкого, осложненный гематораксом с уровнем жидкости до VI ребра, 3) двусторонний перелом бедер, 4) закрытый перелом нижнегрудного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга, 5) закрытый перелом поясничного отдела позвоночника с повреждением конского хвоста, 6) размозжение нижней конечности до уровня средней трети бедра, 7) проникающее ранение грудной клетки

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 1, 2, 4

в) верно все, кроме 2, 4, 6

г) верно все, кроме 1, 6, 7

д) верно все, кроме 1, 3, 6, 7

545. Преимущества оперативного лечения переломов при множественных и сочетанных повреждениях опорно-двигательного аппарата состоят: 1) в точном сопоставлении и стабильной фиксации отломков, 2) в возможности ранней активизации и функционального лечения, 3) в облегчении ухода за больными, 4) в облегчении транспортировки больного, 5) в ускорении заживления перелома - костной регенерации

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 2

в) верно все, кроме 3, 4

г) верно все, кроме 4, 5

д) верно все, кроме 5

546. При одновременном переломе переднего и заднего полукольца одноименной половины таза в сочетании с переломом бедра той же стороны наиболее целесообразно использование следующих методов консервативного лечения

а) скелетное вытяжение за бедро и голень

б) скелетное вытяжение за крыло подвздошной кости и бедро

в) скелетное вытяжение за мыщелки бедра и за пяточную кость

г) скелетное вытяжение дистракционным устройством с использованием спиц с упорными площадками, закрепленных в рамочном устройстве в области таза и вытяжение за мыщелки бедра

д) правильно а) и г)

547. Регенерация костной ткани при переломо-вывихах у пострадавших с множественной травмой опорно-двигательного аппарата характеризуется следующими особенностями

а) замедлением процесса регенерации

б) увеличением сроков консолидации

в) увеличением сроков иммобилизации

г) течением, аналогичным течению репаративных процессов при изолированной травме

д) верно все, кроме б) и г)

548. При переломе плечевой кости и костей предплечья репозицию следует начинать

а) с предплечья

б) с плеча

в) одновременно с плеча и предплечья

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

а) первые 48 часов

б) первые 7 суток

в) 8-21 суток

г) через три недели после травмы

550. Общепринятой тактикой лечения забрюшинных кровотечений при множественных переломах костей таза является: 1) массивная гемотрансфузия, 2) перевязки внутренних подвздошных артерий, 3) люмботомия с тугой тампонадой забрюшинного пространства, 4) пролонгированная гемостатическая внутрикостная тазовая блокада, 5) введение через катетер аутологического тромба в артерии таза

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 2, 3

в) верно все, кроме 1, 5

г) верно все, кроме 2, 5

д) верно все, кроме 1, 4

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

а) гнойно-септические осложнения, развивающиеся в зоне повреждения и вне ее

б) токсические осложнения (острая почечно-печеночная недостаточность и др. )

в) нарушение реологических свойств крови в сочетании с микроциркуляторными и трофическими расстройствами (отек мозга, легких, тромбоэмболии и жировая эмболия)

г) инфекционный гепатит

д) контрактуры при повреждении костей и суставов

552. В остром периоде при множественных повреждениях опорно-двигательного аппарата целесообразно применять следующие кожные пластические операции: 1) пластику итальянским лоскутом, 2) пластику по Красовитову, 3) пластику "утильной кожей" по Блохину, 4) пластику встречными треугольными кожными лоскутами по Лимбергу, 5) пластику по Тычинкиной, 6) пластику ротационным лоскутом

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 1, 2, 4

в) верно все, кроме 1, 4, 5

г) верно все, кроме 3, 5, 6

д) верно все, кроме 2, 4, 6

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

а) повреждения хрящевой поверхности сустава

б) повреждения эпифизов

в) повреждения мягких тканей в области суставов

г) иммобилизации конечности

д) общих нарушений, возникающих в организме при политравме

554. Тактика хирурга при открытом переломе обеих бедренных костей включает все следующие мероприятия, кроме

а) борьбы с шоком и остановки кровотечения

б) первичной хирургической обработки ран

в) раннего стабильного остеосинтеза одновременно обеих бедер

г) наложения скелетного вытяжения

д) профилактики гнойных осложнений

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

а) введение антибактериальных препаратов в область открытых переломов

б) первичная хирургическая обработка ран

в) внутрикостные пролонгированные новокаиновые блокады с антибиотиками

г) футлярные новокаиновые блокады с антибиотиками

д) использование полимерных повязок-покрытий с антибактериальными наполнителями

556. Развитие остеомиелита при множественных и сочетанных повреждениях опорно-двигательного аппарата обусловлено комплексом причин, к которым относятся все перечисленные, исключая

а) снижение общей и местной резистентности организма

б) тромбоз мелких сосудов в зоне открытого перелома

в) недостаточно радикальную первичную хирургическую обработку

г) недостатки иммобилизации

д) дефекты антибактериальной и иммунной терапии

557. Для профилактики и лечения жировой эмболии при тяжелых множественных травмах наиболее целесообразно применение следующих лечебных препаратов: 1) липостабил, 2) гордокс, 3) гепарин, 4) тзалол, 5) алкоголь, 6) стероидные гормоны

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 2, 5

в) верно все, кроме 2, 4

г) верно все, кроме 4, 5

д) верно все, кроме 5, 6

558. При сочетанной травме опорно-двигательного аппарата и брюшной полости у очень тяжело больного наиболее целесообразным является использование следующего диагностического исследования

а) лапароскопии

б) лапароцентеза

в) диагностической лапаротомии

г) УЗИ брюшной полости

д) радионуклидного исследования

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

а) одномоментно с оперативным вмешательством по поводу повреждения внутреннего органа

б) после жизнеспасающих операций и стабилизации жизненных функций организма

в) параллельно с проведением противошоковых мероприятий

г) верно а) и в)

д) верно все перечисленное

560. 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

561. Первое место в качестве причины инвалидности при политравме занимают повреждения опорно-двигательного аппарата и

а) грудной клетки

б) черепно-мозговые травмы

в) брюшной полости

г) органов забрюшинного пространства и малого таза

д) верно а) и б)

562. 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

**7. ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЭЛЕКТРОТРАВМА**

001. Ожоговый шок по виду относится

а) к бактериальному

б) к гиповолемическому

в) к анафилактическому

г) к травматическому

002. Из перечисленных показателей наиболее информативны при ожоговом шоке: 1) АД (артериальное давление) 2) ЦВД (центральное венозное давление) 3) объем циркулирующей крови (ОЦК) 4) P (пульс) 5) лейкоцитоз

а) верно 1, 2, 3

б) верно 2, 4

в) верно 2, 3

г) верно 1, 3, 5

д) верно 2, 4, 5

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

а) 50 мл/кг и 45 мл/кг

б) 60 мл/кг и 50 мл/кг

в) 75 мл/кг и 65 мл/кг

г) 90 мл/кг и 80 мл/кг

004. Минимальный градиент в температуре кожи и центральной температуре, указывающий на нарушения микроциркуляции, составляет

а) 0. 5

б) 1. 0

в) 1. 5

г) более 2

005. В первые 8 часов ожогового шока больному нужно перелить из рассчитанного на первые сутки объема жидкости

а) 1/3 часть

б) 1/2 часть

в) 2/3 части

г) 1/4 часть

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

а) 1/3 часть

б) 2/3 части

в) 1/4 часть

г) 1/2 часть

007. Критерием перехода больного из ожогового шока в стадию острой ожоговой токсемии является

а) нормализация диуреза

б) повышение температуры

в) нагноение в ранах

г) тахикардия

008. Ведущими симптомами острой ожоговой токсемии являются: 1) нагноение ран, 2) бактериемия, 3) гипо- и диспротеинемия, 4) анемия, 5) выраженная интоксикация

а) верно 1, 2, 3

б) верно 2, 3, 5

в) верно 2, 3, 4

г) верно 3, 4, 5

д) верно 1, 4, 5

009. Уровень общего белка плазмы в стадии острой ожоговой токсемии

а) умерено снижен

б) умеренно повышен

в) близок к норме

г) снижен значительно

010. Наибольшее число пневмоний при ожоговой болезни приходится на период

а) шока

б) острой ожоговой токсемии

в) ожоговой септикотоксемии

г) реконвалесценции

011. Изменениями на ЭКГ, указывающими на токсическое поражение миокарда при ожоговой болезни, являются

а) синусовая тахикардия

б) снижение вольтажа ЭКГ

в) изменение зубцов ЭКГ

г) нарушение проводимости

д) все перечисленное

012. Мази на водорастворимой основе при лечении ожоговых ран используются следующие: 1) борная мазь, 2) левосин, 3) пропоцеум, 4) манефид, 5) диоксидиновая мазь, 6) йодопирон

а) верно 1, 2, 3, 4

б) верно 2, 3, 4, 5

в) верно 1, 3, 5, 6

г) верно 2, 4, 5, 6

д) верно 1, 2, 5, 6

013. Гормональные препараты содержатся в следующих аэрозолях: 1) легразоль, 2) оксикорт, 3) олазоль, 4) пантенол, 5) оксициклозоль

а) верно 1, 3, 4

б) верно 2, 5

в) верно 2, 4, 5

г) верно 3, 4

д) верно 1, 4, 5

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

а) меток тока

б) характерной локализации

в) металлизации кожи

г) поражения органа зрения

015. Для активной иммунопрофилактики синегнойной инфекции применяются

а) g-глобулин

б) вакцины

в) пиоиммуноген

г) гипериммунная антисинегнойная плазма

д) правильно б) и в)

016. Для пассивной иммунотерапии синегнойной инфекции используются

а) g-глобулин

б) вакцины

в) пиоиммуноген

г) гипериммунная антисинегнойная плазма

д) правильно а) и г)

017. Для активной иммунопрофилактики стафилококковой инфекции применяются

а) g-глобулин

б) вакцина

в) стафилококковый анатоксин

г) антистафилококковый g-глобулин

д) правильно б) и в)

018. Для проведения аутодерматопластики пневмония является

а) абсолютным противопоказанием

б) относительным противопоказанием

в) не является противопоказанием

019. Противошоковую терапию больным пожилого возраста следует начинать с инфузии растворов: 1) глюкозы, 2) лактасола, 3) новокаина, 4) полиглюкина, 5) Рингера

а) верно 1, 2, 3

б) верно 2, 3, 5

в) верно 2, 3, 4

г) верно 1, 3, 5

д) верно 3, 4, 5

020. Противопоказанием к зондовой гипералиментации является все перечисленное, исключая

а) нарушение всасывания в кишечнике

б) острое кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

в) длительно непрекращающуюся диарею

г) многократную рвоту

д) повышенное артериальное давление

021. К роторному типу дерматомов относится

а) ДПЭ-100

б) ДПЭ-60

в) клеевой дерматом "Красногвардеец"

г) электродерматом Киевского производства

022. Неотложные декомпрессивные некротомии производятся

а) при ожогах лица

б) при ожогах в области кисти

в) при циркулярных ожогах туловища

г) при циркулярных ожогах конечностей

д) правильно в) и г)

023. Зондовое питание может быть применено во все периоды ожоговой болезни, кроме

а) ожогового шока

б) острой ожоговой токсемии

в) ожоговой септикотоксемии

г) реконвалесценции

024. Целенаправленная антибиотикотерапия показана

а) больным с поверхностными ожогами

б) больным с ограниченными глубокими ожогами с профилактической целью

в) обожженными при развитии осложнений (сепсиса, пневмонии)

г) обожженными в периоде трансплантации кожи

д) правильно в) и г)

025. Основные принципы антибиотикотерапии в комплексном лечении обожженных включают: 1) назначение антибиотиков с учетом чувствительности микрофлоры ожоговых ран и т. д. , 2) пересмотр оказаний к продолжению антибиотикотерапии через каждые 5 дней лечения, 3) своевременную отмену антибиотиков при клиническом улучшении состояния обожженных, 4) продолжительность курса лечения одним антибиотиком не должна превышать 15-20 дней

а) верно 1, 2, 4

б) верно 1, 3, 4

в) верно 2, 3, 4

г) верно 1, 2, 3

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

а) внутривенное введение антибиотиков

б) длительность лечения должна быть не менее 4-6 недель

в) антибиотикотерапия должна проводиться под контролем посевов крови и раневого отделяемого

г) применение комбинации антибиотиков

д) первоначальное применение больших доз пенициллина

027. Использование аминогликозидов для лечения тяжелообожженных обусловлено всем перечисленным, исключая

а) широкий спектр антимикробного действия

б) бактериологический механизм действия

в) возможность подавления роста целого ряда грамотрицательных возбудителей

г) малую токсичность

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

а) 3-4 суток после ожога

б) 5-6 суток после ожога

в) 7-12 суток после ожога

г) не ранее 15 суток после ожога

029. Для получения эффекта при глубоких ожогах IIIб степени требуется применение 40% салициловой мази слоем толщиной

а) в 1-2 мм

б) в 3-4 мм

в) в 5-6 мм

г) не имеет значения

030. Больным средневозрастной группы допустимо одномоментно накладывать 40% салициловую мазь, если площадь поверхности, занятая струпом

а) не более 3%

б) не более 5%

в) не более 10-15%

г) не более 20%

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

а) адекватного анестезиологического обеспечения

б) восполнения кровопотери (кровь, кровозаменители, белки)

в) энтерального и парэнтерального питания

г) строгого соблюдения асептики и антисептики

д) артериальное давление стабильно не ниже 120/70 мм рт. ст.

032. Сроки для проведения ранней некрэктомии наиболее оптимальные: 1) сразу после ожога, 2) 2-3 день после ожога, 3) 5-7 день после ожога, 4) не ранее 9 дня после ожога

а) верно 1, 2

б) верно 2, 3

в) верно 2, 4

г) верно 1, 4

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

а) сетчатого трансплантата с перфорацией 1:2

б) полнослойного кожного лоскута

в) сплошного расщепленного трансплантата

г) трансплантата аллокожи

034. Тяжелая ожоговая травма в периоде шока приводит

а) к подавлению секреторной функции желудка

б) к подавлению кислотно-продуцирующей функции желудка

в) к подавлению моторно-эвакуаторной функции желудка

г) к повышению секреторной и кислотно-продуцирующей функции желудка

д) верно в) и г)

035. При ожоговом шоке наиболее грозным в плане неблагоприятного прогноза со стороны желудочно-кишечного тракта являются

а) гастростаз и парез кишечника

б) нарушение кислотообразования

в) гастроэнтерит

г) эрозивный гастроэнтерит

д) правильно а) и г)

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

а) при наличии язвенного анамнеза

б) при тяжелом ожоговом шоке

в) при легком ожоговом шоке

г) при развитии у обожженных клинической картины острой осложненной язвы

д) правильно б) и в)

037. 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)

038. 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

039. 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

040. 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

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

а) циркуляторной и тканевой гипоксии

б) нарушения кровообращения

в) интоксикации

г) гемолиза

042. 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)

043. 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

044. 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

045. 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

046. Ожог лица обычно не сопровождается

а) поражением глаз

б) ожогом дыхательных путей

в) развитием острых психозов

г) поражением слуха

047. 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)

048. 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

049. 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

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

а) борная кислота

б) мазь Вишневского

в) мафенид

г) йодопирон

д) сульфадивазин серебра

051. 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

052. 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

053. 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

054. Клиника ожоговой болезни не включает

а) скрытого (инкубационного) периода

б) периода ожогового шока

в) периода ожоговой интоксикации

г) периода ожогового истощения

д) периода реконвалесценции

055. 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

056. 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

057. 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

058. 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

059. 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

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

а) на 2 степени

б) на 3 степени

в) на 4 степени

г) на 5 степеней

д) на 6 степеней

061. Признаки токсемии при отморожении в результате согревания появляются

а) при отморожении 1-2 степени

б) при обширном отморожении 2 степени

в) при отморожении 3-4 степени

г) верно б) и в)

д) верно все

062. Среди поражений холодом различают

а) замерзание

б) отморожение

в) ознобление

г) холодовый нейроваскулит

д) все перечисленное

063. Общепринятой классификацией при поражении холодом является

а) Гирголова С. С.

б) Герасименко Н. И.

в) Котельникова В. П.

г) Арьева Т. Я.

д) Орлова Т. А.

064. Острые поражения холодом - это

а) отморожения при температуре, близкой к нулю

б) отморожения при температуре ниже 30

в) контактные отморожения

г) замерзание

д) все перечисленное

065. Оледенение тканей наступает при снижении внутритканевой температуры

а) до -2 C

б) до -8 C

в) до -30 C

г) до -50 C

д) до -60 C

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

а) ветреной погоды

б) сырости

в) сдавливающей одежды

г) хронических сосудистых поражений

д) всего перечисленного

067. Кроме острого воздействия холода, могут быть хронические поражения холодом. Они называются

а) оледенение

б) "траншейная" стопа

в) холодовый нейроваскулит

г) ознобление

д) все перечисленное, кроме 1

068. Озноблению при температуре, близкой к нулю, будет способствовать все перечисленное, кроме

а) возраста пострадавшего

б) алкогольного опьянения

в) плохой одежды (легкая, не защищающая)

г) снижения общей и местной сопротивляемости

д) влажности окружающей среды

069. Основным фактором, понижающим местную сопротивляемость тканей и приводящим к развитию холодового нейроваскулита, является

а) контакт с очень холодным предметом

б) тесная обувь или одежда

в) работа без перчаток на морозе

г) длительное пребывание во влажной среде с температурой выше нуля до +10-12 C

д) правильно б) и в)

070. Наиболее часто холодом бывают поражены

а) грудная клетка

б) лицо

в) ягодицы

г) живот

д) конечности (кисть, стопа)

071. При обморожении общепринято выявлять

а) период ранних реакций

б) дореактивный период

в) период разгара

г) реактивный период

д) правильно б) и г)

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

а) бледности, цианоза

б) гиперемии и боли

в) анемии

г) похолодания

073. Признаками реактивного периода являются

а) боль

б) отек и пузыри

в) нарушение чувствительности

г) все перечисленное

074. Изменения системного и органного кровообращения наступают при отморожении

а) 1 степени

б) 2 степени

в) 3 степени

г) 4 степени

д) любой из перечисленных

075. 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

076. 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

077. Теплоизолирующая повязка - это

а) марлевая повязка, смоченная спиртом

б) ватно-марлевая 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

078. Форсированное согревание допускает отморожение, достигающее

а) оледенение тканей

б) 4 степени

в) 3 степени

г) 1 и 2 степени

079. При тяжелых степенях отморожения омертвение 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

080. 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

081. 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

082. Фасциотопию 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

083. 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

084. 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)

085. 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

086. 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

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

а) первичных

б) вторичных

в) поздних

г) отсроченных

088. 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

089. 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

090. 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

091. Из перечисленных поздних осложнений отморожений наиболее часто встречаются

а) сепсис

б) остеомиелит

в) лимфаденит

г) флегмона

д) артрит

092. Установив диагноз флегмоны при отморожении, следует

а) проводить консервативную антибактериальную терапию

б) ограничиться иммобилизацией

в) пунктировать ее

г) провести операцию вскрытия

д) сделать новокаиновую блокаду

093. 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

094. 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

095. 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

096. 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

097. 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"

098. 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

099. При "вольтовой" дуге возникает температура

а) 500 С

б) 1000 С

в) 3000 С

г) 10000 С

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)

101. 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

102. Осложнения электроожогов проявляются перечисленной патологией, исключая

а) развитие флегмон

б) развитие лимфангоитов

в) вторичное кровотечение от разрыва сосудистой ткани

г) длительно незаживающие трофические язвы

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

а) нижнюю

б) верхнюю

в) полную

г) не имеет значения

104. 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

**8. ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

001. Этиологическим фактором для врожденной кривошеи является

а) родовая травма

б) дисплазия

в) порок первичной закладки

г) неправильное родовспоможение

002. Наиболее часто встречающимися формами кривошеи являются

а) костная

б) мышечная

в) рефлекторная

г) воспалительная

003. При левосторонней мышечной кривошее

а) подбородок отклонен влево

б) подбородок отклонен вправо

в) подбородок расположен по средней линии туловища

004. При правосторонней мышечной кривошее

а) подбородок отклонен влево

б) подбородок отклонен вправо

в) подбородок расположен по средней линии туловища

005. Рентгенологически при мышечной форме кривошее

а) изменений нет

б) добавочный полупозвонок

в) синостоз тел позвонков

г) незаращение дужек позвонков

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

а) фиксированное положение головы

б) ношение воротника Шанца

в) рассасывающий массаж больной стороны

007. Физиотерапевтическое лечение врожденной мышечной кривошеи предусматривает

а) УВЧ-терапию

б) ионизацию с хлористым кальцием

в) ионизацию с йодистым калием

г) ионофорез с гидрокортизоном

д) все перечисленное

008. Медикаментозное лечение врожденной мышечной кривошеи включает применение

а) мумие

б) инъекции лидазы

в) инъекции гидрокортизона

г) не существует

009. Оптимальный возраст для хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи

а) 6 месяцев

б) 1 год

в) 2 года

г) 3 года

д) 5 лет

010. Наиболее рациональный вид оперативного вмешательства при врожденной мышечной кривошее

а) миотомия ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы

б) операция по Зацепину

в) операция по Гаген - Торну

г) миотомия ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы + ее аллопластика

011. Послеоперационная иммобилизация при врожденной мышечной кривошее

а) не применяется

б) гипсовый ошейник

в) воротник Шанца

г) ошейник из половика

012. Иммобилизация после хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи составляет

а) 2 недели

б) 1 месяц

в) 2 месяца

г) 3 месяца

013. Этиологическим фактором врожденного вывиха бедра (дисплазии) является

а) воспалительный процесс

б) травматический фактор

в) дисплазия

г) неправильное членорасположение плода в утробе матери

д) нарушение обменных процессов

014. Наиболее часто врожденный вывих бедра (дисплазия) бывает

а) у лиц женского пола

б) у лиц мужского пола

в) одинаково часто без особой разницы

015. Наиболее часто встречается

а) левосторонний вывих

б) правосторонний вывих

в) двусторонний вывих

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

а) предвывиха

б) подвывиха

в) вывиха

г) дисплазии

017. Ведущим симптомом дисплазии тазобедренного сустава в первые месяцы жизни ребенка является

а) укорочение конечности

б) асимметрия кожных складок

в) симптом "щелчка"

г) ограничение отведения бедер

д) наружная ротация конечности

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

а) позднее появление ядра окостенения головки

б) изменения величин h и d (уменьшение, увеличение, без перемен)

в) отношение диафиза бедра к линии Омбредана (проходит линия через диафиз бедра, кнутри, кнаружи от него)

г) изменение угла Виберга

д) изменение ацетабулярного угла (увеличение, уменьшение, без перемен)

019. Наиболее точно дисплазию тазобедренного сустава выявляет рентгенологическая схема, разработанная

а) С. А. Рейнбергом

б) Радулеску

в) Хильгенрейнером

г) Омбреданом

020. Лечение дисплазии тазобедренного сустава начинается

а) с рождения

б) в возрасте 1 месяца

в) в возрасте 1-2 месяцев

г) в возрасте 3 месяцев и старше

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

а) консервативный

б) гипсовые повязки

в) функциональные шины

г) оперативный

022. Клиническая симптоматология врожденного вывиха бедра у детей старше 2 лет включает

а) хромоту

б) укорочение конечности

в) положительный симптом Тренделенбурга

г) большой вертел выше линии Розер - Нелатона

д) все перечисленное

023. После двухлетнего возраста при различных формах дисплазии тазобедренного сустава наиболее целесообразно применение

а) гипсовой повязки

б) вытяжения

в) функциональных шин

г) компрессионно-дистракционных аппаратов

д) хирургического лечения (внесуставные или внутрисуставные вмешательства)

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

а) метод Лоренца

б) афункциональный метод

в) функциональный метод

г) компрессионно-дистракционный метод

025. При консервативном лечении дисплазии (вывиха) тазобедренного сустава наиболее часто встречается в качестве осложнения

а) асептический некроз головки бедра

б) парез седалищного нерва

в) тугоподвижность в суставе и анкилоз

г) все перечисленное

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

а) курортное лечение

б) физиотерапия

в) лечебная гимнастика

г) массаж

д) водные процедуры

027. Оперативные методы лечения врожденного вывиха бедра делятся

а) на внутрисуставные и внесуставные

б) на костях таза

в) на проксимальном отделе бедра

г) в сочетании с артропластикой сустава

028. Осложнениями после внутрисуставных операций при врожденном вывихе бедра являются

а) релюксация

б) асептический некроз головки бедра

в) анкилоз

г) контрактуры

д) ограничение движений в суставе

029. По снятии гипсовой повязки после оперативного лечения врожденного вывиха бедра применяются

а) пассивные физические упражнения

б) активные физические упражнения

в) грязелечение

г) водные процедуры

030. Нагрузка на оперативную конечность при врожденном вывихе бедра разрешается

а) через 2 месяца

б) через 3 месяца

в) через 6 месяцев

г) через 1 год

031. Вывих надколенника чаще бывает

а) односторонний

б) левосторонний

в) правосторонний

г) двусторонний

032. Этиология врожденного вывиха надколенника

а) прямая травма

б) порок развития

в) анатомические дефекты области коленного сустава

г) дисплазии

д) наследственная передача

033. Чаще встречаются следующие виды смещения коленной чашечки

а) латеральные

б) медиальные

в) горизонтальные

г) ротационные

034. Встречаются вывихи надколенника

а) привычные

б) рецидивирующие

в) постоянно существующие

г) все перечисленное

035. 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

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

а) как без существенного улучшения

б) как улучшение (большое)

в) как ухудшение

г) как полученные осложнения

037. Оптимальный возраст для операции при врожденном вывихе надколенника

а) 3 года

б) 5 лет

в) 7 лет

г) старше 10 лет

038. При врожденном вывихе надколенника наиболее широко применяются операции

а) на костях

б) на суставе

в) на сухожильно-мышечном аппарате

г) смешанные вмешательства

039. 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

040. Продолжительность иммобилизации после операции по поводу вывиха надколенника составляет

а) 3 недели

б) 4 недели

в) 1. 5 месяца

г) 2 месяца

041. Послеоперационная реабилитация при врожденном вывихе надколенника включает

а) лечебную гимнастику

б) массаж

в) электролечение

г) все перечисленное

042. 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

043. Этиологическим фактором при врожденной косолапости является

а) порок первичной закладки

б) внутриутробная травма

в) родовая травма

г) дисплазия

д) внутриутробный полиомиелит

044. Основной симптом косолапости

а) эквинсу стопы

б) экскаватус стопы

в) вальгус стопы

г) варус стопы

д) приведение переднего отдела стопы

045. 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

046. При косолапости наиболее заинтересованы

а) длинный сгибатель пальцев

б) передняя большеберцовая мышца

в) задняя большеберцовая мышца

г) ахиллово сухожилие

д) длинный сгибатель 1 пальца

047. Консервативное лечение косолапости начинают

а) с рождения

б) через 1 месяц после рождения

в) через 3 месяца после рождения

г) через полгода после рождения

д) в возрасте 1 года

048. Консервативное лечение косолапости включает

а) мягкое бинтование и ЛФК

б) массаж и ЛФК

в) редрессацию

г) гипсовые повязки

д) гипсовые повязки по Виленскому

049. 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

050. 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

051. Наиболее эффективно оперативное лечение при врожденной косолапости на

а) сухожилиях

б) сухожильно-связочном аппарате

в) костях стопы и голени

г) суставах

д) компрессивно-дистракционным методом

052. Гипсовая иммобилизация после операции при врожденной косолапости продолжается

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 6 месяцев

д) до 1 года

**9. ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

001. По клиническому течению гематогенный остеомиелит может быть

а) острым

б) хроническим

в) первично-хроническим

г) постинфекционным

д) все вышеперечисленные формы

002. Гематогенный остеомиелит чаще встречается

а) у детей

б) у подростков

в) у взрослых

г) одинаково часто во всех возрастных группах

003. Гематогенный остеомиелит чаще встречается

а) у мальчиков

б) у девочек

в) с одинаковой частотой

004. Начало острого гематогенного остеомиелита характеризуется

а) резкими болями и болевой контрактурой

б) реактивным артритом

в) высокой температурой

г) повышенной СОЭ

д) всем вышеперечисленным

005. 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

006. 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

007. Оперативное лечение гематогенного остеомиелита заключается

а) во внутрикостном промывании

б) в некросеквестрэктомии и костной пластике

в) в резекции сустава

г) все перечисленное по показаниям

008. Кортикальный абсцесс характеризуется наличием

а) коркового секвестра

б) центрального секвестра

в) проникающего секвестра

г) трубчатого секвестра

д) циркулярного секвестра

009. Для субпериостального абсцесса характерны

а) местная температура и распирание боли

б) утолщение периоста

в) игольчатый периостит (спикул в виде частокола)

г) наличие треугольника Кадмана (симптома козырька)

д) все вышеперечисленное

010. Хронический посттравматический остеомиелит диагностируется на основании наличия

а) гнойного свища

б) костного секвестра

в) рецидивирующего течения

г) травмы в анамнезе

д) всего вышеперечисленного

011. 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

012. 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

013. Консервативное лечение хронического посттравматического остеомиелита состоит

а) в антимикробной терапии

б) в иммунотерапии

в) в пирогенной терапии

г) в гормонотерапии

д) во всем вышеперечисленном

014. Оперативное лечение хронического посттравматического остеомиелита предусматривает

а) перфорацию кости

б) секвестрэктомию

в) металлостеосинтез

г) костную пластику

д) сегментарную резекцию кости

015. 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

016. Хронический огнестрельный остеомиелит характеризуется наличием

а) огнестрельного ранения в анамнезе

б) функционирующего гнойного свища

в) костного секвестра

г) рецидивирующего течения

д) всего перечисленного

017. Рентгенологический хронический огнестрельный остеомиелит характеризуется

а) остеосклерозом на фоне остеопороза

б) нарастанием толщины и плотности кости

в) кортико-трубчатыми секвестральными коробками, окруженными грануляционной тканью

г) остепорозом живой кости на фоне остеосклероза

д) всем вышеперечисленным

018. К невропатическим артритам относятся

а) коревые артриты

б) табетические артриты

в) сирингомиэлические поражения суставов

г) дистрофические изменения при рассеянном склерозе

д) все вышеперечисленное

019. Табетические артропатии характеризуются

а) внезапным началом с обильным выпотом и субфебрильной температурой

б) разболтанностью сустава

в) параартикулярным обызвествлением

г) расстройством чувствительности

д) всем вышеперечисленным

020. Для сирингмиелитической артропатии характерны

а) мышечные атрофии верхней конечности

б) аналгезии

в) деструкция суставных концов костей

г) "когтистость" пальцев кисти

д) все вышеперечисленное

021. При рассеянном склероза наблюдается

а) триада Шарко (нистагм, интенционные дрожания, сканированная речь)

б) утомляемость ног к концу дня в начале болезни

в) вестибулярные нарушения (головокружение, тошнота)

г) нарушение чувствительности (парастезии и боли)

д) все вышеперечисленное

022. При гемофилическом поражении суставов наблюдается

а) понижение свертываемости крови

б) поражение детей

в) кровоизлияние в суставе

г) хронические артриты

д) все вышеперечисленное

023. Болезнь Кашина - Бека характеризуется

а) обезображивающими полихондроостеоартрозами

б) эндемичностью и неясной этиологичностью

в) симметричностью и прогрессированием

г) деформацией и тугоподвижностью суставов

д) всем вышеперечисленным

024. Третья стадия уровской 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

025. 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

026. Основными осложнениями при лечении закрытых и открытых переломов являются

а) неправильное сращение

б) несращение

в) ложные суставы

г) травматические остеомиелиты

д) все вышеупомянутые

027. Причинами псевдоартрозов при консервативном лечении переломов являются

а) недостаточная и часто меняющаяся фиксация

б) неполная репозиция фрагментов

в) интерпозиция иди диастаз между обломками

г) неполноценное питание

д) все вышеперечисленное

028. 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

029. Псевдоартрозу предшествуют

а) свежий перелом

б) замедленное костеобразование

в) несросшийся перелом

г) чрезмерное костеобразование

д) первичное сращение костной раны

030. Рентгенологический диагноз ложного сустава устанавливается на основании

а) остеопороза отломков

б) закрытия костно-мозгового канала

в) формирования суставных поверхностей

г) гипертрофии костной мозоли

д) всего вышеперечисленного

031. Для лечения ложных суставов костей применяются

а) костная пластика

б) внутрикостный остеосинтез

в) компрессионно-дикстрационный остеосинтез

г) бальнеотерапия

д) эндопротезирование

032. Приобретенные костные дефекты могут образоваться вследствие

а) огнестрельных ранений

б) открытых переломов

в) оперативного лечения закрытых переломов

г) лучевой терапии

д) всего вышеперечисленного

033. При лечении больных с костными дефектами применяются

а) костная пластика

б) кожно-костная аутопластика на сосудистой ножке

в) операция Гана

г) операция Илизарова

д) все перечисленное

034. "Болтающиеся суставы" характеризуются

а) ложным суставом с потерей костного вещества

б) истончением и изменением концов костных фрагментов

в) афункциональностью конечности

г) всем перечисленным

035. Патологический вывих бедра возникает в результате

а) костно-суставного туберкулеза и остеомиелита

б) опухолевого процесса

в) лучевого поражения

г) неврогенных артропатий

д) всего перечисленного

036. 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

037. 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

038. 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

039. 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

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

а) остеосинтез

б) эндопротезирование

в) артродезирование сустава

г) резекция сустава

041. При приобретенном "кокса вара" применяется

а) вальгизирующая остеотомия бедра

б) консервативное лечение

в) артродез и артропластика тазобедренного сустава

г) ношение ортопедической обуви и разгрузка сустава

д) все перечисленное

042. При приобретенном "кокса вальга" применяется

а) варизирующая остеотомия

б) артродез тазобедренного сустава

в) ношение ортопедической обуви

г) консервативное лечение и разгрузка сустава

д) все перечисленное

043. "Кокса вара" 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

044. Приобретенные "кокса вара" бывают вследствие

а) диспластических процессов

б) специфических и неспецифических инфекций

в) последствий травм

г) нарушения минерального обмена

д) комбинации всего перечисленного

045. 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

046. При лечении кисты мениска используются

а) физиотерапия

б) иммобилизация сустава

в) пункция мениска

г) менискоэктомия

д) менискотомия

047. Синдром мелиопателлярной связки характеризуется

а) наружной гиперабдукцией голени и гипотрофией мышцы бедра

б) внутренней нестабильностью коленного сустава

в) болезненностью в области прикрепления связки

г) рентгенологической резорбцией мыщелков бедра и большеберцовой кости

д) все перечисленным

048. 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

049. При лечении врожденного вывиха надколенника применяются

а) операция Крогиуса

б) операция Фридланда

в) операция Кемпбелла

г) операция Ру - Фридланда - Волкова

д) все перечисленные

050. 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

051. Лечение болезни Гоффа включает

а) физиотерапию

б) длительную иммобилизацию

в) оперативное удаление складок и жировых тел

г) лазеротерапию и введение ферментов

д) все перечисленное

052. Хондроматоз суставов характеризуется

а) подвижными и пальпируемыми образованиями в суставах

б) синовитом

в) костно-хрящевыми тенями на рентгенограмме

г) блокадой сустава

д) всем перечисленным

053. 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 угол шеечно-диафизарный, недоразвитие впадины)

054. 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)

055. 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

056. Дифференцировать коксартроз следует

а) с ревматоидным полиартритом

б) с туберкулезным процессом

в) с болезнью Бехтерева

г) с остеохондрозом с корешковым синдромом

д) с сакроилиитом

057. 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

058. 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

059. 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

060. 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)

061. 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

062. 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

063. 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

064. 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)

065. 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

066. 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

067. 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

068. При диспластическом артрозе тазобедренного сустава у подростков, когда недоразвита крыша вертлужной впадины, показаны все перечисленные операции, 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

069. Благоприятный эффект при остеотомии по Мак-Марею 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

070. Наиболее приемлемая методика фиксации фрагментов после межвертебральной остеотомии

а) фиксатор Харьковского НИИТО

б) штопор Сиваша

в) пластинка Троценко - Нуждина

г) Г-образная пластинка

д) только гипсовая иммобилизация

071. У больного 50 лет с двусторонним коксартрозом III стадии, резким болевым синдромом и ограничением движений в тазобедренных суставах (приводяще-сгибательная контрактура в сагитальной плоскости в пределах 160-100 , ротационных движения нет, отведение бедер отсутствует) . На рентгенограммах суставная щель едва прослеживается; головки склерозированные, склерозированы крыши вертлужных впадин. Имеются одиночные дегенеративные кисты в головках и во впадинах. При радионуклидном обследовании отмечается снижение концентрации радиофрампрепарата в проекции обоих тазобедренных суставов. Больному показаны

а) регулярная консервативная терапия 2 раза в году, включая грязелечение

б) артропластика с обеих сторон

в) эндопротезирование двухполюсным протезом с одной стороны и вторым этапом - артродезирование второго сустава

г) двустороннее эндопротезирование

д) остеотомия по Мак-Маррею с обеих сторон

072. 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 сагитальной 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

073. Больной 50 лет с идиопатическим коксартрозом II ст. левого тазобедренного сустава 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 крыши, 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

074. 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

075. Патогенез деформирующего артроза коленного сустава

а) васкулярная теория

б) механо-функциональная теория

в) теория макро-микротравматизации суставного хряща

г) нейротрофическая теория

076. 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

077. Дифференциальный диагноз деформирующего артроза коленного сустава следует проводить

а) с ревматоидным полиартритом

б) с туберкулезным гонитом

в) с гонорейным артритом

г) со всем перечисленным

078. 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

079. 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

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

а) поражение I стадии

б) поражение II стадии

в) поражение III стадии

081. 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-феморальный артроз коленного сустава

д) все вышеперечисленное

082. Операцией выбора при пателло-феморальном артрозе II-III стадии является

а) удаление надколенника

б) эндопротезирование коленного сустава

в) артродез коленного сустава

г) операция Банди

д) артропластика коленного сустава

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

а) высокая корригирующая остеотомия большеберцовой кости

б) вычерпывающая внутрикостная остеотомия проксимального конца большеберцовой кости

в) эндопротезирование коленного сустава

г) артродез коленного сустава

д) артропластика коленного сустава

084. 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

085. 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

086. Операция Банди показана

а) при деформирующем артрозе коленного сустава I-II стадии

б) при пателло-феморальном артрозе коленного сустава

в) при дефартрозе с варусной или вальгусной деформацией сустава

г) при ревматоидном моноартрите коленного сустава в стадии ремиссии

087. Наиболее приемлемой методикой фиксации костных фрагментов после высокой корригирующей остеотомии большеберцовой кости является

а) "Г"-образная пластинка

б) гипсовая иммобилизация

в) аппараты Илизарова

г) спонгиозные винты

088. Межпозвоночный диск, образовавший дефект в замыкающей пластинке позвонка и пролабировавший в тело позвонка, известен как

а) выпячивание (выпадение) ядра диска

б) дегенеративный диск с костной шпорой

в) спондилолиз

г) узел Шморля

д) ни один из вышеуказанных

**10. КОСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ**

001. Диспластический процесс имеет в основе

а) нарушение сосудистой трофики

б) нарушение нервной трофики

в) неправильное незавершенное формирование органа или системы

г) все правильно

002. Фиброзная остеодисплазия относится

а) к хондродисплазиям

б) к остеодисплазиям

в) к гиперостозу

г) к костному эозинофилезу

003. При фиброзной остеодисплазии в костях определяется эмбриональная ткань

а) хрящевая

б) фиброзно-хрящевая

в) фиброзная

г) воспалительная

004. При фиброзной остеодисплазии чаще поражаются

а) плоские кости

б) позвоночник

в) длинные трубчатые кости

г) мелкие кости кистей и стоп

005. Патологическая ткань при фиброзной остеодисплазии чаще локализуется

а) в эпифизе

б) в зоне роста

в) в метафизе

г) в диафизе

006. Патологический очаг в костях при фиброзной остеодисплазии распространяется, как правило

а) в ширину

б) по ходу костно-мозгового канала

в) проходит через зону роста

007. Периостальная реакция при фиброзной остеодисплазии

а) имеет место

б) отсутствует

в) в виде луковичного периостита

г) в виде наличия спикул

008. Возможны все перечисленные формы фиброзной остеодисплазии, кроме

а) мономелической

б) полиоссальной

в) олигооссальной

г) монооссальной

д) акроформы

009. При фиброзной остеодисплазии возможно наличие сопутствующих синдромов

а) Фюрмайера

б) Маффучи

в) Олбрайта

г) ни одного из перечисленных

010. Первые признаки фиброзной остеодисплазии появляются

а) сразу после рождения

б) до 5-летнего возраста

в) до 10-летнего возраста

г) в период полового созревания

д) у взрослого человека

011. Синдром Олбрайта включает все перечисленное, кроме

а) пигментных пятен

б) раннего полового созревания

в) гемангиомы и лимфангиомы

г) изменений в костях

012. К первым признакам заболевания фиброзной остеодисплазией относятся

а) повышение температуры тела

б) изменения в показателях крови

в) патологический перелом и деформации конечностей

г) карликовость

013. Рентгенологические изменения в костях при фиброзной остеодисплазии характеризуются

а) очагом деструкции с фестончатыми краями и "луковичным" периоститом

б) вздутыми костями, наличием кист

в) очагом деструкции, захватывающим метафизарный отдел, зону роста и эпифиз

г) очагом деструкции по типу "матового стекла" и "таящего" сахара

014. Дифференциальный диагноз фиброзной остеодисплазии проводится со всеми перечисленными поражениями, кроме

а) остеобластокластомы

б) кисты кости

в) эозинофильной гранулемы

г) остеогенной саркомы и саркомы Юинга

015. Консервативное лечение фиброзной остеодисплазии предусматривает

а) медикаментозное лечение

б) физиотерапевтическое лечение

в) грязелечение

г) аппаратотерапию

д) не проводится

016. Видами оперативного лечения фиброзной остеодисплазии являются

а) ампутация

б) околосуставная резекция

в) сегментарная резекция поднадкостничная

г) краевая резекция кости

д) выскабливание

017. Послеоперационный дефект кости при фиброзной остеодисплазии

а) не замещается

б) замещается аутопластикой

в) замещается аллопластикой

г) замещается мышечной тканью

018. Оптимальный возраст для операции при фиброзной остеодисплазии

а) до 5-летнего возраста

б) до 10-летнего возраста

в) после окончания роста больного

г) у взрослого больного

019. Показаниями к оперативному лечению больных с фиброзной остеодисплазией являются

а) наличие даже небольшого очага

б) угроза патологического перелома

в) патологический перелом

г) нарастающая деформация конечности

д) правильно б) и г)

020. Перерождение патологической ткани при фиброзной остеодисплазии в злокачественную опухоль

а) возможно

б) невозможно

в) сомнительно

г) возникает часто

д) чрезвычайно редко

021. Послеоперационная реабилитация при фиброзной остеодисплазии включает

а) гипсовую повязку

б) иммобилизацию компрессионно-дистракционными аппаратами

в) лечебную гимнастику

г) гормонотерапию

д) правильно а) и в)

022. Дисхондроплазия - болезнь Олье относится

а) к хондродисплазии

б) к остеодисплазии

в) к гиперостозу

г) к костному эозинофилезу

023. При болезни Олье эмбриональная ткань представлена

а) хрящевой тканью

б) фиброзно-хрящевой тканью

в) фиброзной тканью

г) воспалительной тканью

024. Наиболее часто при болезни Олье поражаются

а) плоские кости

б) трубчатые кости

в) кости черепа

г) позвоночник

д) мелкие кости кистей и стоп

025. Патологические очаги при болезни Олье локализуются

а) в эпифизе

б) в зоне роста

в) в метафизе

г) в диафизе

026. Рентгенологическая картина болезни Олье характеризуется

а) наличием "полостей"

б) пятнистым характером очага

в) наличием периостальной реакции

г) "луковичным" периостатом

д) наличием "козырька" или спикул

027. Различают все перечисленные клинические формы болезни Олье, кроме

а) акроформы

б) мономелической

в) монооссальной

г) олигооссальной

д) односторонней или двусторонней

028. При болезни Олье возможно наличие синдрома

а) Фюрмайера

б) Олбрайта

в) Маффучи

г) ни одного из перечисленных

029. При синдроме Маффучи имеются все перечисленные признаки, кроме

а) витилиго

б) изменений в костях

в) пигментных пятен

г) сосудистых изменений (гемангиомы, лимфангиомы)

030. Первые признаки болезни Олье появляются

а) у новорожденного

б) в дошкольном возрасте

в) в период полового созревания

г) у взрослого человека

031. Первые признаки болезни Олье характеризуются

а) температурной реакцией

б) укорочением и деформацией конечности

в) припухлостью и болезненностью

г) хромотой

д) правильно б) и г)

032. Дифференциальный диагноз при болезни Олье проводится

а) с остеобластокластомой и остеогенной саркомой

б) с фиброзной остеодисплазией

в) с остеомиелитом

г) с кистой кости

д) со всем перечисленным

033. Консервативное лечение дисхондроплазии Олье предусматривает

а) гормональное лечение

б) медикаментозное лечение

в) массаж

г) физиотерапию и грязелечение

д) ни одно из перечисленных

034. Показаниями к оперативному лечению при болезни Олье являются все перечисленные, кроме

а) наличия очага небольших размеров

б) угрозы патологического перелома

в) патологического перелома

г) укорочения конечности

д) деформации конечности

035. Среди методов оперативного лечения при дисхондроплазии применяются

а) выскабливание

б) околосуставная резекция

в) ампутация

г) сегментарная резекция с замещением дефекта

д) краевая резекция с замещением дефекта и корригирующие остеотомии

036. Послеоперационный дефект кости при дисхондроплазии Олье

а) замещается аллопластикой

б) не замещается

в) не всегда замещается

г) замещается аутопластикой

037. Оптимальный возраст для оперативного лечения при болезни Олье

а) дошкольный

б) школьный

в) период полового созревания

г) взрослый

038. Перерождение очага дисхондроплазии в злокачественную опухоль

а) возможно

б) невозможно

в) сомнительно

039. Признаками перерождения очага дисхондроплазии в злокачественную опухоль являются

а) боль

б) вовлечение в процесс близлежащего сустава

в) выпот в суставе и боль при движении

г) изменение кожных покровов над очагом

д) все перечисленное

040. Послеоперационная реабилитация больных с болезнью Олье включает

а) массаж и лечебную гимнастику

б) грязелечение

в) гормонотерапию

г) курортное лечение

д) не предусматривается

041. По классификации несовершенное костеобразование относится

а) к хондродисплазиям

б) к остеодисплазиям

в) к гиперостозам

г) к костному эозинофилезу

042. При несовершенном костеобразовании нарушение моделирования происходит на уровне

а) фиброзной ткани

б) хрящевой ткани

в) костной ткани

043. При несовершенном костеобразовании наиболее часто поражаются

а) трубчатые кости

б) плоские кости

в) позвоночник

г) мелкие кости кистей и стоп

044. Патологическая ткань располагается при несовершенном костеобразовании

а) во всех сегментах кости

б) в эпифизах

в) в метафизарных отделах

г) в диафизарных отделах

045. Рентгенологическая картина несовершенного костеобразования характеризуется всем перечисленным, кроме

а) наличия кист

б) генерализованного остеопороза

в) истончения кортикального слоя кости

г) преждевременного закрытия зон роста

046. Рентгенологическая картина несовершенного костеобразования характеризуется

а) наличием кист

б) периостальной реакцией

в) расширением зон роста

г) преждевременным закрытием зон роста

д) генерализованным остеопорозом с истончением кортикального слоя

047. Несовершенное костеобразование характеризуется всеми перечисленными клиническими симптомами, кроме

а) водянки черепа

б) перепончатого черепа

в) изменений грудной клетки (килеобразная, воронкообразная, бочкообразная)

г) синюшной окраски склер

048. Несовершенное костеобразование характеризуется

а) карликовостью

б) синюшной окраской склер

в) изменением слуха (понижение, глухота, не изменен)

г) деформациями конечностей

д) всем перечисленным

049. Изменение зубов у больных с несовершенным костеобразованием характеризуется

а) поздним появлением

б) кариозными зубами

в) крошащимися зубами

г) "янтарными" зубами

050. Клинические проявления изменений в костях конечностей при несовершенном костеобразовании характеризуются

а) ломкостью костей

б) замедленной консолидацией перелома

в) сращением отломков в обычные сроки

г) наличием избыточной мозоли

д) отсутствием избыточной мозоли

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

а) ломкости костей

б) отсутствия костной мозоли в случае перелома

в) деформации бедра (голифеобразная, саблевидная)

г) деформации голени (саблевидная, О-образная, К-образная)

052. Первые симптомы при ранних и поздних формах несовершенного костеобразования появляются

а) у новорожденного и в раннем детском возрасте

б) в школьном периоде

в) в периоде полового созревания

г) у взрослых

053. Возникновение патологических переломов при несовершенном костеобразовании возможно

а) при грубой травме

б) при самопроизвольной травме

в) при незначительной травме

г) при любой из перечисленных причин

054. К сопутствующим изменениям внутренних органов при несовершенном костеобразовании относятся

а) ателектаз легкого

б) изменение кислотности желудочного сока (понижение, ахилия, повышение)

в) изменения в сердечно-сосудистой системе

г) изменения в печени

055. Нарушение обменных процессов при несовершенном костеобразовании сказывается

а) на белково-углеводном обмене

б) на водно-соляном обмене

в) на минеральном обмене

г) на гормональном обмене

056. Дифференциальный диагноз несовершенного костеобразования проводится

а) с остеомаляцией

б) с гипофосфатазией

в) с рахитом

г) со всем перечисленным

057. Консервативное лечение несовершенного костеобразования включает

а) витаминотерапию

б) гормональное лечение

в) профилактику переломов

г) соляную кислоту с пепсином внутрь

д) все перечисленное

058. Консервативное лечение несовершенного костеобразования включает

а) антибиотикотерапию

б) массаж, ЛФК

в) аппаратотерапию

г) физиотерапию

д) все перечисленное

059. Оперативное лечение при несовершенном костеобразовании включает все перечисленные методы, кроме

а) операции Фрейка

б) поднадкостничной сегментарной остеотомии + металлоостеосинтеза

в) поднадкостничной сегментарной остеотомии + аллопластики

г) компрессионно-дистракционного остеосинтеза

060. Перерождение несовершенного костеобразования в злокачественную опухоль

а) возможно

б) невозможно

в) сомнительно

061. Послеоперационная реабилитация больных с несовершенным костеобразованием включает все перечисленное, кроме

а) гипсовой повязки

б) компрессионно-дистракционных аппаратов

в) ортопедических аппаратов

г) массажа и лечебной гимнастики

д) тепловых процедур

062. Наиболее распространенной классификацией опухолей костей является

а) классификация Чаклина

б) классификация М. В. Волкова

в) международная гистологическая классификация опухолей костей

063. Губчатая остеома наиболее часто встречается

а) в области диафизов длинных трубчатых костей

б) в области метафизов длинных трубчатых костей

в) на плоских костях скелета

г) на телах позвонков

064. При губчатой остеоме ведущим клиническим симптомом является

а) боль в области опухоли с иррадиацией в сустав

б) нарушение функции сустава

в) косметический дефект

г) признаки малигнизации образования

д) сдавление сосудисто-нервного пучка

065. Ведущим рентгенологическим симптомом при губчатой остеоме является

а) изолированное опухолевое образование кости без прорастания в мягкие ткани, с четкой границей образования от мягких тканей

б) опухоль не имеет четких границ с мягкими тканями

в) образование больших размеров, циркулярно охватывающие кость

г) структура остеомы не отличается от нормальной кости ниже и выше образования и представляется в виде полусферы

066. Губчатую остеому необходимо дифференцировать

а) с костно-хрящевым экзостозом на широкой ножке и оссифицированной гематомой

б) остеоидной остеомой

в) аневризмальной кистой кости

г) вторичной хондромой

067. Компактная остеома кости встречается

а) в области метафизов длинных трубчатых костей

б) на плоских костях скелета

в) закономерности в локализации нет

068. Больная 15 лет обратилась по поводу увеличивающегося опухолевого образования в области крыла правой подвздошной кости. Образование 10¦8 см размером. При пальпации безболезненно, кожные покровы над ним подвижные, местная температура не изменена, сосудистый рисунок не виден. Функция тазобедренного сустава не нарушена. Самостоятельных болей нет, но имеется чувство давления и дискомфорта в области опухоли. На рентгенограмме имеется костная опухоль, выходящая за контуры крыла подвздошной кости. Контуры четкие на границе с мягкими тканями. На широкой костной ножке. Структура образования костная, характерная для пластинчатой кости. По клинико-рентгенологической картине образование характерно для компактной остеомы крыла подвздошной кости. Больной

а) необходимо наблюдение, оперативное лечение не показано

б) необходимо удаление образования с участком подвздошной кости

в) показана краевая резекция с гистологическим исследованием

г) необходимо провести дооперационную лучевую терапию

д) показана химиотерапия

069. Основными методами лечения губчатой и компактной остеомы являются

а) хирургическое удаление опухоли по типу сомнительной резекции

б) краевая резекция в пределах здоровых тканей

в) выжидательная тактика

г) оперативное лечение не показано

д) операция проводится только в случае бурного роста остеомы

070. Прогноз после хирургического лечения губчатой и компактной остеомы

а) часто наблюдаются рецидивы образования

б) высокий процент озлокачествления

в) прогноз благоприятный, рецидивов после оперативного лечения не бывает

г) в случаях неполного удаления остеомы наблюдается продолжительный рост образования

д) правильно в) и г)

071. Наиболее характерными клиническими признаками остеоидной остеомы при локализации ее в области длинных трубчатых костей являются

а) ограничение функции близлежащего сустава

б) постоянные боли в месте локализации, местное повышение температуры

в) ночные боли в пораженной области

г) атрофия мышц конечности

д) правильно в) и г)

072. Характерным рентгенологическим признаком при остеоидной остеоме является

а) разрежение костной ткани на участке остеоидной остеомы

б) реакция надкостницы в виде луковичного периостата

в) реакция надкостницы в виде гиперостоза

г) наличие гнезда остеоидной остеомы в сочетании с окружающим склерозом и периостальной реакцией

д) реакция надкостницы на очаг остеоидной остеомы не отмечается

073. Обычная остеоидная остеома чаще локализуется

а) в шейке и межвертельной области бедра

б) в диафизе длинных трубчатых костей

в) в теле позвонков

г) в плоских костях скелета (лопатка, кости таза)

д) в мелких костях стоп и кисти

074. Гигантская остеоидная остеома (остеобластома) обычно локализуется

а) в диафизах длинных трубчатых костей

б) в метафизах длинных трубчатых костей

в) в губчатой кости (тела позвонков, кости таза, кости стопы)

г) закономерности в локализации нет

075. При остеоидной остеоме

а) показана консервативная терапия

б) показана рентгенотерапия

в) показана сегментарная резекция кости с аллопластикой дефекта

г) достаточно удалить гнездо без удаления склерозированной кости в области периостита

д) необходимо удаление склерозированной гиперостозной костной ткани с гнездом остеоидной остеомы

076. Наиболее информативными методами обследования при остеоидной остеоме являются

а) обычная рентгенограмма в двух проекциях и компьютерная томография

б) ангиография

в) сцинтиграфия с пирофосфатом технеция

г) биохимический метод исследования

077. Дифференциальную диагностику остеоидной остеомы следует проводить со следующими патологическими процессами

а) с хондробластомой (опухолью Кодмана)

б) с абсцессом Броди

в) с эозинофильной гранулемой

г) с остеогенной саркомой

д) с десмоидной фибромой кости

078. Хондробластома (опухоль Кодмана) поражает чаще

а) диафизы длинных трубчатых костей

б) плоские кости скелета

в) метафизы длинных трубчатых костей

г) эпифизы длинных трубчатых костей

д) эпифизы и прилежащие отделы метафизов без распространения на диафиз

079. Ведущим клиническим симптомом при хондробластоме является

а) сильная боль в пораженном суставе

б) выраженная припухлость и сосудистый рисунок над пораженной областью

в) ограничение объема движений в суставе с незначительной припухлостью и реактивным синовитом

г) повышение местной температуры, изменение цвета кожных покровов (гиперемия)

080. Характерными рентгенологическими признаками эпифизарной хондробластомы являются

а) гомогенный очаг поражения кости больших размеров

б) очаг деструкции в кости, исходящий из эпифизарной пластинки и занимающий эпифиз и прилежащую к эпифизарной пластинке часть метафиза, надкостница может быть отслоена

в) очаг деструкции на рентгенограмме представлен крапчатой структурой

г) при хондробластоме характерен выход опухоли в мягкие ткани, патологический перелом кости

д) правильно б) и в)

081. Больному с эпифизарной хондробластомой показана

а) лучевая терапия

б) химиотерапия

в) комбинированное лечение

г) операция - резекция суставного конца кости

д) краевая резекция с удалением опухоли и сохранением суставного хряща, электрокоагуляцией полости замещением ее кортикальными аллотрансплантатами

082. Наиболее приемлемым пластическим материалом при хондробластоме является

а) аутотрансплантат

б) суставной конец из алломатериала

в) эндопротез

г) расщепленные аллотрансплантаты

083. Прогноз при эпифизарной хондробластоме

а) благоприятный

б) в ранние сроки может наступить малигнизация

в) благоприятный для жизни и неблагоприятный функциональный результат

г) часто бывают рецидивы опухоли после оперативного лечения

084. Наиболее часто хондрома встречается

а) в телах позвонков

б) в длинных трубчатых костях-диафизах

в) в коротких трубчатых костях стопы и кисти

г) в плоских костях таза и лопатки

д) в ребрах, в грудине

085. Для хондромы характерно

а) солитарное поражение скелета

б) множественное поражение костей скелета

в) сочетание множественных поражений коротких костей кисти и длинных трубчатых костей этой же конечности

086. При солитарных энхондромах кисти

а) оперативное лечение не показано даже после патологического перелома

б) показана сегментарная резекция кости (диафиза фаланги) с замещением дефекта трубчатым аллотрансплантатом

в) показана краевая резекция с замещением дефекта кортикальными трансплантатами в виде "щебенки"

г) операция показана после консолидации патологического перелома - краевая резекция с замещением дефекта кортикальными трансплантатами

087. Гигантоклеточная опухоль (остеокластома) наиболее часто встречается

а) в детском возрасте до 10 лет

б) в подростковом возрасте (12-16 лет)

в) опухоль характерна для взрослых (20-40 лет)

г) одинаково часто встречается в любом возрасте

088. Наиболее типичная локализация гигантоклеточной опухоли

а) плоские кости

б) диафизы длинных трубчатых костей

в) нижний суставной конец бедренной кости и верхний суставной конец большеберцовой кости

г) тела позвонков

089. При гигантоклеточной опухоли (остеобластокластоме)

а) прогноз благоприятный

б) в 40% случаев наступает озлокачествление и метастазирование

в) не наступает перерождение и метастазов не бывает

г) потенциально все остеобластокластомы злокачественны

090. Основными рентгенологическими признаками гигантоклеточной опухоли являются

а) гиперпластический процесс с периостальной реакцией на локализацию опухоли

б) литический процесс без периостальной реакции

в) литический процесс с переходом через эпифизарную пластинку и суставной хрящ

г) полость в метафизе без признаков лизиса или гиперпластических образований

091. В плане дифференциальной диагностики гигантоклеточной опухоли при пункционной биопсии

а) определяется высокое внутрикостное давление

б) давление внутрикостное отсутствует

в) выделяется кровь

г) удается взять серую мягкую ткань из полости опухоли

092. При гигантоклеточной опухоли показана

а) химиотерапия

б) лучевая терапия с последующей операцией

в) операция краевой резекции с аллопластикой

г) операция сегментарной (околосуставной резекции) или резекция суставного конца с аллопластикой суставным концом или замещением эндопротезом

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

а) обычная рентгенография в двух проекциях

б) компьютерная томография

в) ангиография

г) радионуклидное исследование

д) тепловидение

094. Наиболее характерными клиническими признаками неостеогенной фибромы являются

а) постоянные боли в области неостеогенной фибромы кости

б) выраженная припухлость и болезненность при пальпации

в) нарушение функции близлежащего сустава и нарушение опорности конечности

г) клиника бедна, характерных признаков нет

д) часто первым признаком является патологический перелом на уровне локализации неостеогенной фибромы

095. Характерной локализацией неостеогенной фибромы является

а) диафиз длинных трубчатых костей

б) метафиз длинных трубчатых костей

в) плоские кости костного скелета

г) все перечисленное

096. Травматический эпифизеолиз у детей наиболее часто локализуется

а) на границе между эпифизом кости и хрящевой растущей пластинкой

б) по растущей пластинке в зоне пролиферации

в) по растущей пластинке в зоне гипертрофии

г) по растущей пластинке в зоне окостенения

097. При переломе через растущую пластинку эпифиза периост

а) разрывается на вогнутой стороне эпифиза, который смещается

б) разрывается (ломается) на выпуклой стороне пластинки эпифиза, который смещается

в) обычно цел на стороне эпифиза и сломан со стороны метафиза

г) обычно цел на месте соединения с метафизом и разрывается на стороне эпифиза

д) не имеет определенной локализации повреждения

098. Контрактура Фолькмана наиболее часто связана

а) с переломами запястья

б) с переломами обеих костей предплечья

в) с вывихом в локтевом суставе

г) с чрезмыщелковыми переломами плеча

099. Наиболее ранним симптомом ишемии тканей верхней конечности является

а) цианоз пальцев

б) бледность пальцев

в) отсутствие пульса на лучевой артерии

г) боль

д) паралич сгибателей предплечья

100. При переломе Беннета

а) имеет место вывих основной фаланги

б) дистальный фрагмент I пястной кости смещается проксимально, а проксимальный остается на месте

в) проксимальный фрагмент вывихивает большую многоугольную кость

г) I пястная кость деформируется в виде "крючка" и смещается по отношению к многоугольной кости

д) проксимальный фрагмент смещается проксимально, увлекая за собой многоугольную кость также проксимально

101. Перелом Беннета - нестабильный перелом, имеющий тенденцию к смещению в гипсовой повязке после повторной манипуляции и тракции. Поэтому сразу следует

а) применить стабильное скелетное вытяжение и гипсовую повязку

б) умело репонировать и фиксировать перелом чрезкожно спицей

в) выполнить закрытую репозицию перелома и фиксировать двумя спицами, проходящими через основание I пястной кости и нижнюю треть ее к II пястной кости

г) применить открытую репозицию и внутреннюю фиксацию

д) ни один из вышеуказанных методов не эффективен

102. Из костей запястья чаще всего ломается

а) ладьевидная кость

б) полулунная кость

в) треугольная кость

г) многоугольная кость

д) головчатая кость

103. По частоте переломов костей запястья второе место занимает

а) ладьевидная кость

б) полулунная кость

в) треугольная кость

г) многоугольная кость

д) головчатая кость

104. Угловой деформацией при переломах пальцев у детей можно пренебречь, если

а) угловая деформация с вершиной на сгибательной поверхности

б) вершина деформации обращена к локтевой кости

в) угловая деформация с вершиной на разгибательной поверхности

г) вершина деформации обращена к лучевой кости

д) угловая деформация в середине диафиза

105. Способность переломов с угловой деформацией к самопроизвольному исправлению у детей будет наибольшей, если угловая деформация

а) в плоскости движения ближайшего сустава

б) 90 к плоскости движения ближайшего сустава

в) с вершиной в сгибательной поверхности

г) сочетается с некоторой ротацией

106. Коррекция неправильно сросшегося перелома в растущем возрасте (у детей) должна быть максимальной, когда деформация

а) только ротационная

б) угловая в средней части диафиза

в) угловая в области метафиза

г) боковая угловая деформация

д) боковая и угловая деформация

107. Костный сегмент, на котором чаще всего предпринимаются корригирующие вмешательства после неправильно сросшихся переломов у детей, это

а) шейка бедра

б) подвертельная область бедра

в) надмыщелковая область в локтевом суставе

г) верхний сегмент плеча

д) дистальный сегмент луча и локтевой кости

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

а) гипсовая иммобилизация

б) деформация должна быть исправлена до угла меньше 5

в) деформация устраняется полностью, затем гипсовая повязка

г) слегка исправить, наложить гипсовую повязку

д) никакого гипса, достаточно простого шинирования

109. Лейкопластырное вытяжение считается методом выбора при лечении переломов диафиза бедра у детей возраста

а) 10 лет

б) 5 лет

в) 4 лет

г) 2 лет

110. Перелом заживает посредством

а) процесса воспаления

б) образования костной ткани делением периостальных клеток

в) образования кости из организовавшегося кровяного сгустка

г) посредством стимуляции костной ткани какими-то еще неизвестными механизмами

д) правильно б) и г)

111. При заживлении перелома

а) обнаружение многоядерных лейкоцитов в месте перелома указывает на инфицирование

б) одним из наиболее ранних изменений является гиперемия и размножение фибробластов

в) первичная костная ткань формируется из периаста с образованием ткани типа кости

г) имеется два типа хрящевой ткани в формирующейся костной мозоли: прозрачная, чистая и фиброзная

д) заживление считается полностью законченным, когда имеется достаточная костная мозоль между отломками, которая надежно удерживает тяжесть тела и силу мышц

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

а) проксимальный отдел плеча

б) межвертельный перелом бедра

в) внутрисуставной перелом шейки бедра

г) граница средней трети и нижней трети большеберцовой кости

д) головка ладьевидной кости

113. Основными причинами, приводящими к несращению перелома или замедленной консолидации, являются

а) повреждение кровеносных сосудов

б) недостаточная тракция для восстановления физиологической длины кости

в) несовершенная иммобилизация

г) раннее прекращение иммобилизации

д) периферические и ротационные смещения

114. При переломе бедра интрамедулярное штифтование противопоказано, когда

а) имеется вколоченный перелом

б) перелом находится в 6 см от места прикрепления аддукторов

в) бедро сломано на нескольких уровнях

г) перелом в наиболее узкой части костно-мозгового канала

д) перелом у ребенка

115. При костной пластике наибольшее значение имеют

а) остогенная активность клеток

б) степень жизнеспособности трансплантата

в) иммунологическая реакция организма

г) приживление трансплантата

д) наличие щелочной фосфатазы - вещества, задерживающего рост

116. Для характеристики применяемой костной пластики допустимы следующие термины

а) аутопластика

б) гомопластика

в) аллопластика

г) ксенопластика (перекрестная)

д) гетеропластика

117. При косом переломе длинной трубчатой кости наиболее прочная и стабильная фиксация достигается при применении винтов, которые вводятся

а) под углом 80 к линии перелома

б) под углом 90 к длинной оси кости

в) под углом 40 к длинной оси кости

г) угол введения винта должен быть в определенном соотношении с длинной осью кости и поверхностью перелома

д) винт грубо ввинчивается в кость без всяких расчетов

118. Костная пластика наиболее удачно может быть применена

а) для заполнения костной полости

б) для артродеза суставов

в) для лечения ложных суставов

г) для создания суставов

д) при свежих переломах

119. При переломах плеча операционный доступ осуществляется

а) в промежутке между двуглавой и дельтовидной мышцами

б) разведением волокон плечевой мышцы

в) обнаружением лучевого нерва как ориентира

г) выделяется промежуток между плечевой и плече-локтевой мышцами

д) сгибание локтя помогает при этом доступе

120. При введении протеза в костно-мозговой канал бедра наиболее частыми ошибками являются

а) недостаточное удаление шейки бедра

б) слишком большая антеверсия протеза

в) неподходящий шеечно-диафизарный угол

г) несоответствие протеза и суставной впадины

д) недостаточная посадка протеза на "пятку"

121. Если в коленном суставе как при сгибании, так и при разгибании ощущается щелчок и при пальпации и на слух, то причиной тому может быть

а) плотная собственная связка

б) киста наружного мениска

в) дисковидный мениск

г) аномалия собственной связки надколенника

д) синдром внутренней боковой связки

122. Для больного с синдромом внутренней боковой связки коленного сустава будет типично

а) многократные блокады или синовиты коленного сустава в анамнезе

б) неустойчивость пораженной конечности

в) симптом Байкова

г) симптом Мак-Луррея

д) все ответы правильны

**11. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕСТРОЙКА КОСТНОЙ ТКАНИ**

001. "Усталостные" переломы, переломы от перенапряжения, ползучие переломы, стрессовые переломы, нагрузочные остеохондропатии, патологическая функциональная перестройка костной ткани - это

а) различные нозологические формы

б) патологические состояния различных участков костной ткани в различных сегментах конечностей и туловища

в) различные названия одного и того же патологического состояния

г) повреждения костной ткани травматической этиологии

д) заболевание костной ткани обменного характера

002. Наиболее правильно и всесторонне объясняет причины возникновения патологической функциональной перестройки костной ткани

а) воспалительно-эмболическая теория происхождения

б) теория суммирования микропереломов

в) сосудистый генез перестроечного процесса (нарушение микроциркуляции) - врожденные сосудистые аномалии

г) результат нарушения костно-мышечного равновесия

д) совокупность всех перечисленных факторов

003. При патологической перестройке костной ткани основные жалобы больного на боли

а) разлитого характера в определенном сегменте конечности, возникшие без видимой причины

б) возникшие после конкретной травмы того или иного сегмента конечности

в) возникшие после воспалительного или простудного заболевания

г) которые появились после интенсивной и продолжительной физической нагрузки и исчезающие в период отдыха

004. Основными клиническими признаками при патологической функциональной перестройке костной ткани являются

а) припухлость ограниченного или разлитого характера в соответствующем сегменте конечности

б) деформация конечности

в) патологическая подвижность

г) укорочение конечности

д) хруст костных отломков, крепитация

005. При патологической функциональной перестройке костной ткани в начальном периоде рентгенологическая картина характеризуется

а) отсутствием изменений (рентгенонегативный период)

б) грубыми изменениями костной ткани в виде надломов, кортикальных надломов

в) наличием линии перелома кости без смещения отломков

г) наличием пятнистого остеопороза в зоне нагрузки кости

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

а) перелом кости без смещения отломков

б) локальный или распространенный гиперостоз, спикулообразные разрастания в виде "бахромчатости", лакунарная тень в виде зоны Лоозера

в) грубые изменения костной ткани в зоне поражения в виде пятнистого остеопороза

007. Морфологические изменения костной ткани при функциональных перестроечных процессах в ранние сроки характеризуются

а) повышением количества остеобластов, утолщением костных балок, отсутствием пролиферативного процесса в периосте

б) резорбцией кортикального слоя, расширением гаверсовых каналов, появлением остеокластов, образованием полостей, гибелью остеоцитов

в) и тем, и другим

г) ни тем, ни другим

008. Морфологические изменения костной ткани при функциональных перестроечных процессах в поздние сроки характеризуются

а) тотальным утолщением трабекул, уменьшением количества капилляров, увеличением коллагеновых волокон

б) морфологической картиной нормальной костной ткани

в) микропереломами трабекул разного срока давности, рассасыванием отдельных из них, пролиферативным процессом в периосте, набуханием коллагеновых волокон, увеличением количества капилляров

009. При патологической функциональной перестройке костной ткани метод радионуклидного исследования

а) неинформативен, потому что не происходит накопления радиофармпрепаратов в зоне повреждения костной ткани

б) высокоинформативен, так как даже незначительные изменения, невидимые на рентгенограммах, отчетливо выделяются в виде фокального накопления радиофармпрепарата в зоне перестройки костной ткани

в) данная методика является методом выбора, так как накопление радиофармпрепарата происходит только при наличии грубых изменений костной ткани, видимых на рентгенограммах

010. При патологической функциональной перестройке костной ткани

а) клиника достаточно специфична и нет необходимости дифференцировать с другими заболеваниями и травмами костной ткани

б) необходимо дифференцировать с гематогенным остеомиелитом, системным заболеванием костной ткани, остеоидной остеомой

в) необходимо дифференцировать с сифилитическим и туберкулезным поражением костей

011. Использование ангиографии у пациентов с патологической функциональной перестройкой костной ткани

а) целесообразно, потому что эта методика позволяет выявить характерные особенности сосудистой сети при данной патологии

б) нецелесообразно, так как изображение сосудистой сети неспецифично при данной патологии

в) является методом выбора, так как методика инвазивная и не всегда помогает выявить сосудистые изменения, характерные для патологической функциональной перестройки костной ткани

012. Ангиографическое исследование при патологической функциональной перестройке костной ткани

а) выявляет неполноценность артериальной сети в виде сужения или полного отсутствия некоторых артериальных ветвей в данной зоне или сегменте. Отмечается медленное заполнение контрастом магистральных артериальных ветвей. Имеет место объединение венозной подкожной сети, что выражается в замедлении венозной фазы ангиографии

б) выявляет большое количество дополнительных артериальных веточек, отходящих от магистрального ствола в зоне перестройки костной ткани. Венозная фаза ускорена

в) не выявляет характерных изменений, артериальная и венозная сеть заполняются контрастом так же, как области с неизменной костной тканью

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

а) создание условий повышения репаративной регенерации кости

б) лечение не отличается от принципа лечения переломов костей без смещения отломков

в) устранение нагрузок, которые явились причиной возникновения данного заболевания

014. Показаниями к консервативному лечению при патологической функциональной перестройке костной ткани являются

а) все стрессовые переломы и перестроечные гипертрозы лечатся консервативно, фиксация гипсовой повязкой

б) консервативное лечение патологической функциональной перестройки костной ткани неэффективно

в) наличие начальных явлений в виде гиперостоза костей запястья, предплюсны и таза

015. При наличии патологической перестройки длинных трубчатых костей в виде распространенного гиперостоза кортикального слоя показана

а) теномиофасциотомия окружающих мышц с отсечением от места прикрепления к костному гребню, что способствует снятию напряжения на периост и декомпрессии мышечного футляра

б) тоннелизация кости по Беку

в) накостный остеосинтез пластиной

г) декортикация области перестройки костной ткани

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

а) остеоперфорацию по Беку

б) внеочаговый остеосинтез

в) накостный остеосинтез компрессирующей пластиной

017. При возникновении сколиотической деформации позвоночника первые патологические изменения происходят

а) в телах позвоночника

б) в мышцах спины

в) в спинном мозге

г) в межпозвонковых дисках

д) во всех вышеперечисленных структурах

018. Наиболее обоснованными теориями патогенеза сколиоза являются

а) тeория эпифизеолиза межпозвонкового диска и нарушения первичного роста в телах позвонков

б) теория нарушения мышечного равновесия туловища

в) травматическая теория

г) повышение естественного радиационного фона окружающей среды

019. При электромиографическом исследовании паравертебральных мышц при диспластическом сколиозе биоэлектрическая активность

а) выше с выпуклой стороны искривления

б) выше с вогнутой стороны искривления

в) снижена с обеих сторон искривления

г) повышена с обеих сторон искривления

020. На вершине грудного искривления позвоночника спинной мозг смещен

а) к выпуклой стороне деформации

б) к вогнутой стороне деформации

в) сохраняет свое центральное положение

г) в дорсальную сторону

д) в вентральную сторону

021. В клинической практике наиболее часто встречается

а) врожденный сколиоз

б) паралитический сколиоз

в) идиопатический сколиоз

г) рахитический сколиоз

д) неврогенный сколиоз

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

а) I - до 5 , II - до 25 , III - до 80 , IV - свыше 80

б) I - до 10 , II - до 25 , III - до 40 , IV - свыше 40

в) I - до 5 , II - до 25 , III - до 40 , IV - свыше 40

г) I - до 15 , II - до 35 , III - до 75 , IV - свыше 75

д) I - до 5 , II - до 20 , III - до 100 , IV - свыше 100

023. Наиболее доступным и простым методом измерения угла искривления деформации позвоночника является

а) метод Абальмасовой

б) метод Кобба

в) метод Фергюсона

г) метод Кона

д) метод Масловского

024. Для грудного сколиоза характерны: 1) асимметрия лопаток, 2) реберный горб, 3) абсолютное укорочение нижней конечности, 4) выраженный симптом Чаклина, 5) асимметрия треугольников талии, 6) ограничение движений грудопоясничного отдела, 7) снижение функции дыхания

а) все перечисленное

б) все перечисленное, кроме 2, 4, 6

в) все перечисленное, кроме 3, 4, 6

г) все перечисленное, кроме 1 и 3

д) все перечисленное, кроме 4 и 6

025. Для поясничного сколиоза характерны: 1) асимметрия лопаток, 2) реберный горб, 3) выраженный симптом Чаклина, 4) асимметрия треугольников талии, 5) перекос таза, 6) снижение функции дыхания, 7) боли в поясничном отделе

а) все перечисленное

б) все перечисленное, кроме 2

в) все перечисленное, кроме 1 и 2

г) все перечисленное, кроме 1 и 4

д) все перечисленное, кроме 1, 2 и 6

026. Декомпенсация деформации туловища определяется

а) осмотром больного в положении стоя, спереди и сзади

б) прикреплением отвеса к остистому отростку C7 и определением отклонения линии отвеса от межъягодичной складки

в) прикреплением отвеса к вершине деформации и определением отклонения линии отвеса от межъягодичной складки

г) прикреплением отвеса к яремной вырезке и определением отклонения линии отвеса от передне-верхних остей подвздошных костей

д) проведением линии на рентгенограмме позвоночника, сделанной в положении лежа, к тазу и определением отклонения этой линии от середины пятого поясничного п озвонка

027. Стабильность деформации позвоночника при сколиозе наиболее объективно определяется

а) тракцией головы больного вверх и определением подвижности деформации

б) по амплитуде наклона туловища больного в разные стороны

в) по рентгенограммам позвоночника, сделанным в положении стоя и лежа, путем накладывания их одна на другую

г) по формуле Казьмина, определяющей отношение угла деформации в положении лежа к углу деформации в положении стоя

д) по субъективным ощущениям и жалобам больного (боли на вершине искривления при смене положения туловища и т. д. )

028. Рентгенологическое обследование больного в случае сколиотической деформации должно обязательно в себя включать: 1) рентгенограмму основной кривизны в передне-задней проекции в положении лежа, 2) рентгенограмму основной кривизны в передне-задней проекции в положении стоя, 3) рентгенографию компенсаторного искривления в передне-задней проекции в положении лежа, 4) рентгенографию компенсаторного искривления в положении стоя, 5) рентгенографию таза с захватом крыльев таза, 6) рентгенографию основного искривления в боковой проекции в положении стоя, 7) рентгенографию основного искривления в боковой проекции в положении лежа

а) все перечисленное

б) все перечисленное, кроме 6 и 7

в) все перечисленное, кроме 5

г) все перечисленное, кроме 3 и 4

д) все перечисленное, кроме 3, 4, 6 и 7

029. Наиболее объективным и доступным методом измерения торсии позвонков является

а) клинический метод с помощью аппарата Шультеса

б) рентгенографический метод по величине отложения остистых отростков

в) рентгенографический метод - по величине смещения корня дужки от боковой поверхности позвонка на вершине деформации

г) рентгенографический - по расстоянию от остистого отростка до сторон тела позвонка

д) по измерению наклона тубуса рентгеновского аппарата, необходимого для получения правильной передне-задней проекции вершинного позвонка

030. В вертикальном положении позвоночника по сравнению с горизонтальным ротация позвонков при сколиотической деформации

а) увеличивается

б) уменьшается

в) остается неизменной

г) может и увеличиться и уменьшиться

д) исчезает

031. У больных грудным сколиозом жизненная емкость легких

а) значительно снижается

б) остается неизменной даже при выраженной деформации позвоночника

в) повышается за счет изменения формы грудной клетки

г) нет четкой зависимости между степенью деформации позвоночника и изменениями ЖЕЛ

д) в 50% случаев повышается и в 50% случаев снижается

032. У больных грудным сколиозом минутный объем дыхания

а) снижается значительно

б) снижается незначительно

в) заметно повышается

г) практически не меняется

д) степень его уменьшения зависит от прогрессирования деформации позвоночника

033. Профилактические осмотры детей необходимо начинать

а) в начальных классах общеобразовательных школ

б) в детских садах, яслях

в) в старших классах общеобразовательных школ

г) в институтах, профтехучилищах, при поступлении на работу

д) в горвоенкоматах

034. Основными признаками первичной дуги искривления являются: 1) повышенная мобильность, 2) первичность появления, 3) большой угол искривления, 4) более выраженные торсионные изменения на вершине искривления, 5) менее выраженные торсионные изменения на вершине искривления, 6) большая стабильность

а) все перечисленное, кроме 1 и 5

б) все перечисленное, кроме 5 и 6

в) все перечисленное, кроме 4 и 6

г) все перечисленное, кроме 1 и 4

д) все перечисленное, кроме 1, 4, 5 и 6

035. Профилактика сколиоза заключается: 1) в раннем выявлении, 2) в раннем оперативном лечении, 3) в раннем консервативном лечении, 4) в ограничении физической нагрузки с раннего возраста, 5) в преобладании постельного режима у детей, входящих в группу риска, 6) в приобщении к физкультуре и спорту детей с раннего возраста, 7) в массовых занятиях плаванием с самого раннего возраста (ясельного) , 8) в периодических осмотрах ортопедом детей с момента рождения не реже 1 раза в 6 месяцев

а) все перечисленное, кроме 4,5 и 8

б) все перечисленное, кроме 2,4 и 8

в) все перечисленное, кроме 1, 2, 3, 4 и 5

г) все перечисленное, кроме 4, 5, 6, 7 и 8

д) все перечисленное, кроме 4, 5, 6 и 7

036. Основным рентгенологическим признаком прогрессирования сколиотической болезни является

а) тест Кона

б) тест Риссера

в) тест Мовшовича

г) тест Нидерштрата

д) индекс стабильности Казьмина

037. Наиболее злокачественным течением отличается

а) верхне-грудной и грудной сколиоз

б) пояснично-крестцовый сколиоз

в) грудопоясничный сколиоз

г) поясничный сколиоз

д) комбинированный сколиоз

038. Тренировка подвздошно-поясничной мышцы по Кону показана

а) при верхне-грудном сколиозе

б) при грудном сколиозе

в) при грудопоясничном сколиозе

г) при поясничном сколиозе

д) при комбинированном сколиозе

039. Массаж мышц спины при сколиотической деформации позвоночника необходимо выполнять

а) более активно на вогнутой стороне искривления

б) более активно на выпуклой стороне искривления

в) активно на обеих сторонах искривления

г) с элементами мануальной терапии, направленными на мобилизацию искривления

д) как и при других дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника

040. Больным сколиозом показано плавание стилем

а) кроль

б) баттерфляй

в) брасс

г) любым стилем

д) плавание противопоказано

041. При консервативном лечении сколиоза основная цель лечения с помощью корсета

а) исправить деформацию позвоночника

б) остановить прогрессирование деформации

в) подготовить больного к операции

г) ослабить мышечный корсет

д) снизить амплитуду движения позвоночника

042. Корсет типа Гессинка необходимо применять для лечения больных

а) верхне-грудным сколиозом

б) грудным сколиозом

в) грудопоясничным и поясничным сколиозом

г) комбинированным сколиозом

д) тотальным сколиозом

043. Операция дискотомии подразумевает

а) подход к телам позвонков с выпуклой стороны искривления и рассечение диска с последующим задним спондилодезом

б) подход к телам позвонков с выпуклой стороны искривления, резекция 1/3 позвонка, суставные отростки и часть дужки с остистым отростком с последующим задним спондилодезом

в) обнажение задних элементов позвонков с вогнутой стороны искривления, резекция поперечных отростков, ребер с этой же стороны, задний спондилодез

г) подход к телам позвонков с вогнутой стороны искривления, резекция поперечных отростков и ребер с этой же стороны, рассечение дисков с вогнутой стороны деформации, задний спондилодез

д) подход к телам позвонков с вогнутой и выпуклой сторон искривления и рассечение диска с обеих сторон, задний спондилодез

044. После операции дискотомии необходимо

а) наложение среднего гипсового корсета на 6 месяцев

б) наложение высокого гипсового корсета на 6 месяцев

в) соблюдение постельного режима в течение 6 месяцев с последующим наложением высокого гипсового корсета

г) наложение высокого гипсового корсета с последующей редрессацией искривления в корсете, иммобилизация 6 месяцев

д) проведение интенсивного консервативного лечения сколиотической деформации: лечебная гимнастика, массаж, электростимуляция и т. д.

045. Показанием к оперативному лечению при искривлении позвоночника является

а) высокая стабильность первичного искривления позвоночника

б) стабилизация деформации под действием консервативной терапии

в) прогрессирование деформации на 5 в год

г) прогрессирование искривления более 10 в год и если угол деформации больше 30 при большом потенциале роста

д) настойчивые просьбы больного и его родителей

046. Энуклеация как операция включает в себя

а) резекцию поперечных отростков и ребер на вершине деформации с выпуклой стороны, удаление пульпозных ядер нескольких межпозвонковых дисков, задний спондилодез

б) резекцию ребер и поперечных отростков на вершине деформации с выпуклой стороны, рассечение межпозвоночных дисков на нескольких уровнях, задний спондилодез

в) резекцию ребер и поперечных отростков на вершине деформации с вогнутой стороны, рассечение межпозвоночных дисков на нескольких уровнях, задний спондилодез

г) резекцию ребер и поперечных отростков на вершине деформации с выпуклой стороны, пункция межпозвонковых дисков, введение в них протеолитического фермента (папаина, лекозима) , задний спондилодез

д) рассечение паравертебральных мышц с выпуклой стороны искривления, удаление пульпозных ядер межпозвоночных дисков на вершине искривления без резекции ребер, задний спондилодез

047. Экскурсия анофизов гребней подвздошных костей закончена, но слияния с крылом подвздошной кости не произошло. Следовательно, тест Риссера соответствует

а) 1 баллу

б) 2 баллам

в) 3 баллам

г) 4 баллам

д) по имеющейся информации нельзя судить о тесте Риссера

048. Наиболее часто остеохондроз поражает

а) шейный отдел позвоночника

б) грудной отдел позвоночника

в) поясничный отдел позвоночника

г) копчик

д) чаще бывает распространенным остеохондроз позвоночника

049. Для остеохондроза позвоночника наиболее характерна следующая патогенетическая ситуация

а) дискомедуллярный конфликт

б) дисковаскуллярный конфликт

в) дискорадикулярный конфликт

г) слипчивый арахноидит

д) спондилолистоз, спондилорадикулярный конфликт

050. Основными методами диагностики остеохондроза позвоночника являются

а) клинический

б) рентгенологический

в) компьютерная томография

г) радионуклидный

д) клинический и рентгенологический

051. Основным методом лечения остеохондроза позвоночника является

а) консервативный

б) передняя дискэктомия, передний корпородез

в) ламинэктомия, удаление грыжи диска

г) ламинэктомия, удаление грыжи диска, задний спондилодез

д) закрытый хемонуклеолиз

052. При шейном остеохондрозе наиболее выраженные дегенеративные изменения чаще встречаются на уровне

а) C1-2

б) C2-3

в) C3-4

г) C4-5

д) C5-6

053. Главным рентгенологическим методом исследования больных с шейным остеохондрозом является

а) миелография

б) ангиография

в) веноспондилография

г) бесконтрастная рентгенография

д) дискография

054. При шейном остеохондрозе основными синдромами являются: 1) корешковые синдромы, 2) спинальные синдромы, 3) вегетативно-дистрофические синдромы, 4) синдром позвоночной артерии, 5) синдром висцеральных нарушений, 6) синдром передней лестничной мышцы, 7) плече-лопаточный периартрит

а) все перечисленное, кроме 4, 5, 6 и 7

б) все перечисленное, кроме 3, 5 и 7

в) все перечисленное, кроме 2, 5 и 6

г) все перечисленное, кроме 1, 2, 3 и 6

д) все перечисленное, кроме 1

055. Боли по наружной поверхности плеча и предплечья, иррадиация болей в 3 палец кисти, гипестезия в этой зоне, гипотрофия трехглавой мышцы плеча характерны для поражения

а) C4 корешка

б) C5 корешка

в) C6 корешка

г) C7 корешка

д) C8 корешка

056. Боли и гипостезия по наружной поверхности плеча и предплечья, анестезия 1-2 пальцев кисти, атрофия двуглавой мышцы плеча характерны для поражения

а) C4 корешка

б) C5 корешка

в) C6 корешка

г) C7 корешка

д) C8 корешка

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

а) суставные отростки при динамическом разгибательном подвывихе позвонка и унковертебральные экзостозы

б) экзостозы суставных отростков

в) спазмированная передняя лестничная мышца при латеральном отхождении устья позвоночной артерии

г) боковые грыжи диска

д) центральные грыжи диска

058. Выявить нестабильность позвоночного сегмента в шейном отделе возможно с помощью

а) обычной бесконтрастной рентгенографии в положении сгибания и разгибания позвоночника в боковой проекции

б) при сравнении рентгенограмм позвоночника, сделанных в положении стоя и лежа

в) радиоизотопного исследования

г) миелографии

д) бесконтрастной рентгенографии в боковой и передне-задней проекции

059. Подводное вытяжение как метод лечения шейного остеохондроза показано

а) при остеохондрозе с резким дискалгическим синдромом

б) при остеохондрозе с клинико-рентгенологической формой цервикальной миелопатии, обусловленной механическим сдавлением или сосудистыми нарушениями

в) при остеохондрозе с выраженной клиникой синдрома позвоночной артерии

г) при деформирующем остеохондрозе и наличии костного спаяния (остеофитов)

д) при гипертонической болезни II-III степени и церебральном астеросклерозе

060. При выраженной нестабильности позвоночного сегмента шейного отдела позвоночника необходимо назначение

а) сосудорасширяющих препаратов

б) аналгетиков ненаркотического ряда

в) головодержателя типа воротника Шанца

г) подводного или сухого вытяжения

д) мануальной терапии

061. Показаниями к оперативному лечению при шейном остеохондрозе являются: 1) неэффективность консервативной терапии, 2) корешковый синдром, 3) вегетативно-дистрофический синдром, 4) нестабильность позвоночного сегмента, 5) грыжевые выпячивания в межпозвонковых отверстиях, 6) подвывих позвонков, 7) дискогенная цервикальная миелопатия

а) все перечисленное

б) все перечисленное, кроме 2, 4 и 6

в) все перечисленное, кроме 1, 5 и 7

г) все перечисленное, кроме 2, 3, 4 и 6

д) все перечисленное, кроме 2, 3 и 6

062. После ламинэктомии в шейном отделе позвоночника стабильность

а) увеличивается

б) уменьшается

в) не меняется

г) в оперативном сегменте снижается, а в других отделах увеличивается

063. Показанием к ламинэктомии при шейном остеохондрозе является

а) корешковый синдром

б) вегетативно-дистрофический синдром

в) нестабильность позвоночного сегмента

г) подвывих позвонков

д) дискогенная цервикальная миелопатия

064. Передний корпородез при шейном остеохондрозе проводится при применении

а) эндотрахеального наркоза

б) местной анестезии

в) проводниковой анестезии

г) местной и проводниковой анестезии

д) не имеет принципиального значения выбор анестезии

065. Площадь сечения позвоночного канала в грудном отделе позвоночника

а) меньше, чем в шейном и поясничных отделах

б) одинаковая, как в шейном и поясничных отделах

в) меньше, чем в шейном, но больше, чем в поясничном отделе

г) больше, чем в шейном, но меньше, чем в поясничном отделе

д) больше, чем в шейном и поясничном отделах

066. Большая передняя корешковая артерия Адамкевича снабжает кровью

а) шейный отдел спинного мозга

б) шейный и грудной отделы спинного мозга

в) грудной отдел спинного мозга (от Д1 до Д12)

г) спинной мозг, лежащий ниже сегмента Д8

д) поясничный отдел спинного мозга от L1 до S1

067. Клиническая картина при грудном остеохондрозе

а) чрезвычайно разнообразна, но ни один из симптомов не является строго специфичным

б) характеризуется только наличием боли в грудном отделе позвоночника

в) характеризуется нарушением чувствительности в нижних конечностях

г) характеризуется изменениями сухожильных рефлексов

д) характеризуется вазомоторными нарушениями ног

068. Рентгенологическими признаками грудного остеохондроза являются: 1) уменьшение высоты дисков, 2) склероз замыкательных пластинок, 3) передние и боковые остеофиты, 4) хрящевые вдавления в тела позвонков, 5) уменьшение высоты тел позвонков и их небольшая клиновидная деформация, 6) выраженный сколиоз, 7) остеопороз позвонков, 8) гипермобильность грудного отдела

а) все перечисленное

б) все перечисленное, кроме 2, 4 и 6

в) все перечисленное, кроме 3, 6 и 7

г) все перечисленное, кроме 3 и 8

д) все перечисленное, кроме 6 и 8

069. Грыжи дисков в грудном отделе позвоночника

а) встречаются очень редко

б) встречаются часто

в) встречаются так же часто, как и в поясничном отделе позвоночника

г) определяют в подавляющем случае клинику грудного остеохондроза у большинства пациентов

д) могли бы обнаруживаться гораздо чаще, если бы всем больным проводилось рентгеноконтрастное исследование позвоночника (миелография)

070. Комплекс консервативного лечения грудного остеохондроза должен включать: 1) рассасывающую терапию (стекловидное тело, румалон, алоэ и др. ) , 2) рентгенотерапию, 3) гормональную терапию, 4) витаминотерапию, 5) при показаниях - фиксацию туловища корсетами, 6) противовоспалительную терапию (вольтарен и т. д. ) , 7) паравертебральные блокады, 8) лечебную гимнастику, 9) массаж мышц спины, 10) санаторно-курортное лечение, 11) при показаниях - мануальную терапию

а) все перечисленное

б) все перечисленное, кроме 3, 7 и 9

в) все перечисленное, кроме 2 и 3

г) все перечисленное, кроме 2, 5 и 10

д) все перечисленное, кроме 6, 7, 8, 9, 10, 11

071. Традиционное лечение в комплексе терапии грудного остеохондроза показано

а) при остеохондрозе с дискалгическим и корешковым синдромами

б) при остеохондрозе с кардиальным или другими висцеральными синдромами

в) при остеохондрозе с клиникой торакальной миелопатии

г) при деформирующем остеохондрозе

д) правильно а) и б)

072. Выпадение коленного рефлекса характерно для поражения

а) корешка L2

б) корешка L3

в) корешка L4

г) корешка L5

д) корешка S1

073. Выпадение ахиллова рефлекса характерно для поражения

а) корешка L2

б) корешка L3

в) корешка L4

г) корешка L5

д) корешка S1

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

а) Брагара

б) Нери

в) Лассега

г) Вассермана

д) Мацкевича

075. При боковой грыже поясничного диска анталгический наклон туловища направлен

а) в эту же сторону

б) в сторону, противоположную локализации грыжи

в) зависит от отношения спинномозгового нерва к грыже и диска

г) вперед

д) назад

076. Нормальное содержание белка в спинномозговой жидкости составляет

а) 0. 5 г/л

б) 0. 165 г/л

в) 1. 5 г/л

г) 2. 0 г/л

д) 5. 0 г/л

077. В норме ликворное давление при люмбальной пункции колеблется в пределах (в положении лежа)

а) 100-200 мм вод. ст.

б) 250-300 мм вод. ст.

в) 300-350 мм вод. ст.

г) 10-50 мм вод. ст.

д) выше 400 мм вод. ст.

078. У больного внезапно возникла параплегия нижних конечностей, быстро возникла гипотрофия мышц, чувствительность снижена с уровня Д12-L1 сегментов. Возникли нарушения функции тазовых органов по типу задержки. Данная клиническая картина характерна

а) для синдрома артериальной миелоишемии поясничного утолщения

б) для синдрома артериальной ишемии конуса и эпиконуса спинного мозга

в) для синдрома артериальной ишемии конуса спинного мозга

г) для синдрома артериальной ишемии сегментов эпиконуса (синдрома парализующего ишиаса медуллярного типа)

д) для синдрома артериальной радикулоишемии (синдрома парализующего ишиаса корешкового типа)

079. У больного внезапно возникла параплегия нижних конечностей, более выраженная в нижних отделах (дистальных) , расстройство чувствительности в зоне L5-S5 сегмента, нарушение функции тазовых органов. Данная клиническая картина характерна

а) для синдрома артериальной миелоишемии поясничного утолщения

б) для синдрома артериальной ишемии конуса и эпиконуса спинного мозга

в) для синдрома артериальной ишемии конуса спинного мозга

г) для синдрома артериальной ишемии сегментов эпиконуса

д) для синдрома артериальной радикулоишемии

080. Для обострения остеохондроза поясничного отдела позвоночника наиболее характерны следующие симптомы: 1) боль в поясничном отделе с иррадиацией в нижнюю конечность, 2) отсутствие боли в поясничном отделе и нижних конечностях, 3) сглаженность или отсутствие поясничного лордоза, 4) нормальное положение или усиление поясничного лордоза, 5) анталгический наклон туловища, 6) ограничение движения позвоночника, 7) увеличение подвижности позвоночника, 8) наличие корешковой симптоматики, 9) положительные симптомы натяжения корешков, 10) отрицательные симптомы натяжения корешков

а) все перечисленное

б) все перечисленное, кроме 2, 3, 6 и 9

в) все перечисленное, кроме 2, 4, 7 и 10

г) все перечисленное, кроме 1, 5, 7

д) все перечисленное, кроме 2, 4, 5, 6, 8, 9

081. Появление органической неврологической (корешковой) симптоматики при поясничном остеохондрозе вызывает

а) грыжа Шморля

б) оссификация передней продольной связки

в) склерозирование замыкательных пластин смежных позвонков

г) протрузия или пролапс диска в спинномозговой канал

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

а) бесконтрастная рентгенография в двух проекциях

б) бесконтрастная рентгенография в функциональных положениях

в) миелография

г) ангиография

д) радиоизотопное исследование

083. О нестабильности позвоночного сегмента можно судить

а) по бесконтрастным рентгенограммам, сделанным в передне-задней и боковой проекции

б) по бесконтрастным рентгенограммам, сделанным в боковой проекции в положении сгибания и разгибания

в) по рентгенограммам позвоночника, сделанным в передне-задней проекции в положении стоя и лежа

г) по компьютерным томограммам (ЯМР-томография)

д) по радиоизотопному исследованию позвоночника

084. Дифференциальная диагностика остеохондроза поясничного отдела позвоночника проводится: 1) с туберкулезным спондилитом, 2) с деформирующим артрозом тазобедренного сустава, 3) с гормональной спондилопатией, 4) с интраспинальной опухолью, 5) с кистозными и спаечными арахноидитами конского хвоста, 6) с болезнью Бехтерева, 7) с опухолями и метастазами в позвонки, 8) с ревматизмом

а) все перечисленное

б) все перечисленное, кроме 2, 4 и 6

в) все перечисленное, кроме 1, 3, 6, 7 и 8

г) все перечисленное, кроме 1, 2, 3 и 4

д) все перечисленное, кроме 2, 3, 4 и 8

085. Для остеохондроза поясничного отдела позвоночника наиболее характерно

а) поражение 1 или 2 спинномозговых корешков

б) поражение 3 корешков

в) поражение 4 корешков

г) поражение спинномозговых нервов на различных уровнях (в грудном и поясничном отделах позвоночника)

д) отсутствие заинтересованности спинномозговых нервов даже в тяжелых случаях

086. Для нестабильной формы остеохондроза поясничного отдела позвоночника характерно

а) наличие постоянных болей в поясничном отделе, не меняющихся при движении туловища

б) отсутствие болей в поясничном отделе позвоночника

в) наличие болей в поясничном отделе, значительно усиливающихся в вертикальном положении и при движениях туловища

г) наличие болей только в нижних конечностях при ходьбе

д) наличие болей в поясничном отделе в ночное время в положении лежа

087. Основным методом лечения больных с поясничным остеохондрозом является

а) консервативный

б) передний корпородез

в) ламинэктомия, удаление грыжи диска

г) фиксация поясничного отдела металлофиксаторами, задний спондилодез

088. Мануальная терапия в комплексе лечения поясничного остеохондроза показана

а) при выраженном болевом синдроме в поясничном отделе, сопровождающемся функциональным ограничением подвижности в межпозвоночных суставах

б) при наличии органической неврологической симптоматики

в) при травматических повреждениях позвоночника

г) при оперированном позвоночнике

д) при нестабильности позвоночных сегментов

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

а) клинического осмотра больного

б) рентгенографического исследования позвоночника, включая функциональные положения

в) неврологического осмотра (выявление поражения периферической нервной системы)

г) радиоизотопного исследования позвоночника и ангиографии

090. При выявлении нестабильности позвоночного сегмента необходимо

а) в срочном порядке больному предложить операцию - передний корпородез

б) в срочном порядке больному предложить операцию - ламинэктомию

в) в срочном порядке больному предложить операцию - задний спондилодез, фиксацию позвоночника металлическими конструкциями

г) назначить консервативное лечение без ношения корсета

д) назначить консервативное лечение с обязательным ношением корсета ленинградского типа

091. Тракционное лечение при поясничном остеохондрозе показано в случаях: 1) остеохондроза с резким дискалгическим синдромом, 2) остеохондроза с синдромом сдавления конского хвоста, обусловленного механическими факторами (грыжа диска) или сосудистыми нарушениями, 3) деформирующего остеохондроза с наличием блока остеофитов, 4) остеохондроза с обострением любишиалгического синдрома, 5) остеохондроза с хронической любалгией и любишиалгией

а) все перечисленное

б) все перечисленное, кроме 2 и 3

в) все перечисленное, кроме 1, 4, 5

г) все перечисленное, кроме 4 и 5

д) все перечисленное, кроме 1 и 3

092. Комплекс консервативных мероприятий при лечении больных с поясничным остеохондрозом включает в себя: 1) биогенные стимуляторы (стекловидное тело) и др. 2) витамиотерапия (группы B) , 3) противовоспалительные препараты (вольтарен и др. ) , 4) паравертебральные новокаиновые блокады, 5) эпидуральные новокаиновые блокады, 6) во всех случаях мануальная терапия, 7) при строгих показаниях - мануальная терапия, 8) при показаниях - корсетотерапия, 9) во всех случаях - корсетотерапия, 10) массаж, лечебная гимнастика, 11) санаторно-курортное лечение

а) все перечисленное

б) все перечисленное, кроме 6 и 9

в) все перечисленное, кроме 4, 5, 7 и 9

г) все перечисленное, кроме 3, 5, 7 и 9

д) все перечисленное, кроме 1, 2, 7 и 8

093. Закрытый хемонуклеолиз и дерецепция межпозвоночных дисков показаны в случаях

а) длительного течения болезни, выявленного на бесконтрастных рентгенограммах снижения высоты одного или нескольких межпозвоночных дисков

б) если на миелограммах больного выявляется грыжа диска, перекрывающая 2/3 просвета позвоночного канала

в) если на миелограммах больного выявляется грыжа диска, которая полностью перекрывает просвет позвоночного канала

г) если на миелограммах больного выявляется грыжа диска, которая занимает не более 1/3 просвета позвоночного канала и нет признаков нестабильности позвоночного сегмента

д) если на миелограммах больного выявляется грыжа диска, которая занимает не более 1/3 просвета позвоночного канала и есть признаки нестабильности позвоночного сегмента

094. Методика дерецепции и закрытой папаинизации (хемонуклеолиза) межпозвонковых дисков заключается в строгой последовательности следующих этапов: 1) наложение гипсового корсета, 2) введение в диск 0. 4-0. 6 мл этилового спирта, 3) повторное введение в диск 0. 2-0. 3 мл этилового спирта, 4) введение в диск от 2 до 6 мг папаина, 5) введение в диск 0. 2-0. 3 мл 10% раствора новокаина, 6) эпидуральная новокаиновая блокада, 7) дискография

а) правильно 7, 5, 2, 4, 3, 6, 1

б) правильно 4, 2, 3, 5, 6, 1, 7

в) правильно 7, 4, 2, 3, 5, 6, 1

г) правильно 6, 7, 2, 4, 3, 5, 1

д) правильно 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

095. Показаниями к дискотомии и переднему спондилодезу при поясничном остеохондрозе являются: 1) обширные грыжевые выпячивания, свободные секвестры диска в спинномозговом канале с резко выраженной корешковой неврологической симптоматикой, 2) выраженная дегенерация диска с наличем заднебоковых выпячиваний, 3) постоянная люмбалгия с частыми приступами и выраженными признаками нестабильности позвоночника, 4) грыжевые выпячивания поясничных дисков при стойком болевом синдроме при сопутствующем ожирении, 5) спондилолистезы, протекающие с тяжелым болевым синдромом, 6) неудовлетворительные результаты после операции задним доступом (рецидивы, связанные с прогрессированием остеохондроза)

а) правильно все перечисленное

б) правильно 2, 3, 5 и 6

в) правильно 1 и 4

г) правильно 1, 3 и 6

д) правильно 2, 4, 5 и 6

096. Показаниями к ламинэктомии и дискотомии, заднему спондилодезу являются:

а) неэффективность консервативного лечения в течение 4 месяцев

б) неэффективность консервативного лечения в течение 2 месяцев

в) грыжа диска со сдавлением спинномозговых корешков

г) неэффективность эпидуральной блокады

д) правильно а) и в)

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

а) 1 недели

б) 2 недель

в) 3 недель

г) 1 месяца

д) 2-3 месяцев

098. При заднем доступе стабильность позвоночного сегмента в меньшей степени нарушается

а) при расширенной ламинэктомии

б) при гемиламинэктомии

в) при ламинэктомии

г) при частичной резекции и желтой связки с одной стороны (интерламинарный доступ)

099. Операция удаления грыжи диска посредством ламинэктомии должна завершаться

а) осуществлением металлофиксации (пластины, стяжки и т. д. )

б) осуществлением металлофиксации и заднего спондилодеза

в) осуществлением только заднего спондилодеза

г) никакая фиксация не нужна

д) фиксация позвоночного сегмента после ламинэктомии не принципиальна

100. Болезнь Бехтерева чаще встречается

а) у женщин в возрасте старше 50 лет

б) у женщин в возрасте старше 40 лет

в) у мужчин в возрасте старше 50 лет

г) у мужчин в возрасте старше 40 лет

д) одинаково часто у мужчин и женщин, независимо от возраста

101. Диагностические критерии болезни Бехтерева включают: 1) боль и скованность в крестцово-подвздошной области, продолжающаяся более 3 месяцев и не изменяющаяся в покое, 2) боль и скованность в грудном отделе позвоночника, 3) ограничение движения в поясничном отделе позвоночника, 4) ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки, 5) в анамнезе ирит, иридоциклит или их последствия, 6) рентгенологические признаки двустороннего сакроилеита

а) все перечисленное

б) только 1, 2 и 3

в) только 4, 5 и 6

г) только 1, 4, 6

д) только 1, 2, 4 и 6

102. При болезни Бехтерева позвоночник поражается только

а) при центральной форме

б) при ризомиелической форме

в) при периферической форме

г) при скандинавской форме

д) при висцеральной форме

103. Поражение мелких суставов кистей (как и при ревматоидном артрите) характерно для болезни Бехтерева

а) центральной формы

б) ризомиелической формы

в) периферической формы

г) скандинавской формы

д) висцеральной формы

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

а) центральной формы

б) ризомиелической формы

в) периферической формы

г) скандинавской формы

д) висцеральной формы

105. Поражение позвоночника, локтевых, коленных и голеностопных суставов характерно для болезни Бехтерева

а) центральной формы

б) ризомиелической формы

в) периферической формы

г) скандинавской формы

д) висцеральной формы

106. При висцеральной форме болезни Бехтерева чаще других происходит: 1) поражение клапанного аппарата сердца, 2) перикардит, 3) аортит, 4) поражение легких, 5) поражение желудочно-кишечного тракта, 6) амилоидоз почек, 7) поражение глаз (склериты, увеиты, иридоциклиты)

а) правильно все перечисленное

б) правильно все перечисленное, кроме 4 и 5

в) правильно все перечисленное, кроме 3, 6 и 7

г) правильно все перечисленное, кроме 1, 3, 6 и 7

д) правильно все перечисленное, кроме 2, 3 и 6

107. Для начальной стадии развития болезни Бехтерева характерны следующие рентгенологические признаки

а) склероз суставных поверхностей обоих тазобедренных суставов

б) отдельные очаги остеопороза или склероза в краевых поверхностях крестцово- подвздошных суставов, суставные контуры неясные, затушеванные

в) анкилоз крестцово-подвздошных сочленений

г) оссификация связочного аппарата позвоночника

д) уплотнение межпозвонковых дисков

108. Основным методом лечения болезни Бехтерева на ранней стадии является

а) оперативный

б) назначение препаратов пиразолоновой группы в сочетании с лечебной гимнастикой, санаторно-курортным лечением

в) назначение биогенных стимуляторов

г) назначение аналгетиков ненаркотического ряда, физиотерапия

д) значительное снижение двигательной нагрузки, освобождение от гимнастики

109. Основными диагностическими признаками псориатического спондилоартрита являются: 1) поражение дистальных межфаланговых суставов с типичным проявлением, 2) асимметричное поражение суставов кистей или отдельных фаланг, имеющих рецидивирующее течение, 3) одностороннее поражение крестцово-подвздошного сочленения, 4) всегда двустороннее поражение крестцово-подвздошных сочленений, 5) рентгенологические признаки одностороннего сакроилеита, 6) рентгенологические признаки двустороннего сакроилеита, 7) характерные псориатические бляшки на коже, 8) характерные изменения костно-хрящевой структуры концевых фаланг кистей на рентгенограмме, 9) массивные, односторонние, не связанные с межпозвонковым диском синдесмофиты в поясничном или грудном отделе позвоночника

а) правильно все перечисленное

б) правильно все перечисленное, кроме 4 и 6

в) правильно все перечисленное, кроме 2, 3 и 5

г) правильно все перечисленное, кроме 1, 3, 5 и 7

д) правильно все перечисленное, кроме 2, 5, 7 и 8

110. Комплекс лечения больных с псориатическим поражением позвоночника и суставов должен включать: 1) кортикостероиды, 2) пирогенал, 3) метатрексат, 4) применение мази на пораженных кожных участках (саналар, флюцинар) , 5) УФ облучение пораженных участков кожи, 6) пиразолоновые препараты, 7) физиотерапию, 8) массаж мышц спины и конечностей, 9) санаторно-курортное лечение, 10) препараты золота (кризанол, санокризин) , 11) внутрисуставное введение иммунодепрессантов

а) правильно все перечисленное

б) правильно все перечисленное, кроме 10

в) правильно все перечисленное, кроме 5, 6, 8 и 9

г) правильно все перечисленное, кроме 5, 6, 7, 8 и 9

д) правильно все перечисленное, кроме 1, 2, 4, 5 и 6

111. Для ранней стадии болезни Рейтера характерно наличие следующих симптомов: 1) конъюнктивит, 2) неспецифический уретрит, 3) воспаление одного или нескольких суставов нижних конечностей, 4) характерные поражения кожных покровов и слизистых оболочек, 5) вирусные включения в мазке, полученном из уретрального материала, 6) периваскулит и гипертрофия сосудов, выявляемые при изучении биопсийного материала синовиальной оболочки, 7) наличие антигена HLA-27, 8) наличие периоститов, 9) поражение крестцово-подвздошных суставов, 10) развитие синдесмофитов в поясничном отделе позвоночника, 11) поражение аорты

а) правильно все перечисленное

б) правильно все перечисленное, кроме 4, 5, 6, 8

в) правильно все перечисленное, кроме 8, 9, 10, 11

г) правильно все перечисленное, кроме 1, 3, 8, 9, 11

д) правильно все перечисленное, кроме 4, 5, 8, 9, 11

112. Под спондилолистезом понимается

а) смещение позвонка с нижерасположенного

б) растворение или разрушение задних элементов позвонка

в) незаращение дужки позвонка

г) клиновидная деформация позвонка

д) патологическая подвижность позвонка

113. Классификация спондилолистеза основана на измерении

а) величины угла смещения сползающего позвонка

б) величины смещения заднего края смещающегося позвонка относительно нижерасположенного позвонка

в) степени деструкции задних элементов смещающегося позвонка

г) степени стабильности смещающегося позвонка при функциональных нагрузках

114. По классификации И. М. Митбрейта и В. Е. Беленького степень спондилолистеза пятого поясничного позвонка устанавливается путем определения угла смещения его относительно вертикали. При этом

а) I степень - 10 , II - 20 , III - 40 , IV - более 60

б) I степень - до 45 , II - 60 , III - 70 , IV - 90

в) I степень - 46-60 , II - 61-75 , III - 76-90 , IV - 91-105 , V - 106-120 и более

г) I степень - до 15 , II - 16-30 , III - 31-45

д) I степень - до 5 , II - 6-25 , III - 25-40 , IV - более 40

115. На основании различия этиологических и патогенетических особенностей выделяют следующие виды спондилолистеза: 1) острый диспластический, 2) спондилолизный, 3) инволютивный, 4) острый травматический, 5) патологический, 6) дегенеративный

а) правильно 1,5 и 6

б) правильно 2,5 и 6

в) правильно 4,5 и 6

г) правильно 1,2,3 и 4

д) правильно 2,3,5 и 6

116. Оперативное лечение взрослых больных показано в следующих случаях спондилолистеза

а) спондилолистез L5, 4, 3 любой степени с выраженной нестабильностью позвоночника, не поддающийся консервативному лечению

б) появление органической неврологической симптоматики

в) спондилолистез с анталгическим наклоном туловища, не поддающийся консервативному лечению

г) стеноз позвоночного канала

д) все перечисленное

117. Признак Риссера связывается

а) со степенью клиновидной деформации позвонка в сколиотическом искривлении

б) с возрастом больного, при котором деформация стабилизируется

в) со степенью стабильности основной деформации позвоночника

г) с остеопорозом тел позвонков на вершине искривления с выпуклой стороны

д) со степенью оссификации эпифизов крыльев подвздошных костей, переходящей по направлению к крестцово-подвздошному сочленению

**12. ОСТЕОСИНТЕЗ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**

001. Основными условиями сращения костей являются

а) идеальная репозиция костных отломков, восстановление конгруэнтности суставных поверхностей

б) использование для фиксации костных отломков малотравматичных способов, обеспечивающих между ними динамическую компрессию до полной консолидации перелома

в) включение в комплекс лечебной гимнастики в ранние сроки пассивных и активных движений в поврежденном суставе

г) разрешение через 1-2 недели от начала фиксации осевой нагрузки величиной 30% веса тела

д) все перечисленное

002. При лечении переломов может не учитываться принцип

а) полного сопоставления отломков, восстановление функции - через восстановление анатомии

б) высокой прочности фиксации

в) сохранения кровоснабжения кости

г) сохранения микроподвижности для усиления катаболической фазы регенерации костной ткани в зоне перелома

д) сохранения опорной и двигательной функции поврежденной конечности

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

а) упругость (модуль упругости, модуль Юнга)

б) предел текучести, прочности, усталости

в) пластичность

г) сопротивление износу

д) все перечисленное

004. Отторжение фиксатора связано

а) с аллергией к металлу

б) с электромагнитным напряжением ткани

в) с многооскольчатым характером перелома

г) с коррозией металлов

д) правильно а) и г)

005. Предупреждение коррозии фиксаторов при остеосинтезе достигается

а) совмещением в конструкции фиксаторов различных металлов

б) конструкцией фиксатора с учетом циклического напряжения в трех плоскостях

в) хорошей шлифовкой поверхности фиксатора

г) правильно б) и в)

д) все правильно

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

а) виталлиум - сплав кобальта, хрома, молибдена

б) тантал

в) цирконий

г) титан

д) нержавеющая сталь, содержащая молибден

007. Металлические конструкции в тканях организма под влиянием растворенного кислорода, хлоридов, фосфатов и органических кислот становятся термодинамически неустойчивы и подвергаются

а) электрохимической коррозии

б) фреттинговой коррозии

в) парадифференциальной аэрации

г) гальванической коррозии

д) всему перечисленному

008. К факторам, способствующим коррозии фиксаторов, относятся

а) неправильные химические составы и металлургические процессы

б) некачественная обработка поверхности фиксатора или повреждение его

в) совместное употребление разных металлов

г) действием циклических напряжений на металлический фиксатор

д) все перечисленное

009. Высокие механические свойства и коррозиеустойчивость металлических имплантатов обеспечивается в следующих специальных процессах изготовления

а) плавка в вакууме

б) электрошлаковая переплавка

в) оптимальные условия холодной обработки давлением

г) хромоникелемолибденовая сталь с особым химическим составом (хром-17. 5%, никель-14. 0%, молибден-2. 5%, углерод-0. 03%)

д) все перечисленное

010. Титан и его сплавы легче других, обладают отличной коррозийной устойчивостью и усталостным сопротивлением, но применение их ограничивается из-за

а) низкого модуля упругости (уступает в прочности)

б) низкой сопротивляемости на срезе (перелом титановых винтов от вращающего момента)

в) малой устойчивостью к износу (истирание при скольжении)

г) сложности производства и механической обработки (нельзя перегревать, низкая скорость резания)

д) всего перечисленного

011. Повторное применение металлических фиксаторов опасно по причине

а) повреждения поверхности фиксатора при удалении и установке

б) усиления щелевой и контактной коррозии

в) изменения кристаллической структуры фиксатора в связи с явлением усталости металла

г) склонности к точечной коррозии в солевых растворах имеет сталь марки X18H9T

д) всего перечисленного

012. Непригодным для остеосинтеза диафизарных переломов являются

а) экстрамедуллярный плотный остеосинтез

б) внутрикостный плотный остеосинтез

в) чрескостный остеосинтез аппаратами и устройствами

г) фиксаторы типа шелк, проволока, лента, спицы, винты, шурупы

013. Основную механическую нагрузку накостный фиксатор несет

а) над областью перелома

б) на 2 см в сторону от линии перелома

в) на концах пластины

г) на дистальном конце пластины

014. Механические и физические требования, предъявляемые к конструкциям, используемым в травматологии и ортопедии, включают

а) упругость (модуль упругости, модуль Юнга)

б) предел текучести марки сплава, прочности, усталости

в) пластичность

г) сопротивление износу

д) все перечисленное

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

а) уменьшить резорбцию кости при качательных знакопеременных нагрузках

б) использовать скрепители с небольшой поверхностью контакта с костью

в) использовать скрепители, имеющие большую поверхность контакта с костью

г) использовать дополнительную гипсовую повязку

д) применять углеродистые фиксаторы

016. Медицинские винты предназначаются для соединения отломков костей в чистом виде и в сочетании с применением пластины. Они должны легко входить в отверстия и выдерживать все перечисленные нагрузки, кроме

а) напряжения растяжения

б) напряжения вращения

в) напряжения сдвига

г) продольной нагрузки

017. Необходимая жесткость фиксации при остеосинтезе винтами достигается

а) при достаточной длине винта, когда он проходит оба кортикальных слоя кости

б) внешнем диаметре до 4 мм (для бедра, голени, плеча)

в) упорном характере резьбы с трапецевидным профилем

г) когда виток резьбы врезается в кость на общую глубину 1. 5 мм

д) всем перечисленным

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

а) перпендикулярно линии перелома

б) перпендикулярно оси кости

в) по средней линии между двумя перпендикулярами: к линии перелома и к линии оси кости

г) при косых переломах все винты должны располагаться в одной плоскости, а при винтообразных - в разных плоскостях соответственно линии перелома и перпендикулярно к ней

д) правильно в) и г)

019. Прочность винтов при остеосинтезе может снижаться

а) при возникновении концентрации напряжения, вызванного трением в момент введения

б) резорбцией кости вокруг винта, накатанной неопорной резьбой

в) "усталостью металла" при повторных применениях

г) если диаметр отверстия в кости равен наружному диаметру винта

д) всем перечисленным

020. Частая причина ослабления связи накостного фиксатора с костью - резорбция костной ткани возле металлической конструкции и винтов. Она происходит из-за

а) местных расстройств кровообращения

б) большого давления металлической конструкции на кость

в) качательных знакопеременных движений, создающих попеременно действующие рычаги 1-го и 2-го рода ("пластинка-пластинка" - рычаг 1 рода, "пластинка- кость - 2 рода)

021. Пластинка для остеосинтеза противодействует смещающему моменту, который составляет

а) сила тяги мышц и плечо мышц

б) угол плоскости излома (при косом переломе возникает момент кручения)

в) масса сегмента конечности, располагающаяся дистальнее места перелома

г) плечо массы сегмента

д) все перечисленное

022. Оптимальные размеры пластин при переломе голени должны быть

а) при переломе верхней трети - от 10 до 16 см 1/4 длины голени

б) при переломе средней трети - от 16 до 18 см 1/3 длины голени

в) при переломе нижней трети - от 6 до 8 см 1/6 длины голени

г) 14 см на 8 винтах, независимо от уровня перелома

д) 16 см на 10 винтах, независимо от уровня перелома

023. Основными силами, смещающими положение отломков, являются: масса конечности дистальнее места перелома и мышечные усилия. Поэтому для прочной фиксации перелома бедра следует использовать пластину

а) 1/2 длины сегмента конечности на 10 винтах

б) 1/3 длины сегмента конечности на 8 винтах

в) 1/4 длины сегмента конечности на 6 винтах

г) 1/5 длины сегмента конечности на 4 винтах

д) 1/6 длины сегмента конечности на 2 винтах

024. Противопоказаниями к накостному остеосинтезу являются

а) остеопороз костей

б) открытые переломы с обширной зоной повреждения мягких тканей

в) инфицированные переломы

г) обширные кожные рубцы, свищи, остеомиелит

д) все перечисленное

025. В практике остеосинтеза костей внутрикостными фиксаторами можно руководствоваться всеми следующими положениями, кроме

а) введения штифта при длине одного из отломков менее 6 см

б) по возможности применять не короткие фиксаторы, длинные стержни, имеющие большую поверхность контакта с костью и образующие длинные равновеликие плечи рычагов

в) проводить стержни на максимально возможном протяжении в отломках костей

г) круглые стержни действуют поршнеобразно и повышают давление в костно-мозговом канале и раздражают барорецепторы. Плоские, штыкообразные, квадратные стержни имеют большую поверхность контакта с костью и уменьшают ротационные движения

д) при околосуставных переломах применять 2 плоских стержня с разведением их концов, "2 направленных стержня", "встречные стержни", "моделированные стержни"

026. Показаниями к накостному остеосинтезу являются все перечисленные, исключая

а) переломы с интерпозицией тканей

б) неправильно сросшиеся и несросшиеся переломы, ложные суставы

в) отрывные переломы (локтевой отросток, надмыщелок плеча, надколенник)

г) широкий внутрикостный канал бедра, голени

027. Лечение больных с переломами трубчатых костей, осложненных остеомиелитом и нарушением процессов регенерации костной ткани, включает

а) внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез с одновременной секвестрнекрэктомией

б) постоянно промывание очага и затеков с активной аспирацией в течение 10-12 дней, антисептиками, антибиотиками, ферментами

в) адекватную антибактериальную терапию по бактериограмме в тяжелых случаях с внутриартериальными введениями препаратов

г) коррекцию всех видов обмена, дезинтоксикационную терапию, активную и пассивную иммунотерапию после серологической диагностики стафилококка

д) все перечисленное

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

а) перелома вертлужной впадины с центральным вывихом бедра

б) перелома края вертлужной впадины

в) краевого перелома впадины на уровне лимбуса с вывихом головки бедренной кости

г) невправляющегося перелома

д) сложных многооскольчатых переломах вертлужной впадины

029. Лучшим способом оперативного восстановления перелома надколенника является

а) перипателлярный кисетный или полукисетный шов лавсаном

б) чрезскостный проволочный П-образный шов

в) чрезскостный двухэтажный двойной лавсановый шов

г) скрепление отломков спицами Киршнера с 8-образным стягивающим двойным проволочным швом

д) компрессионный остеосинтез аппаратами различных конструкций

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

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

б) невосстановления длины наружной лодыжки и неустранения ее смещения кзади - не было элемента инверсии или эверсии при вправлении отломков

в) предварительной фиксации отломков 2-мя спицами

г) недостаточной прочной фиксации сопоставленных костных фрагментов

д) чрезмерного стягивания болтом межберцового синдесмоза - развитие деформирующего артроза

031. Критериями полезности аппаратов внешней фиксации являются

а) возможность точной репозиции и прочной фиксации отломков

б) возможность обеспечения раннего полноценного функционального лечения

в) диапазон возможного клинического применения

г) степень травматичности методик, простота конструкций, взаимозаменяемость и универсальность деталей и узлов аппаратов

д) все вышеперечисленное

032. Из методик Г. А. Илизарова широкое применение находят методы с целью

а) бескровного лечения закрытых и открытых переломов костей, удлинения конечностей

б) замещения дефектов длинных трубчатых костей, мягких тканей, сосудов, нервов

в) в один этап бескровно ликвидировать ложный сустав, укорочение, искривление, деформации костей

г) бескровно артродезировать крупные суставы, производить удлиняющий артродез

д) все перечисленное

033. По конструктивным особенностям лучшей фиксацией обладают аппараты

а) резьбовые муфты, пластины, винты, устанавливаемые на стержнях с наружной стороны сегмента конечности

б) аппараты, состоящие из 2-3-4 дуг

в) аппараты, состоящие из кольцевых опор, стержневые аппараты

г) стержни, вгипсованные в циркулярные гипсовые повязки

034. Жесткость фиксации увеличивается при использовании аппаратов

а) с одноплоскостным проведением спиц

б) с перекрестным проведением спиц от 60 до 90

в) с перекрестным проведением спиц до 60

г) со стержнями-фиксаторами

д) со спице-стержневыми фиксаторами

035. Шарнирно-дистракционные аппараты используются

а) для разработки движений в суставах

б) для исправления оси конечности

в) для устранения устойчивых контрактур суставов

г) для сращения переломов

д) для формирования регенератора

036. Биомеханические основы компрессионно-дистракционного остеосинтеза включают все перечисленное, кроме

а) расположения колец по всему сегменту конечности

б) проведения спиц под углом 60-90

в) центрации колец

г) проведения спиц при максимальном растяжении спиц

д) проведения спиц в кольцевой опоре в плоскости под углом к сегменту оси конечности

037. Показаниями к применению компрессионно-дистракционного остеосинтеза являются все перечисленные, кроме

а) многооскольчатых переломов длинных трубчатых костей

б) оскольчатых переломов проксимальных метаэпифизов длинных трубчатых костей со смещением

в) поднадкостничных переломов по типу "зеленой ветви" диафизов длинных трубчатых костей

г) многооскольчатых переломов метаэпифизов длинных трубчатых костей

д) околосуставных переломов со смещением отломков

038. К "позднему" внеочаговому остеосинтезу относится

а) остеосинтез, проведенный в течение первых 24 часов после травмы

б) остеосинтез, проведенный в первые 2-7 суток с момента травмы

в) остеосинтез, проведенный в первые 8-14 суток после травмы

г) остеосинтез, проведенный в первые 15-21 сутки после травмы

д) остеосинтез, проведенный спустя 21 сутки от момента травмы и до среднего срастания перелома

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

а) дистракции и компрессии

б) изменения положения колец

в) изменения степени натяжения спиц

г) затягивания контргайки при фиксации основного кольца

д) применения спиц с упорами

040. К особенностям послеоперационного ведения больных после компрессионно-дистракционного остеосинтеза относятся все перечисленные мероприятия, кроме

а) профилактики нагноения тканей в месте проведения спиц

б) профилактики пролежней и некроза тканей в области натяжения кожи

в) профилактики трофических нарушений, парезов периферических нервов при проведении дистракции

г) постоянного контроля за степенью натяжения спиц, фиксации деталей, компонующих аппарат

д) предупреждения механической деформации и повреждения деталей аппарата

041. К аппаратам внешней фиксации относятся все перечисленные, кроме

а) с одноплоскостным проведением спиц

б) с перекрестным проведением спиц

в) стержневых

г) спице-стержневых

д) шарнирных

042. Основными критериями полезности аппаратов чрескостной фиксации являются

а) простота конструкции, взаимозаменяемость и универсальность деталей и узлов аппарата

б) возможность обеспечения точной репозиции и прочной фиксации костных отломков

в) возможность обеспечения раннего полноценного функционального лечения и низкая степень травматичности при наложении

г) правильно а) и б)

д) правильно все перечисленное

043. Жесткость колец спицевого компрессионно-дистракционного аппарата в 5 раз превышает жесткость соответствующих им дуг. При расположении в кольце спиц под углом друг к другу от 60 до 90 силы натяжения оказывают взаимонагружающее действие и обладают наилучшими фиксирующими свойствами при всех видах нагрузок. В процессе сращения переломов необходимо устанавливать режим

а) дистракции с десмальным костеобразованием (мезенхима - фибробласты - остеобласты - кость)

б) слабой фиксации с хондрогенным костеобразованием (мезенхима - хондробласты - хондроциты - остеобласты - кость)

в) прочной фиксации с ангиогенным костеобразованием (мезенхима - остеобласты - остеоциты)

г) верно а) и б)

д) верно б) и в)

044. Адекватная зависимость между новообразованием костной ткани, нагрузкой и кровоснабжением кости определяет скорость остеогенеза, при этом снижение остеогенеза наступает в силу

а) увеличения опорной нагрузки с запасом кровообращения

б) выключения опорной нагрузки с запасом кровообращения

в) сохранения исходной нагрузки при уменьшении кровообращения

г) параллельного уменьшения нагрузки и кровообращения

д) увеличения опорной нагрузки при исходном кровообращении

045. Дозированная компрессия при стандартном компрессионно-дистракционном остеосинтезе не должна превышать в сутки

а) 0. 3 см

б) 0. 5 см

в) 0. 8 см

г) 1. 0 см

д) 1. 5 см

046. В первые сутки после осуществления компрессионно-дистракционного остеосинтеза рекомендуется использование всех перечисленных лечебных мероприятий, кроме

а) лечебной физкультуры здорового сегмента

б) лечебной физкультуры поврежденного сегмента

в) массажа поврежденного и здорового сегмента

г) физиолечения

д) витаминотерапии, биостимуляторов

047. Репаративная дегенерация при компрессионно-дистракционном остеосинтезе представлена

а) хрящевой фазой

б) фиброзной фазой

в) периостальной мозолью

г) правильно а) и в)

д) правильного ответа нет

048. Компрессионно-дистракционный аппарат Илизарова обеспечивает осуществление

а) компрессии и дистракции

б) устранения ротационного смещения

в) устранения смещения отломков по длине и ширине

г) правильно а) и в)

д) всего перечисленного

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

а) к уменьшению напряжения в стержне

б) к более жесткой фиксации аппарата

в) к увеличению напряжения в стержне

г) верно а) и б)

д) верно 3 и 2

050. Показаниями к дистракционному осевому эпифизеолизу является все перечисленное, кроме

а) укорочения конечности

б) варусной деформации конечности

в) вальгусной деформации конечности

г) ортопедического выравнивания оси конечности

д) травматического смещения эпифиза

051. Если стержни аппарата Илизарова, соединяющие кольца, расположены не параллельно друг к другу и продольной оси кости, то при затягивании гаек и контргаек произойдет смещение отломков

а) по ширине

б) по длине

в) ротационное

г) правильно а) и в)

д) правильно все перечисленное

052. Преимущества аппарата Илизарова включают все перечисленное, кроме

а) возможности лечения осложненных переломов

б) возможности ведения больного без дополнительной гипсовой иммобилизации

в) удобства наблюдения за раной и самим сегментом

г) возможности функционального ведения больного

д) невозможности повреждения нервов и сосудов

053. Компрессия, совпадающая с продольной осью кости, осуществляется при переломе

а) с поперечной линией излома

б) с углообразной линией излома

в) с винтообразной линией излома

г) правильно а) и б)

д) правильно все перечисленное

054. Закрытую репозицию отломков аппаратом внешней фиксации целесообразно осуществлять со скоростью

а) 1 мм в сутки

б) 2 мм в сутки

в) 2. 5 мм в сутки

г) 3 мм в сутки

д) свыше 3 мм в сутки

055. К основным принципам метода компрессионно-дистракционного остеосинтеза относятся

а) точная репозиция фрагментов с надежной стабилизацией

б) сохранение кровоснабжения и источников репаративной регенерации тканей

в) возможность дозированного воздействия (коррекции) на ткани

г) возможность ранней нагрузки на поврежденный сегмент

д) все перечисленное

056. Приоритет использования чрескожного компрессионно-дистракционного остеосинтеза безусловен при повреждениях и заболеваниях

а) бедра

б) голени

в) плеча

г) предплечья

д) позвоночника

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

а) монолокальный комбинированный компрессионно-дистракционный остеосинтез

б) биполилокальный

в) дистрационный остеосинтез

г) сочетание продольной и встречно-боковой компрессии

д) верно а) и г)

058. К особенностям регенерации кости при компрессионно-дистракционном остеосинтезе относят

а) образование избыточной периостальной костной мозоли

б) образование более плотной футлярной костной мозоли

в) регенерацию кости "первичным натяжением"

г) образование плотной эндостальной мозоли

д) развитие эндо- и периостальной костных мозолей

059. Оптимальное компрессирующее усиление при компрессионно-дистракционном остеосинтезе свежего перелома составляет

а) 300-400 H/см2

б) 200-250 H/см2

в) 100-200 H/см2

г) 40-80 H/см2

д) 20-40 H/см2

060. К частям компрессионно-дистракционного аппарата, посредством которого осуществляют непосредственное воздействие на костные отломки, относят все следующее, кроме

а) спиц

б) стержней

в) винтов

г) болтов

д) верно в) и г)

061. К дополнительным приспособлениям к компрессионно-дистракционным аппаратам относятся все перечисленные, кроме

а) измерительных приборов для измерения усилия компрессии

б) измерительных приборов, регистрирующих дистракционное усилие

в) репонирующих приспособлений

г) приспособлений, направленных на механическую стимуляцию костного регенератора

д) приспособления для определения скорости ходьбы в аппарате

062. Аппараты внешней фиксации несут следующую функциональную нагрузку

а) компрессионную

б) дистракционную

в) фиксационную

г) репарационную

д) все перечисленное

063. К "стресс-аппаратам" спицевого направления в компрессионно-дистракционном остеосинтезе относят аппараты внешней фиксации, кольца которых соединены

а) цилиндрическими пружинами

б) стержнями

в) гибкими связями

г) гипсовой повязкой

д) полимерной повязкой

064. К "ригид-аппаратам" спицевого направления в компрессионно-дистракционном остеосинтезе относят аппараты внешней фиксации, кольца которых соединены

а) цилиндрическими пружинами

б) длинными связями

в) резьбовыми стержнями

г) гипсовой повязкой

д) полимерной повязкой

065. При подборе аппарата следует учитывать, что расстояние между кольцами аппарата внешней фиксации и поверхностью конечности должно составлять

а) от 1 до 3 см

б) от 3 до 4 см

в) от 4 до 5 см

г) от 5 до 6 см

д) более 6 см

066. При дистракционном остеосинтезе предел разведения костных фрагментов в условиях одного сегмента составляет

а) 2. 5 см

б) 3. 0 см

в) 3. 5 см

г) 4. 0 см

д) 4. 5 см и более

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

а) дистракцию вдоль продольной оси кости

б) компрессию

в) боковую компрессию

г) правильно а) и в)

д) правильно б) и в)

068. При правильно осуществляемой компрессии спицы аппарата типа Илизарова принимают изогнутую форму с углом

а) открытым к линии перелома

б) открытым к эпифизам кости

в) остаются в пределах параллельных плоскостей

г) правильно а) и в)

д) правильно б) и в)

069. Наиболее рациональным является проведение дозированной дистракции при компрессионно-дистракционном остеосинтезе 0. 2-0. 3 мм через каждые

а) 2-3 ч

б) 4-5 ч

в) 6-8 ч

г) 10-12 ч

д) временная экспозиция не имеет значения

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

а) кожи

б) нервных стволов

в) кровеносных сосудов

г) мышц

д) межкожных мембран

071. С особой осторожностью следует осуществлять компрессионно-дистракционный остеосинтез

а) при остеомиелите

б) при костном туберкулезе

в) при остеохондропатии

г) при периостате

д) правильно а) и г)

072. К первичному сращению в положении стабилизации компрессионно-дистракционного остеосинтеза приводит диастаз между фрагментами в пределах

а) 1-10 мм

б) 10-20 мм

в) 20-30 мм

г) 30-40 мм

д) 50-100 мм

073. Основными условиями для оптимальной регенерации при ложных суставах и дефектах костей с использованием компрессионно-дистракционного остеосинтеза являются все перечисленные, кроме

а) дистракции со скоростью 1 мм в сутки

б) дистракции со скоростью 5 мм в сутки

в) неподвижности отломков в поперечном направлении

г) микроподвижности отломков в продольном направлении

д) дозированной нагрузки на конечность

074. При проведении проксимальной пары спиц при компрессионно-дистракционном остеосинтезе с целью профилактики некроза кожи последнюю перед сколом спицы смещают

а) на 0. 5-1 см в проксимальном направлении

б) на 0. 5-1 см в дистальном направлении

в) кожу не смещают

г) при проведении 1-й спицы кожу смещают дистально, 2-й - проксимально

д) верно б) и в)

075. При проведении дистальной пары спиц при компрессионно-дистракционном остеосинтезе с целью профилактики некроза кожи последнюю перед вколом спицы смещают

а) на 0. 5-1 см в проксимальном направлении

б) на 0. 5-1 см в дистальном направлении

в) кожу не смещают

г) при проведении 1-й спицы кожу смещают дистально, 2-й - проксимально

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

а) сначала - полного разгибания, затем - сгибания

б) сначала в положении полного сгибания, затем - разгибания

в) только в положении сгибания

г) только в положении разгибания

д) значения не имеет

077. К основным осложнениям, возникающим при использовании метода чрескостного остеосинтеза аппаратами внешней фиксации, относятся все перечисленные, кроме

а) прорезывания кожи спицами аппарата, некроза и воспаления мягких тканей

б) пареза периферических нервов в результате дистракции

в) спицевого остеомиелита

г) опасности и возникновения анаэробной инфекции

д) кровотечения в месте проведения спицы

078. Использование чрескостного остеосинтеза целесообразно при следующих переломах костей таза, исключая

а) разрыв лонного сочленения

б) разрыв крестцово-подвздошного сочленения

в) перелом лонной и седалищной костей

г) вертикальный перелом таза

д) диагональный перелом

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

а) оскольчатый перелом бедра в нижней трети

б) многооскольчатый перелом диафиза бедра

в) оскольчатый перелом бедра на границе верхней и средней трети

г) подвертельный перелом бедра

д) чрезвертельный перелом

080. При возможности выбора среди перечисленных аппаратов внешней фиксации наиболее нецелесообразным будет использование аппарата

а) Сиваша

б) Илизарова

в) Калнберза

г) Волкова - Оганесяна

д) Демьянова

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

а) пяточной кости со смещением пяточного бугра

б) костей предплюсны со смещением и вывихом

в) таранной кости без смещения

г) клиновидных костей со смещением

д) плюсневых костей со смещением

082. Средние сроки фиксации чрескостным аппаратом при закрытых переломах и метафизах плечевой кости составляют

а) 14-18 дней

б) 20-30 дней

в) 35-40 дней

г) 45-60 дней

д) 80-100 дней

083. Наиболее рациональным при наложении чрескостного аппарата внешней фиксации из 4 колец по поводу закрытого перелома обеих костей предплечья является следующее проведение спиц

а) проксимальное кольцо - одна из спиц через обе кости, вторая - также через обе кости, основное кольцо - одна спица через обе кости, вторая - через обе кости, дистальное кольцо - одна спица через обе кости, вторая - через лучевую

б) проксимальное кольцо - одна спица через обе кости, вторая - через локтевую, основное проксимальное кольцо - одна спица через лучевую кость, дистальное кольцо - одна спица через обе кости, вторая - через лучевую кость, основное дистальное кольцо - одна спица через локтевую кость

в) проксимальное кольцо - обе спицы через обе кости, основное проксимальное кольцо - обе спицы через обе кости, оба дистальных кольца - обе спицы через обе кости

г) оба проксимальных кольца - одна из спиц каждого кольца через лучевую кость, другая - через локтевую, оба дистальных кольца - одна из спиц каждого кольца через лучевую кость, другая - через локтевую

д) проксимальное кольцо - одна из спиц через локтевую, основное проксимальное кольцо - одна спица через лучевую, дистальное кольцо - одна спица через лучевую кость, основное дистальное кольцо - одна спица через локтевую кость

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

а) Илизарова и Калнберза

б) Гайдукова - Ткаченко и Окулича

в) Сиваша и Волкова - Оганесяна

г) Сиваша и Гудушаури

д) правильно в) и г)

085. При лечении открытого перелома IIIб степени бедра в нижней трети нерационально использование следующего из методов обезболивания при проведении компрессионно-дистракционного остеосинтеза

а) общего обезболивания с интубацией трахеи

б) внутривенного наркоза

в) перидуральной анестезии

г) местной и внутрикостной анестезии

д) верно в) и г)

086. В случае, если в процессе дистракции у пациента появляются боли в пораженном сегменте, необходимо

а) прекратить дистракцию на 2-3 дня

б) осуществить компрессию 2-3 мм и сделать перерыв

в) продолжить дистракцию, но в меньшем темпе, в сочетании с физиотерапией

г) продолжить дистракцию, но в меньшем темпе, в сочетании с аналгетиками

д) правильно а) и б)

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

а) прочная фиксация стержней в кости, соединенных односторонней скобой

б) использование для соединения стержней двух скоб в различных плоскостях

в) использование рамочного соединения стержней

г) соединение фигурной рамой стержней, проведенных в различных плоскостях

д) правильно б) и в)

088. По конфигурации наружной рамы стержневого аппарата внешней фиксации различают все следующие типы компоновки аппаратов, кроме

а) унилатеральной

б) билатеральной и квадрилатеральной

в) полуциркулярной и циркулярной

г) треугольной

д) ромбовидной

089. При проведении методики с одномоментным сближением костей на месте дефекта за счет временного укорочения конечности одномоментно могут быть сближены отломки, отстоящие друг от друга на расстоянии

а) 1-3 см

б) 4-6 см

в) 7-9 см

г) не более 10 см

д) свыше 10 см

090. При лечении сложных переломов голеностопного сустава методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза обычно используют кольца с внутренним диаметром

а) 120, 140, 160 мм

б) 140, 140, 160 мм

в) 140, 160, 160 мм

г) 120, 140, 140 мм

д) 120, 160, 160 мм

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

а) к вертикальной нагрузке

б) к осевой нагрузке

в) к поперечной нагрузке

г) правильно б) и в)

д) правильно все перечисленное

092. Преимуществом стержневого аппарата перед спицевым является

а) простота конструкции и быстрота компоновки аппарата

б) снижение риска повреждения сосудисто-нервных образований

в) обеспечение оптимальных условий для доступа к поврежденным мягким тканям

г) высокая вариабельность модификаций монтажа аппарата в процессе лечения

д) все перечисленное

093. При введении стержней под углом 10-15 к оси кости с расхождением и последующей осевой нагрузкой отломки будут смещаться

а) образуя угол, открытый в противоположную сторону от рамы аппарата

б) образуя угол, открытый в сторону аппарата

в) по ширине

г) ротационно

д) правильно а) и в)

094. При введении стержней аппарата внешней фиксации под углом 10-15 к оси кости со схождением и последующей осевой нагрузкой отломки будут смещаться

а) образуя угол, открытый в противоположную сторону от рамы аппарата

б) образуя угол, открытый в сторону аппарата

в) по ширине

г) ротационно

д) правильно все перечисленное

095. При несросшихся переломах и ложных суставах на уровне дистального метафиза большеберцовой кости фиксацию отломков целесообразно осуществлять

а) наложением 3 колец с фиксацией короткого фрагмента на одном уровне

б) наложением 4 колец с фиксацией близлежащего сегмента

в) наложением 4 колец с фиксацией вышележащего сегмента

г) правильно б) и в)

д) правильно все перечисленное

096. Ходьба с дозированной нагрузкой в период стабилизации при компрессионно-дистракционном остеосинтезе способствует всему перечисленному, кроме

а) нормализации крово- и лимфообращения

б) нормализации функции мышц

в) консолидации перелома, ложного сустава

г) профилактики невритов

д) предупреждения контрактур

097. Рациональную фиксацию сегмента обеспечивает спицевой аппарат, состоящий

а) из 2 колец

б) из 3 колец

в) из 4 колец

г) из 6 колец

д) правильно а) и б)

098. Наиболее целесообразно при проведении спиц компрессионно-дистракционного аппарата придерживаться следующих принципов

а) спицы внутренних колец проводить на расстоянии 8-10 см от линии перелома, дистальных колец - через метафизы

б) спицы внутренних колец проводить на расстоянии 4-5 см от линии перелома, дистальных колец - через метафизы

в) равномерно через равные промежутки вдоль всего сегмента

г) спицы внутренних колец проводить на расстоянии 6-8 см от линии перелома, дистальных колец - через метадиафизы

д) проведение спиц зависит от операционной ситуации

099. При компрессионно-дистракционном остеосинтезе целесообразно использовать все следующие виды обезболивания, кроме

а) интубационного наркоза

б) масочного наркоза

в) местной анестезии

г) проводниковой анестезии

д) спинномозговой анестезии

100. Преимуществами внеочагового чрескостного остеосинтеза перед другими видами оперативных вмешательств являются все перечисленные, кроме

а) малой травматичности

б) надежной стабилизации отломков костей

в) возможности ранней активизации тяжелых больных

г) малых сроков оперативного вмешательства в сочетании с простотой методики оперативного вмешательства

д) отсутствия или незначительной кровопотери

101. Противопоказанием для использования метода компрессионно-дистракционного остеосинтеза при ложном суставе длинных трубчатых костей является

а) ложный сустав в сочетании с остеомиелитом

б) ложный сустав в сочетании с тяжелыми рубцовыми изменениями кожных покровов в его зоне

в) "тугой" фиброзный ложный сустав

г) ложный сустав с сохранением оси конечности и удовлетворительным состоянием кожных покровов сегмента

д) ложный сустав со значительным по величине дефектом костной ткани

102. При использовании компрессионно-дистракционного остеосинтеза для лечения "тугого" ложного сустава целесообразно использование аппарата

а) из 2 колец

б) из 3 колец

в) из 4 колец

г) более 4 колец

д) из любого числа колец

103. Для лечения ложного сустава бедра, осложненного остеомиелитом, методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза целесообразно использовать все следующие методики, кроме

а) внеочагового чрескостного остеосинтеза без оперативного вмешательства на очаге

б) внеочагового чрескостного остеосинтеза с оперативным вмешательством на очаге

в) резекции пораженных остеомиелитическим процессом концов и замещением дефекта аутотрансплантатом

г) резекции пораженных концов ложного сустава с компрессией и последующей дистракцией фрагментов

д) резекции пораженных концов сегмента, поднадкостничной остеотомии одного из фрагментов, компрессии резецированных и дистракции остеотомированных фрагментов

104. При лечение тугого ложного сустава большеберцовой кости с укорочением на 4 см методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза необходимо использовать следующие из указанных приемов

а) дозированную выраженную компрессию фрагментов до сращения сустава

б) дозированную выраженную дистракцию

в) поднадкостничную остеотомию малоберцовой кости в сочетании с дистракцией

г) поднадкостничную остеотомию малоберцовой кости, дистракцию ложного сустава, а через 10 дней - компрессию

д) поднадкостничную остеотомию малоберцовой кости, компрессию, а через 10 дней - дистракцию ложного сустава

105. При использовании компрессионно-дистракционного остеосинтеза для лечения постостеомиелитического посттравматического дефекта обеих костей предплечья, составляющего по 4 см, целесообразно придерживаться следующей тактики лечения

а) проведение по две спицы через обе кости проксимального и дистального отделов и по две спицы раздельно через каждую из костей в центральном отделе, дозированная компрессия

б) проведение спиц аналогично пункту 1, дозированная компрессия и через 10 дней дистракция до восстановления длины конечности

в) проведение спиц аппарата аналогично пункту 1, дистракция отломков

г) проведение по две спицы через обе кости на перифериях и в центральном отделе, компрессия отломков

д) проведение по две спицы через лучевую и локтевую кости в проксимальном и дистальном отделах по две спицы через обе кости в центральном отделе, дозированная дистракция фрагментов

106. При применении чрескостного остеосинтеза компрессионно-дистракционными аппаратами можно ожидать всех следующих осложнений, кроме

а) травматического неврита

б) нарушения крово- и лимфообращения сегмента

в) вторичного смещения фрагментов

г) миграции спиц аппарата

д) гнойных осложнений в местах проведения спиц

107. При лечении нестабильных ложных суставов с дефектом кости методом чрескостного остеосинтеза рационально использование всех следующих видов аппаратов внешней фиксации, кроме

а) Илизарова

б) Калнберза

в) Волкова - Оганесяна

г) Гудущаури

д) Сиваша

108. У лиц пожилого возраста (при остеопорозе) для профилактики прорезывания кости спицами спицы следует проводить

а) трансоссально три спицы в пределах одного кольца

б) в разных плоскостях с креплением концов спицы с разных сторон кольца

в) тангенциально две спицы под углом друг к другу

г) во фронтальной плоскости

д) верно а) и в)

109. Стабильность фиксации отломков при компрессионно-дистракционном остеосинтезе определяется

а) количеством спиц и способом их проведения

б) уровнем введения спиц и их числом

в) толщиной спиц и степенью их натяжения

г) правильно а) и в)

д) правильно все перечисленное

110. Метод Грейфенштейнера заключается

а) в проведении двух спиц через противоположные отломки и закреплении их в одной опоре

б) в проведении двух спиц через противоположные отломки и закреплении их в двух опорах

в) в параллельном проведении четырех спиц, закрепленных в двух опорах

г) проведении одной спицы с упором

111. Использованием метода Грейфенштейнера позволяет обеспечить

а) компрессию фрагментов

б) компрессию и дистракцию

в) репозицию фрагментов

г) стабильную фиксацию

д) правильно а) и г)

112. Дистракция при компрессионно-дистракционном методе лечения ложных суставов наиболее эффективна при следующих видах ложных суставов

а) апластических

б) аваскулярных

в) гиперпластических

г) гиперваскулярных

д) правильно в) и г)

113. При несросшихся переломах и ложных суставах на уровне дистального метафиза большеберцовой кости фиксацию отломков целесообразно осуществлять

а) наложением 3 колец с фиксацией короткого фрагмента на одном уровне

б) наложением 4 колец с фиксацией близлежащего сегмента

в) наложением 4 колец с фиксацией вышележащего сегмента

г) правильно б) и в)

д) правильно все перечисленное

114. Сращение перелома при компрессионно-дистракционном остеосинтезе определяется следующими признаками

а) отсутствием боли на уровне перелома

б) отсутствием отека стопы при ходьбе, регрессе остеопороза центрального отломка

в) рентгенологической картины сращения

г) данными функционального исследования периферического кровообращения - симметрией показателей обеих конечностей

д) всеми перечисленными признаками

115. Кортикотомия в основном применяется в комплексе компрессионно-дистракционного остеосинтеза

а) при свежих переломах

б) при деформациях костей

в) при ложных суставах и несросшихся переломах

г) правильно б) и в)

д) правильно а) и в)

116. В случае лечения методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза ложного сустава, осложненного стойкой контрактурой, приоритет имеет использование следующего вида аппарата внешней фиксации

а) стержневого аппарата

б) спице-стержневого

в) компрессионно-дистракционного спицевого типа аппарата Илизарова

г) шарнирно-дистракционного спицевого типа аппарата Волкова - Оганесяна

д) правильно б) и в)

117. При удалении сегмента с использованием компрессионно-дистракционного остеосинтеза наиболее целесообразно применение

а) Z-образной остеотомии

б) косой остеотомии

в) двойной поперечной остеотомии

г) поперечной остеотомии

д) правильно в) и г)

118. При варусной деформации нижних конечностей у подростков на почве фосфатного диабета необходимо произвести

а) корригирующую двойную остеотомию обеих костей голени и фиксировать гипсовой повязкой без предварительной консервативной подготовки

б) после нормализации процессов минерализации витамина D и солями кальция и фосфора произвести корригирующую остеотомию костей голени и бедра с последующей фиксацией гипсовой повязки

в) после нормализации процессов минерализации витамина D и солями кальция и фосфора произвести корригирующую остеотомию костей голени и бедра и фиксировать компрессионно-дистракционным аппаратом с удлинением сегментов в послеоперационном периоде

г) произвести двойную корригирующую остеотомию с фиксацией фрагментов накостными металлическими пластинками

д) без предварительной подготовки остеотомировать кости голени и бедра в два этапа и фиксировать компрессионно-дистракционными аппаратами Илизарова

119. При удлинении конечности у больных ахондроплазией необходимо

а) производить удлинение по одному сегменту на каждом этапе

б) производить удлинение симметричных сегментов нижних конечностей (двух голеней, двух бедер)

в) производить удлинение двух противоположных сегментов перекрестно (бедро - голень)

г) производить удлинение сразу четырех сегментов нижних конечностей

120. При дефекте большеберцовой кости (9 см) на протяжении диафиза при неповрежденной малоберцовой кости целесообразно

а) провести билокальный чередующийся дистракционно-компрессионный остеосинтез без остеотомии малоберцовой кости

б) произвести аллопластику дефекта массивным трубчатым аллотрансплантатом с фиксацией аппаратом Илизарова

в) произвести замещение дефекта расщепленными кортикальными аутотрансплантатами с фиксацией аппаратом Илизарова

г) остеотомировать малоберцовую кость, сопоставить концы фрагментов большеберцовой, фиксировать компрессионно-дистракционным аппаратом, вторым этапом удлинить сегмент

д) произвести полисиостоз: по Гану - на проксимальном уровне, по Богданову - на дистальном уровне

121. В процессе удлинения голени методом дистракционного эпифизиолиза или посредством остеотомии необходимо в послеоперационном периоде

а) с 15-го дня после операции начать дистракцию, а нагружать оперированную конечность не разрешать

б) дистракцию осуществлять по 2-3 мм в сутки, нагрузку не разрешать

в) дистракцию начать с 4-5 дня после операции по 1 мм за 3 раскручивания в сутки, разрешить полную функциональную нагрузку оперированной конечности в аппарате

г) дистракцию проводить по 1 мм в сутки за одно раскручивание, нагрузку не разрешать

д) удлинение проводить с первого дня после операции при частичной нагрузке оперированной конечности

122. Применение шарнирно-дистракционного аппарата - Волкова - Оганесяна для восстановления объема движений в коленном суставе предусматривает

а) резекцию суставных поверхностей на протяжении 1-2 см со стабилизацией в аппарате в послеоперационном периоде

б) укорачивающую резекцию сегмента на протяжении 3-4 см с мобилизацией сустава в аппарате

в) иссечение связочного аппарата и капсулы

г) проведение дистракции на уровне суставной щели с созданием диастаза в 2 см принудительными движениями в аппарате

д) артропластика суставных поверхностей с покрытием концов из фасии бедра с последующими движениями в аппарате

123. У больных с варусной деформацией голени на почве болезни Эрлахера - Блаунта показана

а) хирургическая коррекция деформации в несколько этапов с фиксацией фрагментов в послеоперационном периоде компрессионно-дистракционным аппаратом с медленным устранением деформации

б) корригирующая остеотомия большеберцовой кости на уровне проксимального метафиза без остеотомии малоберцовой кости с фиксацией гипсовой повязкой

в) остеотомия большеберцовой кости с иссечением костного клина по наружной поверхности без остеотомии малоберцовой кости с последующей фиксацией гипсовой повязкой

г) дистракционный эпифизиолиз с устранением деформации на компрессионно- дистракционном аппарате Илизарова

д) устранение деформации этапными гипсовыми повязками

124. У детей с врожденным ложным суставов костей голени в нижней трети с углообразной деформацией необходимо

а) на первом этапе произвести устранение деформации в дистракционном аппарате, вторым этапом произвести аллопластику дефекта с последующей фиксацией аппаратом

б) на первом этапе устранить деформации на аппарате, вторым этапом произвести резекцию концов фрагментов с последующим компрессионным остеосинтезом

в) на первом этапе на аппарате создать правильную ось сегмента, вторым этапом заместить дефект аутотрансплантатом на сосудистой ножке с использованием микрохирургии

г) произвести аутопластику дефекта с последующей фиксацией гипсовой повязкой

д) произвести брефопластику дефекта, вторым этапом удлинить сегмент

**13. КОСТНАЯ И КОЖНАЯ ПЛАСТИКА В ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ**

001. Для пациента аутотрансплантацией тканей является

а) пересадка тканей от ближайших родственников (отца, матери)

б) пересадка тканей от другого человека, имеющего ту же группу крови и резус- принадлежность

в) пересадка от брата, сестры (близнецов)

г) пересадка собственных тканей

д) пересадка искусственно полученных тканей

002. Для пациента изотрансплантацией является

а) пересадка собственных тканей

б) пересадка от ближайших родственников

в) от брата, сестры (близнецов)

г) от другого человека, ткани которого подверглись химическому, физическому или биологическому воздействию

д) пересадка искусственно полученных тканей

003. Для пациента аллотрансплантацией является

а) пересадка трупных тканей, подвергшихся глубокому замораживанию и лиофилизации

б) от ближайших родственников, ткани которых подвергнуты действию ионизирующего излучения большой мощности

в) пересадка искусственно созданных тканей

г) пересадка тканей от животных, подвергнутых действию холода и формализированных

д) от брата, сестры (близнецов)

004. Примером ксенотрансплантации служит

а) пересадка тазобедренного сустава от трупа, подвергнутого действию глубокого замораживания

б) пересадка I-го плюсне-фалангового сустава со стопы пациента на дефект локтевого сустава

в) пересадка керамического протеза головки и шейки бедра

г) пересадка почки от живого человека-донора

д) пересадка свиной лиофилизированной кожи обожженному

005. Примером эксплантации служит

а) пересадка костного трансплантата с голени пациента на дефект его бедра

б) вживление фарфорового зуба в челюсть пациента

в) пересадка специально выращенной в теле пациента фиброзной трубки в качестве сухожильного влагалища сгибателя его пальца кисти при его восстановлении

г) замещение тазобедренного сустава металлическим эндопротезом К. М. Саваша

д) замещение тазобедренного сустава керамическим эндопротезом

006. Эндопротезированием можно назвать

а) замещение резецированной грудины танталовой металлической пластиной

б) пластика грыжевого канала больного прокипяченной кожей с его бедра

в) восстановление пищевода больного из его тонкого кишечника

г) пластика ложного сустава бедра больного костным трансплантатом из гребешка его таза на сосудистой ножке

д) пластика ложного сустава голени передвижным костным трансплантатом

007. Реплантацией кожи называется

а) свободная кожная аутопластика

б) пластика дефекта кожи лоскутом на ножке с другого органа

в) подшивание отслоенного травмой лоскута, имеющего питающую ножку, на место

г) подшивание отторгнутого травмой лоскута кожи, после его истончения, удаления клетчатки и т. д.

д) пластика кожи трубчатым стеблем

008. Реимплантацией кожного лоскута является

а) свободная кожная пластика с оторванной или ампутированной конечности

б) подшивание отторгнутого кожного лоскута после его расщепления на место

в) пересадка кожного лоскута внутри грануляций

г) свободная кожная пластика с другого органа после его обработки

д) пластика трубчатым стеблем

009. Имплантацией кожного лоскута называется

а) свободная кожная пластика на свежую рану с другого органа

б) пересадка кожного лоскута внутри грануляций раны

в) подшивание отторгнутого кожного лоскута на место

г) пластика трубчатым стеблем

д) пластика кожной раны ксенотрансплантатом

010. Мобилизация края раны производится

а) при значительных по размерам кожных дефектов

б) при пластике ран местными тканями с большим натяжением краев

в) при пластическом закрытии ран местными тканями с небольшим натяжением ткани

г) при закрытии ран местными тканями без натяжений тканей

д) при закрытии ран местными тканями с избытком местных тканей

011. Сократимость кожного трансплантата определяет

а) толщина лоскута

б) локализация

в) площадь

г) волосистость

д) способ обезболивания

012. При итальянской пластике лоскутом с других отделов тела соотношение ширины к длине составляет

а) 1:5

б) 1:4

в) 1:3

г) 1:2

д) 1:1

013. Используются при комбинированной кожной пластике по А. К. Тычинкиной все перечисленные методы, кроме

а) итальянского

б) индийского

в) расщепленного лоскута

г) погруженного лоскута

014. "Острым стеблем" называют

а) тонкий стебельчатый лоскут диаметром не больше 1 см

б) стебельчатый лоскут, имеющий толщину не более 3 см

в) стебельчатый лоскут, имеющий одну питающую ножку

г) стебельчатый лоскут длиной не менее 20 см

д) лоскут, не сшитый в трубку

015. Расщепленный кожный лоскут перед трансплантацией обрабатывается

а) настойкой йода

б) раствором антисептика (риваноля, фурациллина)

в) раствором новокаина с добавлением антибиотиков

г) вазелиновым маслом

д) спиртом

016. Нежелательным видом обезболивания при пластических операциях на коже является

а) местная инфильтрационная анестезия

б) внутрикостная анестезия

в) наркоз

г) проводниковая анестезия

017. Перед трансплантацией расщепленного кожного лоскута с раны следует удалить

а) некротические фибриновые пленки

б) поверхностный слой грануляций (до легкого кровотечения)

в) грануляции

г) подгрануляционный слой

д) все перечисленное

018. Предложены все перечисленные виды дерматозов, кроме

а) механических

б) электрических

в) ротационных

г) клеевых

д) ультразвуковых

019. Создание сетчатого кожного трансплантата целесообразно

а) для увеличения площади трансплантата

б) для лучшего прилегания его к раневой поверхности

в) для профилактики образования подтрансплантационных гематом

г) для восстановления циркуляции лимфы в ране

д) для всего перечисленного

020. Для остановки кровотечения после удаления грануляций перед пластикой применяют

а) наложение жгута на проксимальный отдел конечности

б) наложение жгута на дистальный от места пластики отдел конечности

в) вазелиновое масло

г) горячий физраствор

д) теплый физраствор

021. Для фиксации костных трансплантатов не применяют

а) ультразвуковую связку с применением диакрина

б) металлоостеосинтез

в) фиксацию трансплантата кетгутом

г) внеочаговый остеосинтез аппаратом внешней фиксации

д) наружную фиксацию гипсовой повязкой

022. Новообразование костью "os hovum" называется

а) избыточная костная мозоль при неустойчивом остеосинтезе

б) регенерат кости, возникший при дистракционном остеосинтезе

в) новообразованная ткань, возникшая при подсадке человеку кусочков мертвой (без органических веществ) (os purum) кости при большеберцовой кости (Orell, 1936) , используемой для целей костной пластики вместе с кортикальным слоем большого берца

г) костный секвестр, извлеченный из остеомелитической "клоаки"

д) мелкие отщепки от диафиза кости

023. Не служит противопоказанием для заготовки от трупа аллотрансплантат, если

а) смерть наступила позднее 6 часов в летнее время и 12 часов в зимнее время

б) у трупа обширные открытые повреждения

в) имеются указания о возможной смерти от утопления, отравления неизвестным ядом, болезни крови, онкологических заболеваний и т. д.

г) смерть последовала от сердечно-сосудистых заболеваний, атеросклероза, гипертонии

д) на теле, в том числе на животе, имеются постоперационные рубцы неизвестных операций

024. Из приведенных способов консервации тканей для трансплантации не применяется

а) глубокое замораживание с последующей лиофилизацией

б) глубокое замораживание с последующим хранением при низких температурах

в) консервация в парафине, пластмассах

г) консервация в кислороде под большим давлением

д) консервация в меде, вине, растворах антибиотиков, формалине и антисептиках

025. Для исследования пригодности аллотрансплантатов применяется все перечисленное, за исключением

а) бактериологического лабораторного исследования

б) серологического лабораторного исследования

в) биологического лабораторного исследования

г) изучения результатов аутопсии

д) исследования полового хроматина клеток трансплантата

026. Современная отечественная классификация трансплантатов не содержит термина

а) аутотрансплантат

б) изотрансплантат

в) гомотрансплантат

г) ксенотрансплантат

д) эксплантат

027. При первичной хирургической обработке повреждения с дефектом тканей не производится пластика

а) перемещением тканей, окружающих раневой дефект

б) по методике Тычинкина

в) пересадка лоскутов на питающей ножке, выкроенных вдали от раневого дефекта

г) пластика "острым" филатовским стеблем

д) реплантация не полностью отторгнутых кожных покровов

028. Перемещение кожи, окружающей раневой дефект (пластика местными тканями) , не применяется

а) при замещении дефектов кожи в области межфаланговых суставов

б) при обширных скальпированных ранах на ладонной и тыльной поверхности кисти

в) при закрытии дефектов при ампутациях конечностей

г) при закрытии дефектов на голове

д) при закрытии дефектов на сгибательной стороне суставов

029. Применение пластики лоскутом на ножке, выкроенном вдали от раны (итальянская пластика) , показано во всех случаях, кроме

а) при обширных дефектах тканей, которые невозможно закрыть местными тканями

б) при дефектах тканей, включающих в себя не только кожу, но и подлежащие ткани

в) при дефектах, имеющих недостатки в кровоснабжении дна раны

г) при дефектах, включающих в себя не только кожу, но и крупные сосудистые и нервные стволы

д) при необходимости пересадки кожи с клетчаткой для обеспечения подвижности ее при функции

030. Важными условиями пересадки кожи на питающей ножке являются все перечисленные, кроме

а) точного определения размера раны

б) что вершина выкраиваемого лоскута должна быть обращена в сторону, с которой будет производиться замещение раневого дефекта

в) что плоскость дефекта по отношению к лоскуту должна составлять не более 90 из-за возможного перекрута ножки

г) что основание выкраиваемого лоскута может превышать его длину не менее, чем в 4 раза

д) необходимости полного и точного соприкосновения раневого дефекта и лоскута

031. При пластике дефектов при помощи "острого" филатовского стебля необходимо учитывать все перечисленное, исключая

а) топографию выкраиваемого лоскута и расположение питающей ножки

б) необходимость включения в лоскут подкожной клетчатки, а у худых больных и поверхностей фасции

в) необходимость точного учитывания расположения, топографии питающих сосудов донорского участка

г) строгое соблюдение соотношения длины и ширины лоскута в пределах 1:2

д) надежную фиксацию конечности

032. Реплантация не полностью отторгнутых кожных лоскутов не показана

а) при скальпированных ранах головы

б) при скальпированных ранах лица

в) при небольших скальпированных ранах туловища и конечностей

г) при обширных скальпированных ранах конечностей

д) при значительных ранах конечностей при явно сохранившемся кровообращении в лоскуте

033. Использование филатовского (трубчатого) стебля относится

а) к плоскостным видам пластики

б) к свободной пластике

в) к пластике расщепленным лоскутом

г) к тоннельным видам пластики

д) к объемной пластике

034. Филатовский стебель показан

а) при поверхностных ранах

б) при небольших плоскостных дефектах

в) при значительных объемных дефектах

г) при неглубоких ранах с мягкотканным, трофическим полноценным дном

д) при значительных плоскостных дефектах

035. Преимуществами пластики стеблем Филатова является все перечисленное, кроме

а) надежности закрытия глубоких объемных полостей

б) возможности включения в пластический материал хрящевой, костной, мышечной и других тканей

в) возможности закрытия дефектов любой локализации

г) улучшения трофики окружающей дефект ткани

д) быстром закрытии дефекта

036. К недостаткам пластики стеблем Филатова относится все перечисленное, кроме

а) многоэтапности

б) возможности закрытия объемных дефектов с нарушенной трофикой

в) опасности осложнения и болезней стебля

г) вынужденного длительного положения больного

д) длительности лечения

037. При выполнении пластики по методу Тычинкиной

а) свободный кожный трансплантат консервируется глубоким охлаждением

б) консервируется в различных питательных средах

в) консервируется лиофилизацией

г) свободным кожным трансплантатом закрывается донорский дефект и его укрывают отсепарованным кожным лоскутом, приготовленным для пластики

д) приготовленный кожный лоскут на питающей ножке частично подшивают к донорскому дефекту, оставляя свободным верхушку его

038. Показанием к свободной кожной пластике является все перечисленное, кроме

а) объемного дефекта тканей

б) обширной скальпированной раны

в) ожоговой гранулирующей раны

г) дефекта, дном которого являются хорошо питаемые мягкие ткани

д) дефекта, расположенного на лице и голове

**14. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ВОПРОСЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ**

001. Основные принципы реабилитации больных и инвалидов включают все перечисленное, кроме

а) медицинской реабилитации

б) социально-бытовой реабилитации

в) профессиональной реабилитации

г) юридической реабилитации

002. К средствам медицинской реабилитации могут относиться

а) лечебная физкультура

б) механотерапия и трудотерапия

в) мануальная терапия

г) массаж ручной и механический (подводный, вибрационный, пневмоударный, точечный)

д) все перечисленное

003. Показанием к ручному и аппаратному массажу является все перечисленное, исключая

а) снижение функциональной способности мышц или их болевое рефлекторное напряжение

б) вторичные изменения со стороны элементов, образующих сустав (капсулы, связки)

в) нарушение условий периферического кровообращения (отеки, застойные явления)

г) тромбофлебиты поверхностных и глубоких вен

004. Подводный массаж имитирует приемы ручного массажа во всех случаях, кроме

а) поглаживания (движения в продольном направлении)

б) разминания (спиралеобразные движения)

в) поколачивания (приближение и отдаление наконечника от массируемой поверхности)

г) вибрации (зигзагообразные движения)

д) глубокого растирания

005. У больной в период иммобилизации гипсовой повязкой или скелетным вытяжением рекомендуются изометрические мышечные напряжения (без изменения длины мышц и без движений в суставах) . Это способствует

а) улучшению кровообращения сегмента

б) поддержанию тонуса мышц

в) тренировке мышечного чувства

г) улучшению консолидации отломков после перелома

д) всему перечисленному

006. Для большего расслабления мышц конечностями и корпусу больного должно быть придано положение, при котором

а) точки прикрепления напряженных мышц сближены

б) точки прикрепления напряженных мышц удалены

в) активные движения большой амплитуды

г) "безвольное" расслабление мышц

д) безмаховые движения в плавном режиме

007. Обучению навыку ходьбы и тренировке в ходьбе способствуют

а) толчок передним отделом стопы в конце опорной фазы

б) перенос ноги

в) вынос вперед голени

г) опора на пятку, перекат стопы

д) все перечисленное

008. Последовательными этапами в обучении ходьбе могут быть все перечисленные моменты, кроме

а) ходьбы с опорой руками на неподвижную установку (параллельно укрепленные поручни и один поручень)

б) ходьбы с опорой руками на приспособление, перемещаемое больным (каталка, манеж, сани)

в) ходьбы с попеременной опорой рук на приспособление, выносимое больным одновременно с шагом левой и правой ноги (козелки, треножник, трости)

г) предварительного раскачивания туловища

д) предварительной выработки и у больного устойчивости, равновесия, правильного положения тела с усилением зрительного контроля и без него, с ориентировкой на мышечное чувство

009. Показанием к назначению механотерапии (на маятниковом аппарате) являются

а) стойкие контрактуры на почве рубцовых процессов

б) контрактуры паралитического происхождения

в) контрактуры в поздние сроки после травмы, длительной иммобилизации

г) контрактуры после перенесенного артрита

д) все перечисленные

010. Трудотерапия при деформациях и последствиях травм верхних конечностей дает хорошие результаты при всем перечисленном, кроме

а) восстановления нарушенных функций двигательного аппарата через труд

б) приспособления (адаптации) к труду при стойких деформациях

в) профессиональной ориентации и переобучение больных

г) интенсивного общеукрепляющего действия на весь организм

д) использования трудотерапии при острой травме

011. Применяются все перечисленные физические упражнения при переломах хирургической шейки плеча, кроме

а) маховых движений в плечевом суставе

б) движений, выполняемых рукой в условиях обычной нагрузки (стоя, лежа)

в) облегченных движений в плечевом суставе

г) упражнений пассивного характера с посторонней помощью

д) облегченных упражнений, производимых самостоятельно и укорочением рычага (полусогнутая рука)

012. При повреждении локтевого сустава применяются все перечисленные физические упражнения, кроме

а) массажа и интенсивного теплолечения, ношения груза на вытянутой руке

б) облегченных движений с опорой руки на гладкой поверхности

в) облегченных движений на роликовой тележке, чередующихся с пассивными движениями

г) специальных укладок на столе в положении крайнего разгибания и сгибания в локтевом суставе после лечебной гимнастики

013. При разрыве лонного сочленения и переломе переднего полукольца таза лечебная гимнастика во втором периоде включает все перечисленное, кроме

а) упражнений для обеих ног

б) изометрического напряжения мышц ног, таза, туловища

в) упражнений лежа на животе

г) дыхательных упражнений

д) упражнений лежа на спине и на боку

014. При разрыве лонного сочленения и перелома переднего полукольца таза в третьем периоде методика лечебной гимнастики включает

а) общеукрепляющие упражнения в положении на спине, на боку, на животе и стоя

б) тренировку опорной функции нижних конечностей и ходьбы с полной осевой нагрузкой

в) специальные упражнения для укрепления мышц туловища таза

г) правильно а) и в)

д) все перечисленное

015. При переломе вертлужной впадины, осложненным вывихом бедра, методика лечебной гимнастики во втором периоде включает все перечисленное, кроме

а) упражнений лежа на спине, животе и здоровом боку

б) профилактики, приводящей к разгибательной контрактуре положением больного

в) изометрического напряжения мышц тазового кольца, бедра, голени на стороне перелома

г) упражнения в положении стоя на четвереньках и коленях

д) изометрических напряжений мышц, переходящих с таза на бедро

016. Реабилитационные мероприятия при остеохондрозе позвоночника включают

а) разгрузочное положение для позвоночника и вытяжение

б) лечебную гимнастику

в) массаж спины

г) бальнеофизиотерапию

д) все перечисленное

017. Противопоказаниями к вытяжению с грузом у больных с остеохондрозом позвоночника являются

а) деформирующий спондилез, остеопороз позвонков

б) грубые врожденные аномалии позвоночника

в) органические заболевания сердца и сосудов

г) парезы и параличи

д) все перечисленное

018. Разгрузочные исходные положения при занятиях лечебной гимнастикой с больными поясничным с остеохондрозом включают все перечисленное, кроме

а) лежа на спине

б) лежа на животе

в) коленно-локтевое положение

г) сидя

д) коленно-кистевое положение

019. Разгрузочные исходные положения в лечебной гимнастике у больных шейным остеохондрозом проводятся

а) стоя

б) лежа с приподнятым изголовьем

в) лежа горизонтально с низким изголовьем

г) сидя на стуле, руки на коленях

д) правильно в) и г)

020. Специальные упражнения у больных с шейным остеохондрозом с синдромом плече-лопаточного периартрита включают все перечисленное, исключая

а) упражнения на расслабление мышц плечевого пояса и рук

б) упражнения с гантелями весом до 1 кг

в) пассивные упражнения в плечевом суставе

г) упражнения на равновесие

д) упражнения на гребном тренажере

021. К клинико-физиологическому обоснованию применения ЛФК при сколиозе относят все перечисленное, кроме

а) нарушений функций внешнего дыхания, сердечно-сосудистой системы

б) нарушения функции пищеварения

в) деформации позвоночника

г) деформации грудной клетки

д) слабости мышечно-связочного аппарата

022. Цели и задачи лечебной гимнастики при сколиозе предусматривают

а) корригирующее воздействие на деформацию позвоночника

б) корригирующее воздействие на грудную клетку

в) стабилизирующее воздействие на позвоночник

г) воспитание правильной осанки

д) все перечисленное

023. Исходными положениями для разгрузки позвоночника могут быть

а) сидя на стуле

б) лежа на спине и животе

в) стоя на четвереньках

г) стоя

д) правильно б) и в)

024. Функциональный корсет при сколиозе ставит своей целью

а) вытяжение позвоночника

б) разгрузку позвоночника

в) увеличение стабильности позвоночника и удержание его в правильном положении

г) увеличение мобильности позвоночника

д) правильно б) и в)

025. К специальным упражнениям для больных спондилезом относят все перечисленные, кроме

а) корригирующих

б) дыхательных

в) на расслабление

г) укрепляющих мышцы спины, поясницы, живота

д) на растяжение мышц разгибателей спины

026. Принципы физической реабилитации больных с травмами опорно-двигательного аппарата включают все перечисленное, кроме

а) долечивания при тугоподвижности в суставах

б) ранней активизации больных с острой травмой

в) комплексного использования средств реабилитации

г) этапности применения средств ЛФК в зависимости от периода лечения

д) соблюдения методических принципов ЛФК

027. При лечении травмы в период иммобилизации используются все перечисленные формы ЛФК, за исключением

а) лечебной гимнастики

б) занятий физическими упражнениями по заданию

в) лечебной гимнастики в воде

г) обучения двигательным навыкам бытового характера

д) верно все перечисленное

028. Формы ЛФК при лечении травмы в постиммобилизационном периоде включают все перечисленное, кроме

а) спортивных упражнений

б) лечебной гимнастики

в) лечебной гимнастики в воде

г) механотерапии

д) трудотерапии

029. Физические упражнения при острой травме предупреждают

а) развитие мышечной атрофии и тугоподвижности суставов

б) тромбоэмболические осложнения

в) старение организма

г) значительное снижение физической работоспособности

д) правильно а) и г)

030. Задачами ЛФК при острой травме в период иммобилизации являются

а) повышение жизненного тонуса больного

б) противодействие гипотрофии нервно-мышечного аппарата, улучшение функции внутренних органов

в) подготовка к развитию функции движения в иммобилизационном участке

г) обучение смене положения тела и конечностей в условиях, благоприятных для восстановления нарушенных функций

д) все перечисленное

031. К общим противопоказаниям к применению ЛФК при острой травме относятся

а) тяжелое состояние больного и высокая температура тела

б) экстрасистолия

в) кровотечение

г) атония кишечника

д) правильно а) и в)

032. Задачами ЛФК при острой травме в постиммобилизационном периоде являются

а) укрепление гипотрофических мышц, восстановление движений в полном объеме

б) образование костной мозоли

в) тренировка вестибулярного аппарата

г) повышение физической работоспособности и подготовка к труду

д) правильно а) и г)

033. Противопоказаниями к применению ЛФК при переломах трубчатых костей являются все перечисленные, кроме

а) смещения костных отломков

б) кровотечения

в) субфебрильной температуры тела

г) резких болей в конечности при движении

д) отека поврежденной конечности

034. Противопоказаниями для сгибательного напряжения мышц под гипсом у больных с переломом являются все перечисленные, кроме

а) косых переломов трубчатых костей

б) винтообразных переломов

в) неустойчивого стояния костных отломков

г) поперечных переломов трубчатых костей

д) сопутствующих повреждений сосудисто-нервного пучка

035. В восстановительном лечении травм используются следующие методические приемы

а) расслабление мышц травмированной зоны

б) облегчение веса конечности

в) использование скользящих поверхностей для движений

г) специальная укладка после занятий

д) все перечисленное

036. Физические упражнения после пластики сухожилий сгибателей пальцев кисти в I периоде реабилитации включают все перечисленное, кроме

а) общеразвивающих упражнений для здоровых конечностей и туловища

б) изометрического напряжения мышц плеча и предплечья

в) пассивных упражнений в лучезапястном и пальцевых суставах с полной амплитудой

г) активных упражнений с малой амплитудой в лучезапястных и пальцевых суставах

д) динамических упражнений в плечевом и локтевом суставах оперированной конечности

037. Показаниями к назначению ЛФК при переломах костей таза являются все перечисленные, кроме

а) изолированных переломов костей таза

б) переломов без нарушения тазового кольца

в) переломов с незначительным смещением фрагментов костей

г) переломов с расхождением лонного сочленения

д) переломов лонного и крестцово-подвздошного сочленений

038. Задачами ЛФК при компрессионных переломах позвоночника являются все перечисленные, исключая

а) вытяжение позвоночника

б) стимуляцию функций внутренних органов

в) осевую нагрузку на позвоночник

г) реклинацию

д) профилактику трофических нарушений

039. К приемам лечения положением при сгибательных переломах тел шейных позвонков относятся все перечисленные, кроме

а) уложить больного на жесткую постель

б) подложить под плечи небольшую подушку

в) создать вытяжение за теменные бугры

г) приподнять головной отдел кровати на 40 см

д) приподнять ножной отдел кровати

040. К приемам лечения положением при разгибательном переломе тел шейного позвонков относятся

а) горизонтальное положение больного на жесткой постели

б) вытяжение с помощью петли Глиссона с обеспечением сгибания головы кпереди

в) приподнять головной отдел кровати

г) приподнять ножной отдел кровати

д) правильно а) и б)

041. Задачами лечебной гимнастики при переломах позвоночника являются все перечисленные, кроме

а) улучшения кровообращения в области перелома

б) предупреждения атрофии мышц

в) восстановления правильной осанки и навыков ходьбы

г) укрепления мышц туловища

д) предупреждения смещения в области перелома

042. Методика лечебной гимнастики при разрыве лонного сочленения и переломе переднего полукольца таза в первом периоде включает все перечисленное, кроме

а) дыхательных упражнений преимущественно грудного типа

б) упражнений преимущественно с диафрагмальным дыханием

в) активных упражнений для ноги, свободной от иммобилизации

г) упражнений для мышц таза

д) упражнений для стопы ноги, не свободной от иммобилизации

043. Активная коррекция позвоночника при локализации сколиоза в верхнегрудном и грудном отделах позвоночника включает упражнения

а) подъем рук вверх со стороны выпуклости дуги искривления

б) подъем рук вверх со стороны вогнутости дуги искривления

в) отведение руки в сторону до горизонтали со стороны вогнутости дуги искривления

г) отведение руки в сторону до горизонтали со стороны выпуклости дуги искривления

д) правильно б) и г)

044. При выраженной слабости мышечно-связочного аппарата при сколиозе противопоказаны все перечисленные виды упражнений, кроме упражнений

а) на увеличение стабильности позвоночника

б) на увеличение мобильности позвоночника

в) на растяжение позвоночника

г) на увеличение гибкости позвоночника

д) на увеличение статических нагрузок

045. К упражнениям, вызывающим увеличение мобильности позвоночника, относятся все перечисленные, исключая

а) динамические

б) на вытяжение позвоночника

в) упражнения, выполняемые на наклонной плоскости

г) выполнение упражнений с большой амплитудой

д) статические упражнения

046. Оздоровительно-гигиеническое значение плавания при сколиозе состоит

а) в укреплении скелетной мускулатуры

б) в разгрузке позвоночника

в) в повышении подвижности грудной клетки, улучшении функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем

г) в совершенствовании терморегуляции, закаливании организма

д) во всем перечисленном

047. Задачи ЛФК при нарушении осанки включают

а) укрепление мышц разгибателей позвоночника мышц живота

б) укрепление мышц сгибателей позвоночника

в) укрепление мышц тазового дна

г) укрепление мышц, поддерживающих свод стопы

д) правильно а) и г)

048. Показаниями к назначению ЛФК при нарушении осанки являются

а) слабость мышц туловища и конечностей

б) деформация и ограничение подвижности грудной клетки

в) наличие плоскостопия

г) асимметричное расположение углов лопаток

д) все перечисленное

049. Клинико-физиологическое обоснование применения лечебной гимнастики при плоскостопии определяется

а) общей слабостью мышечно-связочного аппарата

б) хроническим переутомлением мышечно-связочного аппарата, поддерживающего свод стопы

в) избыточным весом

г) болями в мышцах ног, стоп, появляющимися после ходьбы или длительного стояния, появлением отеков стоп к вечеру

д) всем перечисленным

050. К специальным упражнениям при плоскостопии относятся все перечисленные, исключая

а) упражнения для укрепления мышц, поддерживающих свод стопы

б) упражнения, укрепляющие мышцы голени, бедра

в) упражнения, укрепляющие мышцы, поддерживающие позвоночник в правильном вертикальном положении

г) упражнения для укрепления мышц плечевого пояса и тазового дна

д) правильно а) и б)

051. К мышечным группам, нуждающимся в преимущественном укреплении при плоскостопии, относятся все перечисленные, кроме

а) сгибателей пальцев ног

б) разгибателей пальцев ног

в) сгибателей стоп

г) разгибателей стоп

д) приводящих мышц бедра

052. Показаниями к назначению ЛФК при плоскостопии являются

а) врожденное или приобретенное плоскостопие

б) избыточный вес

в) профессии, связанные с длительным стоянием

г) слабость мышц, поддерживающих свод стопы

д) все перечисленное

053. При растяжении связочного аппарата голеностопного сустава с первых дней заболевания целесообразно назначение

а) парафиновой аппликации

б) диадинамических и интерференционных токов

в) электросна

г) УФО в эритемной дозе

д) правильно а) и г)

054. При переломах с замедленной консолидацией костной ткани после снятия гипса целесообразно назначение

а) ультрафиолетовых облучений и фосфор-кальций электрофорез

б) УФВ-терапии

в) аэрозольтерапии

г) пеллоидин-электрофореза

д) всего перечисленного

055. При переломах костей в первые 2-3 дня с целью противоотечного действия целесообразно назначить

а) дарсонвализацию

б) синусоидальные модулированные токи

в) переменное магнитное поле

г) ультразвук

д) гальванизацию

056. При переломах костей конечностей с наложением аппарата Илизарова в первые дни с целью противовоспалительного действия и остеорепарации целесообразно назначить

а) хлоридные натриевые ванны

б) калий-электрофорез воротниковой области

в) синусоидальные модулированные токи

г) электрическое поле высокой частоты

д) вибротерапию

057. При переломах конечностей с гиподинамической атрофией мышц после снятия гипса назначают

а) электрическое поле УВЧ

б) свето-тепловые ванны

в) динамические и интерференционные токи

г) электрофорез пеллоидина

д) все перечисленное

058. Наиболее выраженным противоотечным действием при переломах костей конечностей (на 2-е сутки перелома с наложенной гипсовой повязкой) обладает

а) переменное магнитное поле

б) диадинамические токи

в) интерференционные токи

г) ультразвук

д) индуктотермия

059. Через 1. 5-2 месяца после перелома костей конечностей с целью разработки движения назначают

а) подводный душ-массаж

б) плавание в бассейне

в) ультразвук

г) электрическое поле УВЧ

д) правильно а) и б)

060. При ушибах брюшной стенки с наличием гематомы без повреждения внутренних органов с целью противовоспалительного и рассасывающего действия возможно назначение всего перечисленного, кроме

а) электрического поля ультравысокой частоты (УВЧ)

б) электромагнитного поля сверхвысокой частоты

в) йод-электрофореза

г) электрофореза кальция и фосфора

д) флюктуоризации

061. При ушибах брюшной стенки с наличием организовавшейся гематомы на 2-3 неделе после травмы преимущественно при назначении имеет физический фактор

а) электромагнитное поле СВЧ (2375 МГц)

б) переменное магнитное поле

в) ультразвук и фонофорез терриметина

г) ультрафиолетовое облучение

д) все перечисленное

062. При травматической гематоме, локализующейся в мягких тканях на 2-е сутки после травмы, целесообразно назначение

а) постоянного или переменного магнитного поля

б) ультразвука

в) минеральных ванн

г) электросна

д) всего перечисленного

063. При ушибах брюшной стенки с гематомой с целью рассасывания на 2-е сутки возможно назначение всего перечисленного, кроме

а) парафиновых аппликаций

б) электрического поля УВЧ

в) ультразвука и йод-электрофореза

г) инфракрасного облучения

064. При посттравматическом бурсите правого коленного сустава в остром периоде на 3-и сутки травмы возможно назначение

а) электрического поля УВЧ

б) сульфидных ванн

в) грязевых аппликаций

г) подводного душ-массажа

065. При травматическом бурсите в остром периоде на 2-й день после травмы преимущество имеет назначение

а) переменного тока

б) ультразвука

в) диадинамических токов

г) лазерного излучения

066. При травматическом бурсите на 3-й день после травмы для оказания противовоспалительного действия применяют все перечисленное, кроме

а) электрического поля УВЧ

б) электромагнитного поля СВЧ (460 МГц)

в) гальванизации

г) электромагнитного поля СВЧ (2375 МГц)

067. При врожденной кривошее со 2-й недели жизни ребенка, с целью рассасывающего действия, назначают все перечисленное, кроме

а) электрического поля УВЧ

б) массажа

в) электрофореза йодистого калия

г) переменного магнитного поля

068. При врожденной кривошее со 2-й недели жизни ребенка можно назначить

а) электромагнитное поле СВЧ (460 МГц)

б) коротковолновое ультрафиолетовое излучение

в) ультразвук и озокеритовые аппликации

г) аэроинотерапию

д) все перечисленное

069. При кефологематоме на 1-й неделе ребенка для оказания противоотечного действия целесообразно назначить

а) ток надтональной частоты

б) электрического поля УВЧ

в) электромагнитное поле СВЧ (460 МГц)

г) ультразвук

д) ингаляции

070. При остеохондрозе головки бедренной кости III степени (профилеративная) применяют

а) душ Шарко

б) синусоидальные модулированные токи и кальций-фосфор-электрофорез

в) лазер

г) динамические токи

д) все перечисленное

071. При остеохондропатии головки бедренной кости III степени (пролиферативная) наиболее показано применение

а) переменного магнитного поля

б) аэрозольтерапии

в) углекислых ванн

г) ультразвука и УФО

д) всего перечисленного

072. При остеохондропатии бедренной кости I степени с целью противоотечного и противовоспалительного действия применяют

а) диадинамические токи

б) электрическое поле УВЧ и электромагнитное поле СВЧ (2375 МГц)

в) франклинизацию

г) электросон

д) все перечисленное

073. При остеохондропатии головки бедренной кости I степени с целью обезболивания назначают

а) электрическое поле высокой частоты

б) новокаин-электрофорез

в) хлоридно-натриевые ванны

г) подводный душ-массаж

д) правильно а) и б)

074. При остеохондропатии бедренной кости II степени (некроз) показано применение

а) электрического поля УВЧ

б) ультразвука

в) тока надтональной частоты

г) индуктотермии

д) электростимуляции

075. С целью ускорения регенерации при остеосинтезе в III стадии остеохондропатии большеберцовой кости (болезнь Шляттера) применяют

а) электромагнитное поле СВЧ (460 МГц)

б) дарсонвализацию

в) кальций-фосфорэлектрофорез

г) аэрозольтерапию

д) ток надтональной частоты

076. При остеохондропатии костей свода стопы (болезнь Келлера) I-II стадии возможно применить все перечисленное, кроме

а) электрического поля УВЧ

б) новокаин-электрофореза

в) франклинизации

г) УФО

д) электромагнитного поля СВЧ (2375 МГц)

077. При болезни Келлера III-IV стадии с целью нормализации остеогенеза и улучшения трофики целесообразно применить все перечисленные методы, кроме

а) индуктотермии

б) тока надтональной частоты и постоянного магнитного поля

в) ультразвука

г) грязевых аппликаций

078. При растяжении связок голеностопного сустава через 3 часа после травмы показано применение

а) электрического поля УВЧ

б) электромагнитного поля СВЧ (2375 МГц)

в) круговой парафиновой повязки и интерференционных токов

г) озокеритовой аппликации

д) всего перечисленного

079. При растяжении связок голеностопного сустава через 2-3 часа после травмы применяют

а) электрическое поле УВЧ

б) лазер

в) холод

г) теплые ванночки и диадинамические токи

080. При растяжении связок голеностопного сустава на 6-е сутки применяют

а) интерференционные токи

б) ток надтональной частоты

в) дарсонвализацию

г) синусоидальные модулированные токи

д) правильно а) и г)

081. При растяжении связок голеностопного сустава через 5-6 дней после травмы целесообразно применить

а) озокерит + диадинамические токи

б) электрическое поле УВЧ + коротковолновое ультрафиолетовое облучение

в) парафиновые аппликации + синусоидальные модулированные токи

г) ванны общие + дарсонвализацию

д) правильно а) и в)

082. При растяжении связок голеностопного сустава через 5-6 дней после травмы показаны

а) душ струевой и электромагнитное поле ультразвуковой частоты

б) йодные ванны и электромагнитное поле СВЧ

в) диадинамические токи и озокериновые аппликации

г) массаж и переменное магнитное поле

083. При хроническом травматическом остеомиелите после металлоостеосинтеза возможно использовать все перечисленные методы, кроме

а) электромагнитного поля СВЧ (460 МГц)

б) грязевых аппликаций

в) лазера

г) ультрафиолетового облучения сегментарной зоны

д) правильно а) и в)

084. Для разработки после переломов пальцев рук целесообразно применить все перечисленное, кроме

а) подводного душа-массажа

б) ультразвука

в) гальванизации

г) йод-электрофореза

д) вибротерапии

085. Через 3 суток после травмы - перелома позвоночника без повреждения спинного мозга I-II степени компрессии можно применить

а) переменное магнитное поле и УФО на область повреждения

б) озокерит

в) ток надтональной частоты

г) коротковолновое ультрафиолетовое облучение слизистой полости рта

д) все перечисленное

086. При контрактуре Дюпюитрена целесообразно назначить

а) электрическое поле УВЧ

б) электромагнитное поле СВЧ (2375 МГц)

в) ультразвук

г) гальванизацию

д) инфракрасное облучение

087. При контрактуре Дюпюитрена не рекомендуется применять

а) индуктотермию

б) фонофорез лидазы

в) лазерное излучение

г) электромагнитное поле СВЧ (400 МГц)

д) правильно а) и г)

088. При переломе костей предплечья в области локтевого сустава на 4-5 сутки после травмы с противоотечной целью назначают

а) электрическое поле УВЧ на область локтевого сустава

б) диадинамические токи

в) переменное магнитное поле

г) интерференционные токи

089. При переломе нижней трети плечевой кости с повреждением локтевого сустава в стадии разработки сустава целесообразно применять

а) дарсонвализацию

б) ультразвук

в) индуктотермию

г) электромагнитное поле СВЧ (2375 МГц)

д) циркулярный душ

090. При рецидивирующих формах хронического остеомиелита, повышенной порозности костной ткани показано применение

а) электрического поля УВЧ

б) ультразвука

в) тока надтональной частоты

г) кальций-фосфор-электрофорез

д) хвойных ванн

091. При рецидивирующих формах хронического остеомиелита, повышенной порозности костной ткани нецелесообразно применять

а) лазерное излучение

б) кальций-фосфор-электрофорез

в) общее ультрафиолетовое излучение

г) электрическое поле УВЧ

092. При обострении хронического остеомиелита с противовоспалительной целью следует применять все перечисленное, кроме

а) электрического поля УВЧ

б) электрофореза линкомицина

в) аэроинотерапии и парафиновых аппликаций

г) электромагнитного поля СВЧ (460 МГц)

093. При обострении хронического остеомиелита показано применение

а) индуктотермии на симметричную конечность

б) тока надтональной частоты

в) диадинамических токов

г) интерференциальных токов

д) электроаэрозольтерапии

094. При гематогенном остеомиелитическом процессе в стадии репарации с целью консолидации применяют

а) инфракрасное облучение

б) кальций-фосфор-электрофорез и общее облучение

в) сероводородные ванны

г) фонофорез гидрокортизона

д) все перечисленное

095. При рецидивирующих формах хронического остеомиелита в стадии образования свищей показано применение всего перечисленного, кроме

а) диадинамических токов

б) лазерного излучения

в) электромагнитного поля СВЧ (460 МГц)

г) ультразвука

097. При хроническом остеомиелите в стадии клинико-лабораторной ремиссии с целью профилактики обострений целесообразно применить все перечисленное, кроме

а) общего ультрафиолетового облучения

б) ванн хлоридных натриевых

в) гидрокинезотерапии

г) желтых скипидарных ванн

д) электрического поля УВЧ

099. При термических ожогах давностью 6 месяцев с келлоидными рубцами целесообразно применить

а) электрическое поле УВЧ

б) электромагнитное поле СВЧ (2375 МГц)

в) синусоидальные модулированные токи

г) ток надтональной частоты

д) фонофорез террилитина

100. При термических ожогах давностью 1 год с келлоидными рубцами целесообразно назначить

а) йод-электрофорез

б) дарсонвализацию

в) переменное магнитное поле

г) электромагнитное поле СВЧ (460 МГц)

д) все перечисленное

101. При термических ожогах II степени в раннем периоде показано применение

а) тока надтональной частоты

б) электроаналгезии и аэроинотерапии

в) флюктуоризации

г) диадинамических токов

д) всего перечисленного

102. При ожогах III-IV степени через 3 недели после аутопластики целесообразно применять

а) эритеинотерапию

б) электрическое поле УВЧ

в) электрофорез протеолитических ферментов

г) дарсонвализацию

д) баротерапию

103. При термических ожогах I-II степени с целью противоотечного действия преимущество для назначения имеет

а) аэроинотерапия

б) переменное магнитное поле

в) синусоидальные модулированные токи

г) ультрафиолетовые облучения (местно)

д) флюктуоризация

104. При обширных термических ожогах II-III степени в раннем периоде целесообразно применить

а) фонофорез гидрокортизона

б) светотепловые ванны

в) диадинамические токи

г) лазеротерапию

д) интерференционные токи

105. При рожистом воспалении показано применение

а) ультрафиолетового облучения в сверхэритемных дозах

б) субэритемных доз ультрафиолетовой частоты

в) дарсонвализации

г) ультразвука

д) правильно а) и г)

106. При рожистом воспалении в стадии экссудации целесообразно назначить

а) электрическое поле УВЧ

б) франклинизацию

в) бром-электрофорез по Вермелю

г) электромагнитное поле СВЧ (460 МГц)

107. При обморожении I-II степени показано применение всего перечисленного, кроме

а) согревающих компрессов

б) ванночки

в) дарсонвализации

г) инфракрасного облучения

д) субэритемных доз ультрафиолетового облучения

108. При обморожениях III степени в ранние сроки для улучшения кровообращения целесообразно назначить

а) электрическое поле УВЧ

б) переменное магнитное поле

в) ультрафиолетовое облучение сегментарно

г) ванны минеральные

д) верно а) и в)

109. При III-IV степени обморожения после хирургической обработки применяют

а) электромагнитное поле СВЧ (460 МГц)

б) парафиновые аппликации

в) лазеротерапию

г) ток надтональной частоты

д) все перечисленное верно

110. При пролежнях с противовоспалительной и бактерицидной целью применяют

а) электрическое поле УВЧ

б) ультрафиолетовое облучение

в) дарсонвализацию

г) ванны

д) верно а) и б)

111. При пролежнях для повышения репаративной способности тканей применяют все перечисленное, кроме

а) ультразвука

б) дарсонвализации

в) эритемотерапии

г) лазеротерапии

д) верно а) и г)

112. Больным пожилого возраста с пролежнями противопоказано применение

а) электрического поля УВЧ

б) УФО сегментарных зон

в) индуктотермии

г) аэроинотерапии

д) верно б) и г)

**15. ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

001. Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является

а) дисплазия бедренного сустава

б) врожденная косорукость

в) амниотические перетяжки

г) патологический вывих бедра

д) болезнь Клиппеля - Фейля

002. В основе остеохондропатии лежит

а) дисфункция созревания

б) дисфункция роста

в) механическое воздействие

г) неправильное внутриутробное развитие

д) тератогенное воздействие

003. В основе патогенеза врожденного вывиха бедра у детей лежит

а) дисфункция роста

б) дисфункция созревания

в) родовая травма

г) внутриутробная инфекция

д) онкогенное воздействие

004. Первичный наиболее общий этиологический фактор, определяющий нарушение жизненно важных функций при шоке у детей, состоит

а) в торможении центров коры головного мозга, обусловленных болевой чувствительностью

б) в "вегетативной буре", с напряжением функций коры надпочечников и гипофиза

в) в интоксикации, вызванной продуктами распада органов и тканей

г) в острой дыхательной недостаточности

д) в нарушении центральной гемодинамики

005. Максимальное снижение объема циркулирующей крови, при котором детский организм удерживает нормальный уровень артериального давления, составляет

а) 80%

б) 70%

в) 60%

г) 50%

д) 40%

006. Объем необходимых первоочередных лечебных мероприятий до назначения специальных методов обследования у ребенка с травматическим разрывом легкого и закрытым напряженным пневмотораксом включает

а) ингаляцию кислорода и направление больного на рентгенологическое исследование

б) пункцию плевральной полости и удаление скопившегося воздуха

в) с противошоковой целью введения наркотиков

г) до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается

д) пункцию плевральной полости, удаление воздуха и проведение дренирования по Бюлау, выполнение шейной вагосимпатической блокады по А. В. Вишневскому

007. Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на догоспитальном этапе включает

а) оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения

б) переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения

в) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков

г) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации

д) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение аналгетиков

008. При верхнем родовом параличе Дюшенна - Эрба имеет место

а) отсутствие движения в пальцах кисти

б) внутренняя ротация и приведения плеча при наличии движений в пальцах кисти

в) полное отсутствие движений в пораженной конечности

г) односторонний спастический гемипарез

д) отсутствие движений в пальцах кисти при сохраненных движениях в плечевом суставе

009. Наиболее частой локализацией родового эпифизеолиза является

а) проксимальный эпифиз плечевой кости

б) дистальный эпифиз плечевой кости

в) проксимальный эпифиз бедренной кости

г) дистальный эпифиз бедренной кости

д) проксимальный эпифиз большой берцовой кости

010. Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родового эпифизеолиза дистального конца плечевой кости, является

а) деструкция метафиза плечевой кости

б) наличие видимого костного отломка

в) нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья

г) видимая костная мозоль

д) луковичный периостит

011. Рациональная лечебная тактика при родовом эпифизеолизе головки бедренной кости в первые часы после рождения включает

а) открытое вправление

б) вытяжение по Шеде

в) вытяжение по Блаунту

г) закрытое вправление

д) закрытое вправление с последующим вытяжением на горизонтальной плоскости с отведением и внутренней ротацией поврежденной ножки

012. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает

а) открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией

б) одномоментую закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией

в) вытяжение по Шеде

г) вытяжение по Блаунту

д) не требуется лечения

013. Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы без существенного смещения отломков, является

а) гематома в области плечевого сустава

б) крепитация отломков

в) гемипарез

г) беспричинный плач и реакция на болевое ощущение при пеленании

д) нарушение кровообращения

014. Рациональным методом лечения при родовом повреждении плечевой кости в средней трети является

а) фиксация ручки к туловищу ребенка

б) лейкопластырное вытяжение

в) гипсовая повязка

г) повязка Дезо

д) торакобронхиальная гипсовая повязка с отведением плеча (90 ) и сгибанием предплечья в локтевом суставе (90 )

015. При параличе Клюмпке имеет место

а) отсутствие движений в пальцах кисти

б) внутренняя ротация и приведение плеча при наличии движений в пальцах кисти

в) полное отсутствие движения в пораженной конечности

г) односторонний спастический гемипарез

д) отсутствие движений в пальцах кисти при сохранении движений в плечевом суставе

016. Оптимальное положение ручки при лечении паралича Дюшенна - Эрба

а) прибинтовать руку к туловищу

б) наложить повязку Дезо

в) фиксировать руку в положении отведения плеча под углом 90 с наружной ротацией

г) фиксация не обязательна

д) фиксация при запрокидывании руки за спину

017. При экстренной профилактике столбняка у ребенка старше 10 лет, имеющего менее 3 прививок, последняя из которых сделана за два года до травмы, необходимо ввести

а) анатоксин столбнячный + противостолбнячную сыворотку

б) противостолбнячный человеческий иммуноглобулин

в) противостолбнячную сыворотку

г) анатоксин столбнячный

д) ничего из перечисленного

018. К открытой черепно-мозговой травме у детей относятся

а) перелом основания черепа без повреждения мягких тканей

б) перелом свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза

в) перелом лобной кости с наличием раны в теменной области

г) перелом теменной кости с наличием раны в лобной области

д) ушиб мягких тканей головы

019. К черепно-мозговой травме с характерным светлым промежутком относится

а) коммоционный синдром

б) подоболочечное кровоизлияние

в) ушиб головного мозга

г) родовая черепно-мозговая травма

д) внутричерепная гематома

020. При односторонней эпи- или субдуральной гематоме имеет место следующий симптомокомплекс

а) кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия

б) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки

в) "светлый промежуток", гомолатеральное расширение зрачка, контратеральные признаки пирамидной недостаточности

г) общемозговая симптоматика, повышение температуры

д) тетраплегия, ясное сознание

021. Из видов вдавленных переломов свода черепа для детей до 5 лет характерен

а) неполный перелом

б) импрессионный перелом

в) депрессивный перелом

г) дырчатый перелом

д) перелом по типу целлулоидного мяча

022. Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является

а) потеря сознания

б) очаговая неврологическая симптоматика

в) многократная рвота

г) ото-рино-ликворея

д) кровотечение из носа и уха

023. Типичный механизм возникновения перелома лопатки у детей

а) прямой удар в области спины

б) падение на отведенную руку

в) падение на приведенную руку

г) формированные вращательные движения рук в плечевом суставе

д) падение на спину в максимальном сгибании позвоночника

024. Оптимальным методом лечения поднадкостничного перелома лопатки является

а) повязка Дезо

б) открытая репозиция + повязка Дезо

в) закрытая репозиция + повязка Дезо

г) пункция гематомы с целью ее удаления + фиксирующая повязка

д) не требует лечения

025. Оптимальной фиксирующей повязкой при переломе ключицы у ребенка до 1 года в средней трети является

а) повязка Дезо

б) торакобрахиальная повязка

в) гипсовая 8-образная повязка

г) костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому - Карпенко

д) фиксация не требуется

026. При вывихе кости наиболее вероятный механизм травмы

а) падение на локоть (или кисть) приведенной или отведенной руки

б) прямой удар в среднюю треть предплечья

в) резкий рывок за руку

г) падение на бок при приведенной руке

д) ротация туловища при поднятой вверх и фиксированной руке

027. Наиболее частыми видами повреждений верхнего конца плечевой кости у детей являются

а) надбугорковый

б) черезбугорковый

в) подбугорковый

г) перелом хирургической шейки

д) остеоэпифизеолиз

028. При закрытом поперечном переломе диафиза плечевой кости в средней трети оптимальная тактика включает

а) репозицию и фиксацию гипсовой лонгетой

б) репозицию и фиксацию двумя перекрещивающимися спицами

в) репозицию и фиксацию на отводящей шине

г) скелетное вытяжение

д) репозицию и фиксацию стержневым аппаратом

029. Закрытую репозицию надмыщелкового перелома плечевой кости у детей начинают

а) с устранения ротационного смещения

б) со смещения по ширине

в) со смещения по длине

г) с углового смещения

д) со смещения по ширине и длине

030. Показания к оперативному лечению чаще всего возникают

а) при внутрисуставных повреждениях плечевой кости

б) при метафизарных повреждениях плечевой кости

в) при метадиафизарных повреждениях плечевой кости

г) при диафизарных повреждениях плечевой кости

д) оперативное лечение противопоказано на всех уровнях

031. При отрывном переломе внутреннего надмыщелка плечевой кости у ребенка 12-14 лет наиболее предпочтительна фиксация отломков

а) одной спицей

б) двумя спицами

в) спицей с боковой компрессией

г) костным швом

д) шило-шурупом Тер - Егиазарова

032. Из перечисленных нервов страдает чаще других при отрывном переломе внутреннего надмыщелка плечевой кости

а) локтевой

б) срединный

в) лучевой

г) мышечно-кожный

033. Полный изолированный вывих головки лучевой кости характерен в возрастной группе

а) новорожденных

б) до 1 года

в) от 1 до 3 лет

г) от 3 до 5 лет

д) от 5 до 12 лет

034. Переломо-вывих Монтеджа - это

а) вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой

б) вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети

в) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья

г) вывих локтевой кости и перелом лучевой кости

д) вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке

035. Вывих Галеацци - это

а) вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом луча верхней трети на другой

б) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка

в) перелом луча в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке

г) вывих кисти с переломом лучевой кости в средней трети

д) вывих головки луча в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети

036. Абсолютными показаниями к оперативному лечению перелома костей предплечья являются

а) перелом плечевой кости в средней трети с полным смещением

б) перелом локтевой кости в средней трети с полным смещением

в) перелом 2 костей предплечья в средней трети с полным смещением

г) перелом 2 костей предплечья в средней трети

д) перелом костей предплечья с явлениями нарушения кровообращения в поврежденной конечности

037. При повреждении лучевой кости преждевременное закрытие зоны роста и развитие деформации верхней конечности наиболее вероятно в случае

а) эпифизеолиза дистального эпифиза луча со значительным смещением по ширине

б) проксимального перелома эпифиза

в) остеоэпифизеолиза со смещением

г) эпифизеолиза со смещением

д) сдавления ростковой зоны без существенного смещения эпифиза

038. При ранении основной фаланги пальца с повреждением обоих сухожилий сгибателей и пальцевого нерва лечебная тактика включает

а) первичный шов обоих сухожилий и нерва

б) операцию отложить до полного заживления кожной раны

в) первичный шов обоих сухожилий, шов нерва отложить

г) первичный шов сухожилия глубокого сгибателя и нерва, поверхностное сухожилие иссечь

д) первичный шов поверхностного сгибателя и нерва, концы глубокого сгибателя иссечь

039. Оптимальным вариантом положения пальца кисти, фиксированного в гипсе, после успешной репозиции перелома средней или основной фаланги пальцев кисти будет

а) положение максимального сгибания

б) положение максимального разгибания

в) средне-физиологическое положение

г) положение "писчего пера"

д) положение сгибания ногтевой фаланги под углом 90

040. Методом лечения при остром вывихе надколенника у детей является

а) вправление, пункция сустава, моделированная гипсовая лонгета

б) вправление, гипсовая лонгета

в) открытое вправление, стабилизирующие оперативно-технические процедуры

г) закрытое вправление без иммобилизации

041. При проникающем ранении коленного сустава пострадавшему следует произвести

а) ушивание раны, наложение гипсовой повязки

б) ревизию раны, первичную хирургическую обработку, иммобилизацию

в) рентгеновский снимок сустава, ревизию раны, удаление инородных тел, промывание полости антибиотиками, ушивание раны, наложение гипсовой повязки

г) ревизию раны, удаление инородных тел, дренирование

д) артротомию с ревизией коленного сустава

042. Оптимальным оперативным пособием при оскольчатом переломе надколенника является

а) наложение кругового лавсанового шва

б) удаление надколенника

в) фиксация спицами

г) фиксация шурупом

д) фиксация проволокой

043. При разрыве передней крестообразной связки коленного сустава характерным симптомом является

а) блокада коленного сустава

б) симптом "выдвижного ящика"

в) сгибательная контрактура в коленном суставе

г) симптом "прилипшей пятки"

044. Повреждением проксимального конца большеберцовой кости у детей, эквивалентным передней крестообразной связке у взрослых, является

а) отрыв мыщелкового возвышения

б) отрыв бугристости большеберцовой кости

в) фронтальный перелом проксимального эпифиза большеберцовой кости

г) сагиттальный перелом эпифиза большеберцовой кости

д) боковой отрыв костно-хрящевого фрагмента от эпифиза большеберцовой кости

045. Оптимальный вариант лечебной тактики при внутрисуставных повреждениях костей голени со смещением у детей включает

а) открытую репозицию

б) открытую репозицию и остеосинтез

в) аппаратное лечение

г) скелетное вытяжение

д) ревизию, гипсовую иммобилизацию

046. Абсолютные показания к оперативному лечению при переломах костей голени касаются

а) закрытых внутрисуставных переломов со смещением

б) закрытых диафизарных переломов 2 костей голени

в) метафизарных переломов 2 костей с угловым смещением

г) закрытых переломов с полным смещением

д) всех видов переломов со смещением отломков

047. Оптимальным методом фиксации при закрытом поперечном переломе 2 костей голени в средней трети является

а) скелетное вытяжение

б) аппарат Илизарова

в) аппарат Волкова - Оганесяна

г) гипсовая лонгета

д) стержневой аппарат

048. У ребенка компрессионно-оскольчатый перелом пяточной кости. Угол Белера (таранно-пяточный) равен 20-25 , высотный индекс пятки 0. 55-0. 6. Ребенку не следует

а) проводить скелетное вытяжение за пяточный бугор по оси голени

б) накладывать аппарат для компрессионно-дистракционного остеосинтеза

в) выполнять открытую репозицию и фиксацию фрагментов пяточной кости металлическими конструкциями

г) проводить скелетное вытяжение в двух взаимно перпендикулярных плоскостях (по оси голени и по оси стопы - по А. В. Каплану)

д) производить одномоментную закрытую репозицию, фиксируя фрагменты металлическими спицами и накладывая моделированную гипсовую повязку

049. Для ротационного подвывиха I шейного позвонка (атланта) у детей характерен

а) наклон головы и поворот ее в "здоровую" сторону

б) поворот головы в сторону "подвывиха"

в) ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди

г) полный объем движений

050. Название болезни Гризеля носит

а) остеохондропатия апофиза пяточной кости

б) остеохондропатия апофизов позвонков

в) "маршевый" перелом костей стопы

г) подвывих I шейного позвонка на фоне воспаления лимфоузлов шеи

д) порок развития сухожилий сгибателей кисти

051. Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у детей встречается

а) в шейном отделе

б) в верхне-грудном отделе

в) в средне-грудном отделе

г) в нижне-грудном отделе

д) в поясничном отделе

052. Оптимальная тактика лечения детей с компрессионными переломами грудного отдела позвоночника включает

а) функциональный метод лечения (вытяжение, ЛФК, массаж)

б) лечение с помощью корсетов

в) оперативное лечение

г) одномоментную реклинацию + корсет

д) не требуется корсет

053. Типичная поза пострадавшего с компрессионным оскольчатым переломом поясничного позвонка

а) на боку, с согнутыми и приведенными к животу ногами

б) на спине с выпрямленными конечностями

в) на спине с умеренно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами

г) на боку с выпрямленными конечностями

д) нет типичных поз

054. Оптимальным методом стационарного лечения компрессионных переломов позвоночника у детей в поясничном отделе является

а) функциональный со стабильной реклинирующей укладкой

б) оперативный с последующей реабилитацией

в) корсетный

г) разгрузка на горизонтальной плоскости

д) лечения не требуется

055. Среди переломов таза носит название "перелома Мальгеня"

а) двойной перелом переднего полукольца

б) отрывной перелом передне-нижней кости

в) односторонний перелом лонной и седалищной кости спереди и подвздошной кости зади

г) перелом вертлужной впадины

д) перелом крыла подвздошной кости

056. При травматическом разрыве лонного сочленения в стационаре целесообразно применить следующую укладку больного

а) сдавить и приподнять таз с помощью гамачка, укрепленного на балканской раме

б) положение "лягушки" на горизонтальной плоскости

в) скелетное вытяжение за обе нижние конечности по горизонтальной плоскости

г) не требует специальной укладки

057. Симптом "заднего шага" характерен

а) для перелома крыла подвздошной кости

б) для разрыва симфиза

в) для разрыва крестцово-подвздошного сочленения

г) для перелома горизонтальной ветви лонной кости

д) для отрыва передней верхней ости

058. Скелетное вытяжение за проксимальный метафиз большеберцовой кости показано

а) при одностороннем переломе переднего и заднего полукольца, сопровождающимся смещением половины таза

б) при переломе переднего полукольца со смещением

в) при краевых переломах со смещением

г) при переломах заднего полукольца со смещением

059. При политравме, возникшей вследствие дорожно-транспортных происшествий, у детей преобладают

а) черепно-мозговая травма

б) черепно-мозговая травма, повреждения внутренних органов и нижних конечностей

в) повреждения таза и верхних конечностей

г) повреждения верхних и нижних конечностей

д) повреждения верхних и нижних конечностей

060. При политравме со следующей клинической картиной: - выраженный цианоз носогубного треугольника, - частое поверхностное дыхание, - тимпанический перкуторный звук над правой половиной грудной клетки, - смещение границ сердца влево, ведущим является

а) разрыв печени и диафрагмы

б) разрыв диафрагмы

в) ушиб сердца

г) открытый пневмоторакс

д) закрытый напряженный пневмоторакс, разрыв легкого

061. Для больного с переломом позвоночника и костей таза при транспортировке оптимальным положением является

а) на щите, на спине с соблюдением "оси безопасности": голова - грудь - таз - конечности на одном уровне

б) на боку, на носилках

в) на носилках в положении "лягушки"

г) на щите, на животе

д) не имеет значения

062. Оптимальной лечебной тактикой при травматической отслойке кожи на значительной площади является

а) консервативное лечение: холод, мазевые повязки и т. д.

б) дренирование кармана с пассивной аспирацией жидкости

в) наложение швов на раневую поверхность

г) отсечение лоскута с последующей пластикой дефекта по Красовитову

д) кожная пластика местными тканями

063. Оптимальный метод лечения перелома бедренной кости при ведущем повреждении грудь - живот предусматривает применение

а) аппарата Волкова - Оганесяна

б) аппарата Илизарова

в) стержневого аппарата СКИД-1 и его модификаций

г) скелетного вытяжения

д) интрамедуллярного остеосинтеза

064. Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на догоспитальном этапе

а) обеспечение оксигенации, временная остановка кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортная иммобилизация, переливание плазмозаменителей

б) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация

в) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация + введение наркотиков

г) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация + введение аналгетиков

065. Абсолютное показание к выполнению компрессионно-дистракционного остеосинтеза при переломе конечности, сочетанной с черепно-мозговой травмой

а) открытый метадиафизарный перелом крупного сегмента конечностями со смещением

б) закрытый метадиафизарный перелом крупного сегмента конечностями со смещением

в) внутрисуставный перелом в области крупного сустава

г) закрытый перелом костей двух предплечий

д) закрытый поперечный перелом 2 костей голени

066. Врожденную кривошею следует отнести

а) к миогенной деформации

б) к десмогенной деформации

в) к неврогенной деформации

г) к дермо-десмогенной деформации

д) к конституционной деформации

067. Этиопатогенез врожденной мышечной кривошеи

а) порок развития грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

б) травма при родах

в) неправильное положение плода

г) воспалительный процесс

д) ишемия сердца

068. Признаки врожденной мышечной кривошеи выявляются

а) в первые 3-5 дней после рождения

б) на 10-14 день после родов

в) в месячном возрасте

г) в 3-месячном возрасте

д) клинические симптомы не выражены до года

069. Консервативное лечение кривошеи следует начинать

а) с момента рождения

б) с 2-недельного возраста

в) с 2-5 месяцев

г) с 0. 5-1 года

д) после 1 года

070. Оперативное лечение кривошеи при неэффективности консервативного показано

а) до 5 месяцев

б) до 1 года

в) до 2 лет

г) до 3 лет

д) в 3-4 года

071. Абсолютными показаниями к оперативному лечению кривошеи являются

а) нарастающая асимметрия лица и шеи

б) нарушение осанки

в) нарушение остроты зрения

г) стробизм сходящийся и расходящийся

д) нарушения осанки и зрения

072. Болезнь Клипель - Фейля - это

а) врожденный синостоз шейных и верхне-грудных позвонков с незаращением дужек

б) наличие шейных ребер

в) приобретенный подвывих I шейного позвонка воспалительной этиологии

г) острая мышечная кривошея

д) крыловидная шея

073. Отсутствие ключицы или двух ключиц носит название

а) черепно-ключичного дизостоза

б) болезни Гризеля

в) болезни Клиппель - Фейля

г) синдрома Бенневи - Ульриха

д) синдрома Шеревского - Турнера

074. Ведущим фактором в развитии врожденной деформации позвоночника является

а) сращение или раздвоение ребер

б) аномалия развития лопаток и крестца

в) изолированное сращение тел позвонков

г) увеличение или уменьшение числа позвонков

д) все нижеперечисленное

075. Абсолютным показанием к оперативному лечению радиоульнарного синостоза является

а) нет абсолютных показаний

б) резко выраженная пронационная или супинационная установка предплечья

в) лучевая косорукость

г) локтевая косорукость

д) нарушение функции локтевого сустава

076. Оперативное лечение врожденной косорукости (костно-пластическое замещение дефекта кости) следует проводить

а) в первые месяцы жизни

б) до 3 лет

в) в 3-5 лет

г) в 5-7 лет

д) в 10-12 лет

077. Деформация Маделунга - это

а) штыкообразная деформация кисти и предплечья

б) лучевая косорукость

в) локтевая косорукость

г) укорочение костей предплечья

д) сгибательная контрактура

078. Патологическая установка стопы при врожденной косолапости слагается

а) из приведения, супинации и подошвенного сгибания

б) из отведения, супинации и подошвенного сгибания

в) из приведения, пронации и тыльного сгибания

г) отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении

д) эквинусной установки стопы

079. В основе классификации врожденной варусной деформации шейки бедренной кости лежит

а) параметр эпифизарно-диафизарного угла

б) степень укорочения конечности

в) положение большого вертела

г) сроки окостенения эпифиза головки бедра

д) перечисленные признаки, вместе взятые

080. Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является

а) ограничение отведения бедер

б) симптом Маркса - Ортолани (соскальзывание)

в) укорочение ножки

г) асимметрия ножных складок

д) наружная ротация ножки

081. Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует

а) в период новорожденности

б) в первые полгода жизни

в) до 1 года

г) до 2 лет

082. Незамеченная вовремя болевая контрактура приводящих мышц при лечении врожденного вывиха с помощью шины Виленского может привести

а) к асептическому некрозу головки бедренной кости

б) к шоку

в) к разрыву капсулы

г) к скручиванию бедра

д) к нарушению кровообращения в стопах

083. Характерной клинической симптоматикой при врожденном отсутствии дистального отдела малоберцовой кости является

а) укорочение конечности

б) искривление конечности

в) отсутствие пальцев

г) искривление конечности, эквино-вальгусная стопа

д) укорочение, утолщение и искривление большеберцовой кости, отсутствие наружной лодыжки, эквинус или вальгус порочно развитой стопы

084. При врожденном ложном суставе большеберцовой кости целесообразно

а) наложение аппарата для компрессионно-дистракционного остеосинтеза

б) резекция участка псевдоартроза с аутопластикой

в) резекция с аллопластикой

г) резекция с пластикой на сосудистой ножке в условиях стабильной фиксации

д) консервативное лечение

085. Ортопедическое лечение конской стопы у детей раннего возраста включает

а) удлинение ахиллова сухожилия

б) артродез

в) ношение ортопедической обуви

г) удлинение задней большеберцовой мышцы

д) лишь консервативное лечение

086. Лечение плоско-вальгусной стопы включает

а) этапные гипсовые повязки

б) лонгеты из полевика + ЛФК, массаж, электростимуляция мышц

в) ношение ортопедической обуви

г) ЛФК, массаж

д) лечения не требует

087. Показания к оперативному лечению постостеомиелитических конечностей у детей возможно ставить

а) при затухающей стадии процесса

б) при хронической форме остеомиелита

в) при свищевой форме

г) в период ремиссии

д) не менее, чем через 2-4 года после полного клинического и рентгенологического выздоровления

088. При патологическом вывихе бедра в случае сохранения большого вертела наилучшие результаты дает операция

а) по Коллона

б) по Улицкому

в) по Садофьеву

г) по Новаченко

д) по Шанцу

089. При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является

а) теория позвонков

б) слабость мышечного корсета

в) асимметрия уровня расположения лопаток

г) разница треугольников талии

д) круглая спина

090. Ахондроплазия - это

а) системное поражение скелета, связанное с пороком развития хондробластической системы, аномалией развития и роста хряща

б) последствия внутриутробного сифилиса

в) последствия внутриутробного рахита

г) нейроэндокринное заболевание

д) повышение давления амниотической жидкости

091. Болезнь Блаунта - это

а) извращение развития росткового хряща (дисплазия) с разрыхлением медиальной части эпифизарной пластинки, с последующей ее оссификацией, с поражением проксимального эпифиза большеберцовой кости

б) последствие перенесенного остеомиелита большеберцовой кости

в) рахитоподобное заболевание

г) дисплазия росткового хряща верхнего конца большеберцовой кости

д) остеохондропатия головки бедренной кости

092. Причиной возникновения болезни Маделунга является

а) дисплазия дистальной ростковой зоны лучевой кости

б) опухоль

в) остеомиелит бедренной кости

г) травма

д) дисплазия росткового хряща локтевой кости

093. Этиология множественной эпифизарной хондроплазии (болезни Фейрбанка)

а) дефект центра оссификации эпифиза (врожденного генеза)

б) нарушение питания эпифиза

в) нейроэндокринная патология, дефицит гормона роста

г) последствие перенесенного ревматоидного артрита

д) порок развития зоны эпифиза

094. Рентгенологическая картина множественной эпифизарной хондроплазии характеризуется

а) поздним появлением ядер окостенения, сливающихся между собой в разное время и различающихся по форме и плотности

б) преждевременным раскрытием ростков зон

в) отсутствием явлений деформирующего артроза

г) отсутствием укорочения конечности

д) отсутствием ядер окостенения в эпифизах

095. Спондилоэпифизарная дисплазия обусловлена

а) нарушением развития эпифиза, в том числе и эпифизарных зон позвонков

б) системным нарушением развития мышечной ткани

в) аномалией развития почек

г) нарушением процессов оссификации

д) нейроэндокринными нарушениями

096. Рентгенологические признаки спондилоэпифизарной дисплазии проявляются

а) изменением эпифизов всех трубчатых костей (уплощены) , неправильным соотношением шейного отдела позвоночника и основания черепа

б) полупозвонками, нарушением количества позвонков в шейном отделе

в) костными выростами вблизи ростковых зон

г) сращением нескольких позвонков между собой, фиброзными анкилозами в суставах

097. "Эозинофильная гранулема" - это

а) заболевание, вырождающееся в очаговом скоплении в костях эозинофильных лейкоцитов

б) системное заболевание крови и кроветворных органов

в) осложнение, развивающееся при лейкозе

г) хронический очаг воспаления в кости

д) порок развития кости

098. Лечение эозинофильной гранулемы

а) только оперативное

б) только рентгенотерапия

в) химиотерапия и оперативное лечение

г) химиотерапия

д) лучевая терапия

099. Для эозинофильной гранулемы характерны

а) болезненность, припухлость в области очага поражения, расширение вен, повышение местной температуры

б) атрофия мышц конечности, ограничение подвижности в суставе

в) гидроцефалия, низкий рост за счет укорочения конечностей

г) резкое ухудшение общего самочувствия на фоне резких болей в конечности

д) начало заболевания бессимптомно, выявляется случайно при возникновении патологических переломов

100. К наиболее характерным симптомам рентгенологической картины при эозинофильной гранулеме относятся

а) очаги разряжения яйцевидной формы с полициклическими краями, "луковичный" периостит

б) отсутствие четких границ, прорастание в мягкие ткани

в) поражение эпифиза, позднее появление ядер окостенения, бахромчатый вид эпифиза

г) варусная деформация диафиза кости, укорочение

д) нарушение линии Шентона, отсутствие ядер окостенения в головках бедер

101. Лечение костных кист

а) только лучевая терапия

б) только пункция

в) только оперативное (аллопластика)

г) оперативное при безуспешном консервативном лечении

д) только химиотерапия

102. Болезнь Келлер-I - это

а) остеохондропатия плюсневых костей стопы

б) остеохондропатия ладьевидной кости стопы

в) атипичная форма остеомиелита костей стопы

г) остеохондропатия бугристости большеберцовой кости

д) остеохондропатия тел позвонков

103. Типичная локализация остеогенной саркомы

а) нижняя треть бедра, верхняя треть голени

б) верхняя треть бедра, нижняя треть голени

в) кости таза

г) кости предплечья

д) кости стопы, кости черепа

104. Клиническая картина при остеогенной саркоме в начале заболевания выражается следующими признаками

а) боли в покое, припухлость, болевая контрактура

б) повышение температуры тела, увеличение региональных лимфоузлов

в) боли нет, припухлость, гиперемия

г) боль при движениях, хромота

д) патологическая подвижность в области наибольшей болезненности

105. Рентгенологическая картина при остеогенной саркоме характеризуется

а) пятнистыми очагам разряжения, уплотнением кости с размытыми контурами внутри метафиза, симптомов "козырька"

б) отсутствием отслоения надкостницы (симптома козырька)

в) остеопорозом кости, окруженным зоной склероза

г) отсутствием четкой границы проникновения в мягкие ткани

д) бокаловидным расширением метафизов, искривлением оси конечности

106. Из рентгенологических симптомов наиболее характерен для первичной ретикулоклеточной саркомы

а) мелкоочаговый характер деструкции

б) пластинчатая деструкция

в) игольчатый периостит

г) крупноочаговая деструкция

д) сужение костно-мозгового канала

107. Гемангиомой кости чаще всего поражаются

а) позвоночник, кости черепа

б) бедренная кость

в) большеберцовая кость

г) кости предплечья

д) лопатка

108. Фиброма кости относится

а) к доброкачественной опухоли остеогенного происхождения

б) к доброкачественной опухоли неостеогенного происхождения

в) к хондродисплазии

г) к остеодисплазии

д) к атипично протекающему остеомиелиту

109. Клиническая картина при опухоли Юинга

а) опухоль растет медленно, болей нет

б) боли непостоянного характера, гиперемия в области припухлости

в) резкие постоянные боли в покое

г) жалоб нет

д) саблевидная деформация голени

110. Рентгенологическая картина при опухоли Юинга характеризуется

а) пятнистым остеопорозом тела кости, остеолизом кортикального слоя луковичным гиперостозом

б) остеопорозом кости с зоной склероза

в) бахромчатым периоститом, отслоением надкостницы, спикулами

г) овальным очагом просветления со штампованными краями

д) очагом диаметром до 2 см, расположенным в метафизарной зоне

**16. КОМБИНИРОВАННЫЕ РАДИАЦИОННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ**

001. Комбинированным радиационным повреждением называется

а) перелом, полученный пострадавшим, имеющим обширную лучевую язву с поражением кости

б) термический ожог, полученный пожарным, который был подвергнут действию ионизирующей радиации мощностью в 4 Гр при тушении пожара на 4-м блоке Чернобыльской АЭС

в) патологический перелом, возникший в результате лучевого остеомиелита, осложнившего рентгенотерапию опухоли кости

г) лучевой ожог IV степени наружной поверхности бедра, возникший при случайном контакте при ношении радиоактивной ампулы в кармане брюк

д) тяжелое состояние пострадавшего, имевшего множественные переломы конечностей и подвергнутого многочисленным рентгенографическим исследованиям

002. При сочетании лучевой болезни и обширного ожога происходит

а) обычное тяжелое течение ожоговой болезни

б) арифметическое суммирование тяжести течения лучевой болезни и ожоговой

в) более легкое течение лучевой и ожоговой болезней

г) взаимное отягощение ожога и лучевой болезни

д) образование новой болезни - нового качества

003. При комбинации открытого перелома бедра и лучевой болезни тяжелой степени в течение первой недели преобладает клиника

а) лучевой болезни в периоде первичных реакций

б) открытого перелома бедра

в) разгара лучевой болезни тяжелой степени

г) сепсиса

д) мнимого благополучия

004. Скрытый (инкубационный) период комбинированного радиационного повреждения характеризуется

а) прогрессирующим падением числа эритроцитов в периферической крови

б) прогрессирующим падением процента гемоглобина

в) прогрессирующим падением числа лейкоцитов

г) уменьшением гематокрита

д) увеличением числа лимфоцитов

005. Прямую хирургическую обработку и остеосинтез открытого перелома бедра, протекающего на фоне лучевой болезни, предпочтительно проводить

а) в период первичных реакций

б) в скрытом (инкубационном) периоде

в) в разгар комбинированного радиационного повреждения

г) в период восстановления

д) в отдаленный период

006. Средняя условно смертельная доза для человека (так называемая л/д - 50/30, т. е. летальная доза, когда 50% нелеченных людей погибают в течение 30 дней) составляет

а) 2 Гр

б) 3 Гр

в) 4 Гр

г) 5 Гр

д) 6 Гр

007. В классификации лучевой болезни выделяют все следующие стадии, кроме

а) легкой

б) средней

в) полутяжелой

г) тяжелой

д) молниеносной

008. Наиболее принятой теорией патогенеза лучевой болезни является

а) поражение клеток головного мозга

б) разрушение стенок крупных кровеносных сосудов

в) ионизация клеточной воды и разложение ее на перекиси, закиси и свободные радикалы

г) торможение действия свертывающей и противовоспалительной систем крови

д) активизации эндогенной микробной флоры и паралич барьерной функции печени

009. В течении лучевой болезни выделяют все перечисленные периоды, за исключением

а) первичных реакций

б) запоздалых реакций

в) скрытого (инкубационного) периода

г) разгара

д) восстановления, реконвалесценции

010. Молниеносная форма лучевой болезни вызывается общим облучением дозой более

а) 2 Гр

б) 5 Гр

в) 7 Гр

г) 9 Гр

д) 15 Гр

011. Хроническая лучевая болезнь чаще всего вызывается

а) внешним облучением дозой в 2 Гр человека, страдающего хроническим заболеванием

б) частыми рентгенограммами нижних конечностей с целью контроля за консолидацией перелома

в) инкорпорированными радиоактивными нуклидами с преимущественным a-распадом

г) внешним облучением дозой менее 1 Гр, пострадавшего, находящегося в состоянии травматического шока III-IV степени

д) внешним облучением дозой менее 1 Гр, пострадавшего с кровопотерей более 1 л крови

012. Диагностика хронической лучевой болезни строится в основном

а) на ярких клинических симптомах

б) на энцефалограмме

в) на эхо-энцефалоскопии головного мозга

г) на УЗИ печени, селезенки и почек

д) на морфологическом исследовании крови

013. Лечение лучевой болезни в период первичных реакций состоит

а) в массивном введении антибиотиков

б) в переливании крови и ее препаратов

в) в купировании рвоты, коллапса, головной боли, абстиненции

г) в пересадке костного мозга

д) во внутривенном введении 20% спирта с глюкозой

014. Для хирургов, производящих первичную хирургическую обработку ран людей, подвергшихся действию больших доз внешней проникающей ионизирующей радиации, работа эта опасности

а) не представляет, даже при обычных условиях работы

б) представляет, если они не имеют специальной одежды

в) не представляет, если они во время работы несколько раз меняют операционное белье и резиновые перчатки

г) не представляет, если они после окончания работы будут подвергнуты дезактивации

д) не представляет, если хирурги предварительно получают медикаментозную защиту

015. Среди санитарных потерь при поражении ядерным оружием пострадавшие с термическими ожогами составляют

а) 3-5%

б) 10-20%

в) 30-40%

г) 40-50%

д) 60% и более

016. Среди синонимов световых ожогов, приведенных ниже, неправильным является термин

а) профильные ожоги

б) беспламеневые ожоги

в) вторичные ожоги

г) первичные ожоги

д) ожоги открытых частей тела

017. Прогноз пострадавшего со сдавлением мягких тканей, протекающим на фоне лучевой болезни, не зависит

а) от времени (экспозиции) сдавления

б) от площади сдавления

в) от дозы ионизирующего воздействия

г) от локализации сдавления

д) от погодных условий

018. При наличии у пострадавшего лучевой болезни средней тяжести открытые переломы при адекватном лечении консолидируются по сравнению с такими же переломами у необлученных людей

а) в те же сроки

б) быстрее на 1/4 срока

в) совсем не консолидируются

г) медленнее на 1/4 обычного срока

д) медленнее на 1/2 и более срока

019. После промывания, дезактивации и иссечения края и дна раны, загрязненной радиоактивным веществом, хирург имеет право зашить рану наглухо при дозиметрическом контроле ее, показывающем

а) менее 15 тыс импульсов в 1 с

б) менее 12 тыс импульсов в 1 с

в) менее 10 тыс импульсов в 1 с

г) менее 8 тыс импульсов в 1 с

д) менее 7 тыс импульсов в 1 с

020. Слущенный эпителий, содержимое ожоговых пузырей, а также выделения пострадавшего, имеющего термический ожог, загрязненный радиоактивным веществом, для хирурга опасности

а) не представляет

б) не представляет, если хирург защищен стерильным хирургическим бельем, маской, резиновыми перчатками и бахилами

в) не представляет, если хирург в процессе манипуляций несколько раз меняет стерильное хирургическое белье, маску, резиновые перчатки, бахилы

г) представляет

021. Световые ожоги, возникающие при взрыве "номинальной" (условно 20 т тринитротолуола) атомной бомбы на расстоянии 6 км от эпицентра взрыва, в подавляющем большинстве случаев бывают

а) I-II степени

б) IIIа степени

в) IIIб степени

г) IV степени

д) обугливающие

022. Современная классификация лучевых ожогов выделяет все перечисленные степени, кроме

а) лучевой ожог I степени

б) лучевой ожог II степени

в) лучевой ожог III степени

г) лучевой ожог IV степени

д) последствия лучевого ожога

023. Для лучевых ожогов I степени характерно все перечисленное, кроме

а) инкубационного периода 24 дня

б) повреждения эпидермиса

в) возникновения пузырей

г) эпиляции

д) возникновения шелушения кожи

024. При лучевых ожогах II степени имеет место

а) инкубационный период длительностью 1-3 дня

б) разрушение эпидермиса-дермы

в) разрушение всех слоев кожи

г) правильно а) и в)

д) все правильно

025. Лучевой ожог III степени проявляется

а) инкубационным периодом до 5-7 дней

б) разрушением всех слоев кожи, включая синтиционный

в) остеопорозом и остеолизом костной ткани по типу асептического некроза

г) правильно а) и в)

д) все правильно

026. 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

027. 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

028. При консервативном лечении лучевых ожогов I степени рекомендуется использовать все перечисленное, кроме

а) новокаиновых блокад

б) повязок с антибиотиками и сульфаниламидами

в) иммобилизации пораженной части тела или конечности

г) тканевой терапии в виде подсадки пуповины и гомокожи

д) повязки с линолем или линоленом

029. Показаниями к оперативному лечению лучевых ожогов являются все перечисленные, кроме

а) ранней лучевой язвы

б) поздней лучевой язвы

в) лучевого остеомиелита

г) обильного гнойного отделяемого из лучевой язвы

д) непроходящего индуративного отека мягких тканей

030. Противопоказаниями к проведению радикального хирургического лечения лучевой язвы являются

а) наличие метастазов злокачественной опухоли лучевой язвы

б) чрезвычайно обширные и невыгодно расположенные язвы и рубцы, при иссечении которых будут повреждены жизненно важные органы

в) рожистое воспаление в области лучевой язвы

г) правильно а) и в)

д) все правильно

031. При хирургическом лечении лучевых ожогов могут быть использованы все перечисленные методы пластики, кроме

а) филатовского стебля

б) итальянского лоскута

в) способа Тычинкиной

г) пластики местными тканями

д) пластики свободным кожным лоскутом

032. Дезактивация - обработка пострадавших, зараженных радиоактивным веществом, производится

а) на месте поражения

б) во время транспортировки на ОПМ

в) на ОПМ, специальных пунктах дезактивации

г) в загородной зоне

д) в специальных больницах загородной зоны

033. Пересадка свежего или консервативного костного мозга при комбинированных радиационных повреждениях не рассчитана

а) на стимулирующее действие кровеносной системы

б) на удлинение латентного (открытого) периода

в) на сокращение времени разгара комбинированного радиационного повреждения

г) на предупреждение лучевой болезни

д) на улучшение репаративных процессов

034. Трансфузия консервативной донорской крови при лечении комбинированного радиационного повреждения в период разгара лучевой болезни

а) абсолютно показана

б) применяется по индивидуальным показаниям

в) не показана

г) абсолютно противопоказана

д) безразлична для реципиента

035. Применение антибиотиков при лечении комбинированных радиационных поражений имеет в основном

а) антибактериальное действие

б) бактериостатическое действие

в) антиоксидантное действие

г) действие, стимулирующее репаративные процессы

д) подавляющее действие гормона гипофиза

036. Гормональная терапия в лечении комбинированных радиационных повреждений в период их разгара

а) абсолютно противопоказана

б) показания индивидуальны

в) абсолютно показана

г) безразлична

д) может быть применена, за исключением гормональных препаратов надпочечников

037. Минимальная суточная доза получения пострадавшим в разгаре комбинированного радиационного повреждения аскорбиновой кислоты составляет

а) 50 мг

б) 200 мг

в) 500 мг

г) 1000 мг

д) 3000 мг

038. При лечении стадии разгара комбинированного радиационного повреждения обычная дозировка иммунных препаратов должна быть

а) уменьшена

б) отменена

в) оставлена в обычных дозировках

г) увеличена

д) принципиально изменена

039. Эректильная фаза травматического шока в случае комбинированного радиационного повреждения

а) отсутствует

б) выражена нечетко и характеризуется затяжным характером

в) отчетливо выражена

г) имеет яркую картину и кратковременна

д) довлеет над торпидной фазой

040. В загородной зоне МСПО в госпитальной базе пострадавший с комбинированным радиационным поражением - переломом костей голени, текущем на фоне лучевой болезни средней степени, будет получать лечение

а) в головной больнице

б) в больнице торако-абдоминальной

в) в травматологической больнице

г) в терапевтической больнице

д) в нейрохирургической больнице

041. Особенностью первичной хирургической обработки ран мягких тканей, текущих на фоне лучевой болезни, проводимой в скрытом ее периоде, в отличие от обычной обработки, является

а) тщательная обработка кожи вокруг раны

б) иссечение края кожной раны скальпелем

в) иссечение нежизнеспособных краев раны мышц ножницами

г) тщательный, на уровне мелких вен и артерий, гемостаз с лигированием сосудов

д) закрытие раны местными тканями или посредством различных пластических приемов

042. Аутопластическое закрытие ожоговых повреждений у пострадавшего с лучевой болезнью средней степени производится в период

а) первичных реакций

б) скрытом (инкубационном) периоде

в) разгара

г) восстановления (реконвалесценции)

д) отдаленных последствий

043. Наиболее частым исходом световых ожогов, протекающих на фоне лучевой болезни, является

а) образование рубцовых контрактур крупных суставов

б) образование язв на месте ожога

в) образование келлоидных рубцов в области ожогов

г) трофические нарушения кожи в области бывших ожогов

д) заживление без видимых изменений

044. В отличие от обычного сдавления мягких тканей, сдавление их у пострадавших с лучевой болезнью средней степени отличается во II и III периодах его (освобождение и скрытый периоды)

а) утяжелением

б) значительным утяжелением

в) не отличается

г) заметным более легким течением

д) очень легким течением

045. Перед дезактивацией тела пострадавшего, загрязненного радиоактивным веществом и раной мягких тканей, рану эту наиболее рационально

а) оставить открытой

б) закрыть воднонепроницаемой повязкой

в) дренировать

г) зашить швами для последующего иссечения в пределах здоровых тканей

д) закрыть ватно-марлевой повязкой

046. Частичная обработка и дезактивация ожоговых поверхностей, загрязненных радиоактивными веществом, начинается

а) в очаге поражения

б) в пути эвакуации

в) в ОПМ

г) в головной больнице

д) в ожоговой больнице

047. В случае светового ожога II степени и заражения обожженной поверхности радиоактивными веществами, их всасываемость в организм по сравнению с ранами будет

а) значительно выше

б) выше

в) такой же

г) значительно ниже

д) всасываться они не будут

048. Наиболее распространенной ошибкой в диагностике и лечении комбинированных радиационных повреждений является

а) невыявление разгара комбинированного радиационного повреждения

б) прекращение лечебных мероприятий в период восстановления

в) оценка состояния пострадавшего как улучшение при наступлении скрытого (инкубационного) периода комбинированного радиационного повреждения

г) расценивание облысения пострадавшего в период разгара комбинированного радиационного повреждения как грибковое поражение волос

д) кровотечения из десен и образования ран в полости рта в период разгара комбинированного радиационного повреждения как результат авитаминоза

049. Восстановление пораженных органов и тканей при комбинированном радиационном повреждении начинается

а) в период реконвалесценции

б) в скрытом периоде комбинированного радиационного повреждения

в) начинается только при интенсивном и рациональном лечении

г) сразу же после окончания воздействия ионизирующего излучения

д) при окончании периода разгара комбинированного радиационного повреждения

**17. ОСНОВЫ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ**

001. В результате аварии на ЧАЭС воздействию радиоактивного йода подверглись следующие контингенты

а) все ликвидаторы аварии

б) ликвидаторы и население, находившееся в зоне радиоактивного загрязнения в первые два месяца после аварии

в) ликвидаторы 1987-1990 гг.

г) дети, родившиеся в зоне радиоактивного загрязнения после 1987 г

002. В 1986 г наиболее высокие дозы облучения щитовидной железы чаще всего встречались у следующих контингентов

а) дошкольники

б) школьники

в) подростки

г) взрослое население

д) ликвидаторы

003. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место

а) в центральной нервной системе

б) в сердечно-сосудистой системе

в) в системе органов кроветворения

г) в пищеварительной системе

д) в иммунной системе

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

а) тошнота и рвота

б) лейкопения

в) эритема кожи

г) выпадение волос

д) жидкий стул

005. Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет

а) 0. 5 Гр

б) 1 Гр

в) 2 Гр

г) 3 Гр

д) 4 Гр

006. Наиболее ранними изменениями клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов

а) эритроцитов

б) лейкоцитов

в) нейтрофилов

г) лимфоцитов

д) тромбоцитов

007. Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет

а) 1. 5 Гр

б) 1 Гр

в) 0. 5 Гр

г) 0. 1 Гр

д) любая

008. Минимальная доза излучения, вызывающая выпадение волос у человека, составляет

а) 0. 25 Гр

б) 0. 5 Гр

в) 1 Гр

г) 1. 5 Гр

д) 2 Гр

009. Единица активности

а) Рентген

б) Грей

в) Беккерель

г) Рад

д) Зиверт

010. Назначение медикаментозных препаратов, ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано

а) лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более 40 Ku/км2

б) лицам, содержащим в организме активность более допустимого содержания по Нормам радиационной безопасности

в) детям, проживающим на загрязненных территориях

г) беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях

011. В настоящее время наибольшее содержание цезия в организме встречается у следующих контингентов

а) детей

б) подростков

в) взрослых

г) пенсионеров

д) беременных женщин

012. Из перечисленных радионуклидов в настоящее время в организме людей, проживающих в зоне радиоактивного загрязнения, не встречается

а) йод

б) цезий

в) стронций

г) плутоний

д) радий

013. "Малыми" принято называть дозы

а) не вызывающие лучевой болезни

б) не вызывающие хромосомных повреждений

в) не вызывающие генных поломок

г) не вызывающие специфических изменений в отдельном организме, а вызывающие статически выявленные изменения в состоянии здоровья группы

д) меньшие, чем допустимые дозы облучения

014. После облучения мужских гонад наиболее характерными изменениями являются

а) нарушение половой импотенции

б) гипоспермия

в) водянка яичка

г) наследственные болезни у детей

д) снижение в крови тестостерона

015. Единица поглощенной дозы

а) Грей

б) Зиверт

в) Рентген

г) Кюри

д) Бэр

016. Лимфопения, выявленная у больного в течение первых суток, обусловлена

а) локальным внешним облучением конечности

б) поступлением внутрь радионуклидов

в) внешним облучением туловища в дозе менее 0. 5 Гр

г) внешним облучением туловища в дозе более 1 Гр

д) заболеванием, не связанным с облучением

017. Мероприятием, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности, является

а) производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла

б) производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла

в) не использовать флюорографию у женщин детородного возраста

г) перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу

018. Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае

а) при поглощенной дозе на плод более 0. 10 Гр

б) при поглощенной дозе на плод более 0. 50 Гр

в) при поглощенной дозе на плод более 1. 0 Гр

г) при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности

019. Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет

а) несколько десятков

б) несколько сотен

в) несколько тысяч

г) несколько миллионов

020. Опасность, которую может представлять больной после внешнего g-облучения для медицинского персонала

а) от тела больного исходит g-излучение

б) больной выделяет с мочой радионуклиды

в) никакую

021. Мероприятие по оказанию первичной помощи пострадавшему, находящемуся в тяжелом состоянии, - это

а) дезактивация кожи

б) прием радиопротектора

в) реанимационные мероприятия

г) гемосорбция

д) купирование рвоты

022. Степень тяжести лучевого поражения определяется

а) содержанием радионуклидов на месте облучения

б) количеством "горячих" частиц в легких

в) количеством радионуклидов в организме

г) степенью угнетения кроветворения

023. Инфекционные осложнения у больных острой лучевой болезнью вероятны при следующем уровне нейтрофилов в крови

а) менее 3 000 в мкл

б) менее 100 в мкл

в) менее нормы

г) менее 500 в мкл

024. Кровоточивость возникает при следующем содержании тромбоцитов в крови

а) менее 150 тыс в мкл

б) менее 100 тыс в мкл

в) менее 50 тыс в мкл

г) менее 40 тыс в мкл

д) менее 10 тыс в мкл

025. Число случаев хронической лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности и энергетики составляет

а) до 10 случаев в год

б) нисколько

в) менее 100 случаев в год

г) менее 1000 случаев в год

д) 20-30 случаев в год

026. Шахтеры урановых шахт получают наибольшую дозу

а) на костный мозг

б) на печень

в) на легкие

г) на желудок

д) на щитовидную железу

027. Предпочтительным донором костного мозга для лечения больного острой лучевой болезнью являются

а) родители больного

б) родные братья или сестры

в) дети больного

г) другие члены семьи

028. Первое место среди причин смерти ликвидаторов аварии на ЧАЭС занимают

а) сердечно-сосудистые заболевания

б) онкологические заболевания

в) травмы и отравления

029. Первое место среди причин смерти у населения, проживающего на загрязненной территории, занимают

а) сердечно-сосудистые заболевания

б) онкологические заболевания

в) травмы и отравления

030. Нижеперечисленные злокачественные новообразования, наиболее вероятные для лиц, подвергшихся облучению в результате аварии на ЧАЭС

а) рак желудка

б) рак легкого

в) лейкозы

г) рак щитовидной железы

д) рак молочной железы

031. Наибольший вклад в риск (вероятность) развития злокачественных новообразований у населения, проживающего на загрязненных территориях, вносят

а) сельскохозяйственные работы без средств индивидуальной защиты

б) употребление алкоголя

в) курение

г) употребление продуктов местного производства

д) пребывание в лесах в зоне радиационного контроля

032. Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано

а) при дозах облучения менее 3 Гр

б) больным, у которых не было первичной реакции

в) больным с легкой степенью болезни

г) больным, получившим летальные дозы облучения

033. Главный принцип выбора санатория для лечения ликвидаторов аварии и населения, проживающего в зонах аварии

а) направление в санатории, специализирующиеся на лечении лучевой патологии

б) направление на лечение в связи с имеющимися общесоматическими заболеваниями

в) не направлять в санаторий в летний период

г) не направлять в санаторий, если полученная доза превышает допустимые уровни

034. Особенности клинического лечения общесоматических заболеваний у человека, ранее подвергшегося облучению в малых дозах

а) никаких

б) утяжеление клинического лечения

в) большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию

г) переход острых форм в хронические

д) устойчивость к обычной терапии

**ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Тема: 1) ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Д | 002-Д | 003-А | 004-В | 005-Д | 006-Д | 007-Д |
| 008-Г | 009-В | 010-Г | 011-Д | 012-Б | 013-Г | 014-А |
| 015-Г | 016-Г | 017-В | 018-Д | 019-А | 020-В | 021-В |
| 022-Б | 023-Б | 024-А | 025-А | 026-А | 027-Д | 028-В |
| 029-Д | 030-Д | 031-В | 032-Д | 033-В | 034-Г | 035-В |
| 036-Д | 037-Г | 038-Д | 039-Д | 040-А | 041-Г | 042-А |
| 043-Б | 044-Д | 045-Б | 046-Б | 047-Г | 048-В | 049-В |
| 050-А | 051-Б | 052-В | 053-А | 054-Б | 055-А | 056-Б |
| 057-Б | 058-Г | 060-А | 061-Б | 062-В | 063-Г | 064-В |
| 065-В | 066-Б | 067-Г | 068-А | 069-В | 070-Б | 071-Г |
| 072-Г | 073-Г | 074-Г | 075-Г | 076-Д | 077-В | 078-А |
| 079-А | 080-Б |  |  |  |  |  |

**Тема: 2) ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Г | 002-Г | 003-Г | 004-А | 005-А | 006-Г | 007-Д |
| 008-Б | 009-Д | 010-Д | 011-А | 012-Г | 013-Г | 014-А |
| 015-А | 016-Б | 017-Г | 018-Б | 019-В | 020-Г | 021-В |
| 022-Б | 023-А | 024-В | 025-В | 026-В | 027-А | 028-Д |
| 029-В | 030-В | 031-Д | 032-А | 033-В | 034-Б | 035-Б |
| 036-А | 037-А | 038-Б | 039-А | 040-А | 041-Г | 042-А |
| 043-Б | 044-В | 045-В | 046-Г | 047-А | 048-Г | 049-В |
| 050-А | 051-Д | 052-Д | 053-А | 054-В | 055-Д | 056-Г |
| 057-Б | 058-Б | 059-А | 060-Д | 061-А | 062-В | 063-Б |
| 064-Б | 065-В | 066-В | 067-Б | 068-В | 069-А | 070-Б |
| 071-В | 072-А | 073-Б | 074-Б | 075-Б | 076-Б | 077-Б |
| 078-А | 079-А | 080-Б | 081-А | 082-Б | 083-В | 084-Б |
| 085-Г | 086-Б |  |  |  |  |  |

**Тема: 3) АНЕСТЕЗИЯ, ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАНИМАЦИЯ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-А | 002-Д | 003-Д | 005-Г | 006-В | 007-Д | 008-Г |
| 009-В | 010-Д | 011-Д | 012-Д | 013-Г | 014-В | 015-Б |
| 016-В | 017-Д | 018-Б | 019-В | 020-Б | 021-А | 022-В |
| 023-В | 024-А | 025-Б | 026-Б | 027-А | 028-В | 029-Д |
| 030-А | 031-Д | 032-Б | 033-Б | 034-Д | 035-А | 036-Д |
| 037-Д | 038-В | 039-Г | 040-Д | 041-А | 042-А | 043-А |
| 044-В | 045-А | 047-Г | 048-А | 049-Б | 050-А | 051-В |
| 052-Б | 053-Б | 054-А | 055-В | 056-А | 057-В | 058-Б |
| 059-Г | 060-Г | 061-В | 062-Д |  |  |  |

**Тема: 4) МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Б | 002-А | 003-Г | 004-Д | 005-Г | 006-А | 007-В |
| 008-В | 009-В | 010-Б | 011-Д | 012-Г | 013-А | 014-Б |
| 015-Д | 016-Б | 017-А | 018-Г | 019-Д | 020-Д | 021-Г |
| 022-Д | 023-Г | 024-Г | 025-В | 026-Д | 027-Г | 028-Д |
| 029-Д | 030-Д | 031-Г | 032-Д | 033-Г | 034-Д | 035-Д |
| 036-В | 037-В | 038-Д | 039-Г | 040-Д | 041-В | 042-Д |
| 043-В | 044-Г | 045-Г | 046-Д | 047-Г | 048-Г | 049-Г |
| 050-Г | 051-Г | 052-Д | 053-Д | 054-Д | 055-В | 056-Г |
| 057-В | 058-В | 059-Г | 060-Б | 061-Г | 062-Б | 063-Д |
| 064-В | 065-Б | 066-Г | 067-Г | 068-В | 069-Г | 070-Б |
| 071-В | 072-Б | 073-В | 074-Д | 075-В | 076-В | 077-Б |
| 078-Г | 079-Б | 080-Г | 081-А | 082-А | 083-А | 084-Г |

**Тема: 5) ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-В | 002-В | 003-Д | 004-В | 005-Б | 006-Г | 007-Д |
| 008-В | 009-Г | 010-Б | 011-Г | 012-В | 013-А | 014-Г |
| 015-Б | 016-В | 017-В | 018-А | 019-Д | 020-А | 021-Д |
| 022-Д | 023-Г | 024-А | 025-Д | 026-Д | 027-Б | 028-Г |
| 029-Д | 030-Б | 031-Д | 032-Д | 033-А | 034-Г | 035-Д |
| 036-Д | 037-Г | 038-В | 039-Д | 040-Г | 041-Д | 042-Г |
| 043-Г | 044-Г | 045-Д | 046-Д | 047-Д | 048-Д | 049-Д |
| 050-Д | 051-В | 052-Д | 053-А | 054-А | 055-Д | 056-Г |
| 057-Б | 058-Д | 059-А | 060-Г | 061-Б | 062-А | 063-Б |
| 064-А | 065-А | 066-Д | 067-Д | 068-А | 069-Д | 070-В |
| 071-А | 072-Д | 073-Б | 074-Б | 075-Г | 076-Д | 077-Б |
| 078-Г | 079-А | 080-Д | 081-Д | 082-Б | 083-А | 084-Д |
| 085-А | 086-А | 087-Г | 088-Д | 089-Д | 090-Д | 091-Г |
| 092-Д | 093-А | 094-Д | 095-Д | 096-Г | 097-А | 098-А |
| 099-Г | 100-Д | 101-В | 102-Д | 103-В | 104-Д | 105-Б |
| 106-В | 107-Г | 108-Б | 109-Д | 110-Б | 111-Д | 112-В |
| 113-В | 114-Д | 115-Д | 116-Д | 117-В | 118-Д | 119-Б |
| 120-Г | 121-Д | 122-Б | 123-Г | 124-Д | 125-А | 126-Г |
| 127-Г | 128-Г | 129-В | 130-А | 131-Д | 132-Д | 133-Д |
| 134-Д | 135-В | 136-Б | 137-В | 138-В | 139-Б | 140-А |
| 141-Д | 142-Г | 143-В | 144-Б | 145-А | 146-А | 147-Г |
| 148-Б | 149-Д | 150-Г | 151-А | 152-А | 153-Б | 154-Г |
| 155-Б | 156-Б | 157-Д | 158-В | 159-Д | 160-В | 161-Д |
| 162-Г | 163-Г | 164-В | 165-Д | 166-Г | 167-Б | 168-В |
| 169-Д | 170-Г | 171-А | 172-Б | 173-А | 174-А | 175-А |
| 176-А | 177-Г | 178-Б | 179-А | 180-Д | 181-Г | 182-Д |
| 183-А | 184-В | 185-Д | 186-А | 187-Б | 188-В | 189-Г |
| 190-А | 191-Д | 192-Д | 193-Д | 194-А | 195-А | 196-Б |
| 197-В | 198-А | 199-Д | 200-Д | 201-Д | 202-В | 203-Д |
| 204-А | 205-А | 206-Д | 207-Д | 208-Д | 209-Б | 210-Г |
| 211-Г | 212-В | 213-А | 214-А | 215-Г | 216-В | 217-Г |
| 218-Г | 219-В | 220-Г | 221-Д | 222-Б | 223-Б | 224-Б |
| 225-В | 226-В | 227-Д | 228-Г | 229-Б |  |  |

**Тема: 6) ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ТРАВМАТОЛОГИИ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-В | 002-В | 003-В | 004-В | 005-Г | 006-Б | 007-Д |
| 008-Г | 009-Д | 010-В | 011-Д | 012-Б | 013-В | 014-Г |
| 015-Г | 016-Г | 017-Г | 018-Г | 019-Г | 020-Д | 021-В |
| 022-Б | 023-Г | 024-Г | 025-Б | 026-Д | 027-В | 028-Г |
| 029-Г | 030-Б | 031-В | 032-Г | 033-Б | 034-Б | 035-Б |
| 036-Г | 037-Г | 038-А | 039-Д | 040-В | 041-В | 042-В |
| 043-В | 044-Б | 045-Б | 046-В | 047-В | 048-Б | 049-Г |
| 050-Г | 051-Д | 052-Г | 053-Г | 054-Г | 055-Б | 056-Д |
| 057-А | 058-Б | 059-Б | 060-Г | 061-Г | 062-Б | 063-В |
| 064-В | 065-Б | 066-Г | 067-Г | 068-Г | 069-Б | 070-Г |
| 071-Г | 072-А | 073-Д | 074-Б | 075-Б | 076-В | 077-В |
| 078-Г | 079-Г | 080-А | 081-Г | 082-Б | 083-Б | 084-Б |
| 085-Д | 086-Б | 087-Б | 088-Г | 089-Б | 090-Б | 091-Г |
| 092-А | 093-Г | 094-Б | 095-Д | 096-Д | 097-Г | 098-Б |
| 099-Б | 100-В | 101-Г | 102-Д | 103-В | 104-А | 105-А |
| 106-Б | 107-Б | 108-Д | 109-Д | 110-В | 111-Б | 112-В |
| 113-Д | 114-В | 115-А | 116-Г | 117-Б | 118-Г | 119-В |
| 120-Д | 121-А | 122-Д | 123-А | 124-Б | 125-Г | 126-Г |
| 127-В | 128-Г | 129-Б | 130-Б | 131-А | 132-В | 133-Д |
| 134-Б | 135-В | 136-В | 137-Б | 138-А | 139-В | 140-В |
| 141-А | 142-Г | 143-Г | 144-Б | 145-В | 146-А | 147-В |
| 148-Б | 149-Б | 150-Б | 151-Г | 152-Б | 153-Г | 154-Б |
| 155-В | 156-А | 157-Б | 158-В | 159-Б | 160-А | 161-В |
| 162-В | 163-Б | 164-А | 165-В | 166-Б | 167-Г | 168-В |
| 169-В | 170-Б | 171-Г | 172-В | 173-Д | 174-Б | 175-Д |
| 176-Б | 177-В | 178-В | 179-В | 180-Г | 181-Д | 182-Б |
| 183-Б | 184-Д | 185-Б | 186-В | 187-Д | 188-А | 189-Г |
| 190-А | 191-В | 192-Г | 193-В | 194-А | 195-В | 196-Д |
| 197-Б | 198-А | 199-Г | 200-Б | 201-А | 202-А | 203-Д |
| 204-А | 205-Б | 206-В | 207-Д | 208-А | 209-Г | 210-Б |
| 211-Д | 212-Г | 213-Д | 214-Д | 215-Г | 216-Г | 217-Д |
| 218-В | 219-Д | 220-В | 221-Д | 222-А | 223-Г | 224-А |
| 225-А | 226-Д | 227-Б | 228-Г | 229-Д | 230-Д | 231-Г |
| 232-Г | 233-Г | 234-А | 235-В | 236-Б | 237-В | 238-Б |
| 239-Б | 240-А | 241-Г | 242-А | 243-В | 244-Г | 245-Г |
| 246-А | 247-Д | 248-В | 249-Г | 250-В | 251-В | 252-А |
| 253-Д | 254-В | 255-В | 256-В | 257-В | 258-Б | 259-Б |
| 260-Б | 261-В | 262-В | 263-В | 264-В | 265-Б | 266-Д |
| 267-Б | 268-В | 269-В | 270-Г | 271-Г | 272-Г | 273-А |
| 274-А | 275-Г | 276-Б | 277-Г | 278-А | 279-А | 280-Г |
| 281-Г | 282-Б | 283-Д | 284-Б | 285-В | 286-Д | 287-В |
| 288-Б | 289-Д | 290-В | 291-Б | 292-Г | 293-Б | 294-А |
| 295-Б | 296-А | 298-А | 299-В | 300-Б | 301-Б | 302-В |
| 303-Г | 304-Г | 305-Г | 306-Б | 307-Б | 308-А | 309-Б |
| 310-Г | 311-Д | 312-Б | 313-Б | 314-Г | 315-А | 316-Д |
| 317-В | 318-В | 319-Б | 320-Б | 321-Г | 322-Б | 323-Д |
| 324-В | 325-Б | 326-В | 327-А | 328-Б | 329-Г | 330-Г |
| 331-Д | 332-В | 333-Б | 334-В | 335-Г | 336-Г | 337-А |
| 338-Б | 339-Б | 340-Б | 341-Г | 342-А | 343-В | 344-Г |
| 345-Б | 346-Б | 347-А | 348-Б | 349-Д | 350-В | 351-Б |
| 352-В | 353-Г | 354-Г | 355-А | 356-А | 358-А | 359-Г |
| 360-Г | 361-В | 362-А | 363-В | 364-Д | 365-Г | 366-Г |
| 367-А | 368-Г | 369-Г | 370-В | 371-Г | 372-Б | 373-Г |
| 374-Г | 375-Б | 376-Б | 377-А | 378-Г | 379-Г | 380-Д |
| 381-Д | 382-Б | 383-Г | 384-Б | 386-Д | 387-В | 388-В |
| 389-А | 390-Б | 391-В | 392-А | 393-В | 394-Д | 395-Д |
| 396-Д | 397-Г | 398-А | 399-Д | 400-В | 401-Д | 402-А |
| 403-Д | 404-А | 405-Г | 406-Д | 407-Г | 408-В | 409-А |
| 410-Б | 411-Д | 412-Д | 413-Г | 414-В | 415-Б | 416-В |
| 417-Б | 418-Д | 419-Б | 420-Г | 421-Г | 422-В | 423-Б |
| 424-Д | 425-А | 426-В | 427-Д | 428-В | 429-А | 430-Д |
| 431-Д | 432-Г | 433-Д | 434-Д | 435-Г | 436-А | 437-Б |
| 438-В | 439-А | 440-Д | 441-Б | 442-В | 443-Д | 444-Д |
| 445-Г | 446-А | 447-Б | 448-В | 449-А | 450-Б | 451-Г |
| 452-Г | 453-Г | 454-В | 455-Г | 456-В | 457-Д | 458-Д |
| 459-Г | 460-В | 461-В | 462-Д | 463-Д | 464-Д | 465-А |
| 466-Г | 467-А | 468-А | 469-Д | 470-Г | 471-В | 472-Г |
| 473-Д | 474-В | 475-А | 476-Г | 477-Б | 478-Д | 479-Д |
| 480-Г | 481-В | 482-Д | 483-Д | 484-В | 485-В | 486-Г |
| 487-В | 488-Г | 489-А | 490-Д | 491-А | 492-Г | 493-В |
| 494-Д | 495-В | 496-Г | 497-Г | 498-Г | 499-В | 500-Г |
| 501-В | 502-Д | 503-В | 504-А | 505-Г | 506-Д | 507-Б |
| 508-Д | 509-Д | 510-В | 511-Д | 512-А | 513-Д | 515-Б |
| 516-Д | 517-Д | 518-Г | 519-А | 520-А | 521-В | 522-Б |
| 523-В | 524-Г | 525-Б | 526-В | 527-Г | 528-Г | 529-Д |
| 530-Г | 531-Д | 532-Д | 533-Б | 534-Г | 535-Г | 536-Г |
| 537-Б | 538-Г | 539-Г | 540-Д | 541-Г | 542-В | 543-А |
| 544-Г | 545-Д | 546-Д | 547-А | 548-Б | 549-Б | 550-Б |
| 551-Г | 552-В | 553-Г | 554-В | 555-Б | 556-Д | 557-В |
| 558-Б | 559-Б | 560-А | 561-Б | 562-А |  |  |

**Тема: 7) ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЭЛЕКТРОТРАВМА**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Б | 002-В | 003-В | 004-Г | 005-В | 006-Г | 007-Б |
| 008-Г | 009-Г | 010-Б | 011-Д | 012-Г | 013-Б | 014-А |
| 015-Д | 016-Д | 017-Д | 018-В | 019-Б | 020-Д | 021-Г |
| 022-Д | 023-Г | 024-Д | 025-А | 026-Д | 027-Г | 028-Б |
| 029-А | 030-В | 031-Д | 032-Б | 033-А | 034-Д | 035-Д |
| 036-Д | 037-Д | 038-А | 039-Д | 040-Г | 041-В | 042-Д |
| 043-Б | 044-Д | 045-Б | 046-Г | 047-Д | 048-Б | 049-Б |
| 050-Б | 051-Б | 052-Г | 053-В | 054-А | 055-В | 056-В |
| 057-А | 058-В | 059-В | 060-В | 061-Д | 062-Д | 063-В |
| 064-Д | 065-Б | 066-Д | 067-Д | 068-А | 069-Г | 070-Д |
| 071-Д | 072-Б | 073-Г | 074-В | 075-Б | 076-Б | 077-Г |
| 078-Г | 079-В | 080-Д | 081-Д | 082-В | 083-В | 084-Д |
| 085-Д | 086-Д | 087-Г | 088-Г | 089-Г | 090-А | 091-Д |
| 092-Г | 093-Д | 094-Д | 095-Д | 096-В | 097-А | 098-Б |
| 099-В | 100-Г | 101-В | 102-В | 103-А | 104-Г |  |

**Тема: 8) ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Б | 002-Б | 003-Б | 004-А | 005-А | 006-В | 007-В |
| 008-Г | 009-В | 010-Б | 011-Б | 012-В | 013-В | 014-А |
| 015-А | 016-Г | 017-Г | 018-А | 019-В | 020-А | 021-А |
| 022-Д | 023-Д | 024-Б | 025-А | 026-В | 027-А | 028-Б |
| 029-А | 030-Г | 031-Б | 032-Г | 033-А | 034-Г | 035-Г |
| 036-А | 037-Б | 038-Г | 039-В | 040-Б | 041-Г | 042-Б |
| 043-Г | 044-Г | 045-Д | 046-Б | 047-А | 048-Г | 049-Б |
| 050-В | 051-В | 052-Г |  |  |  |  |

**Тема: 9) ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Д | 002-А | 003-А | 004-Д | 005-Д | 006-Д | 007-Г |
| 008-А | 009-Д | 010-Д | 011-Д | 012-Д | 013-Д | 014-Б |
| 015-Д | 016-Д | 017-Д | 018-Д | 019-Д | 020-Д | 021-Д |
| 022-Д | 023-Д | 024-Д | 025-Д | 026-Д | 027-Д | 028-Д |
| 029-В | 030-В | 031-В | 032-Д | 033-Д | 034-Г | 035-Д |
| 036-Д | 037-Д | 038-Д | 039-Д | 040-В | 041-А | 042-А |
| 043-Д | 044-Д | 045-А | 046-Г | 047-Д | 048-Д | 049-Д |
| 050-Д | 051-Д | 052-Д | 053-Д | 054-Д | 055-А | 056-Г |
| 057-Д | 058-Б | 059-В | 060-Д | 061-Б | 062-А | 063-В |
| 064-Д | 065-В | 066-Г | 067-А | 068-Г | 069-Д | 070-В |
| 071-Г | 072-Д | 073-В | 074-А | 075-В | 076-Д | 077-А |
| 078-Д | 079-Б | 080-А | 081-Д | 082-Г | 083-А | 084-Г |
| 085-В | 086-Б | 087-В | 088-Г |  |  |  |

**Тема: 10) КОСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-В | 002-Б | 003-В | 004-В | 005-В | 006-Б | 007-Б |
| 008-Б | 009-В | 010-Б | 011-Г | 012-В | 013-Г | 014-Г |
| 015-Д | 016-Г | 017-В | 018-Б | 019-Д | 020-В | 021-Д |
| 022-А | 023-А | 024-Б | 025-В | 026-Б | 027-В | 028-В |
| 029-Г | 030-Б | 031-Д | 032-А | 033-Д | 034-А | 035-Д |
| 036-А | 037-А | 038-А | 039-Д | 040-Д | 041-Б | 042-В |
| 043-А | 044-А | 045-А | 046-Д | 047-Б | 048-Б | 049-Г |
| 050-А | 051-Б | 052-А | 053-В | 054-Б | 055-Г | 056-Г |
| 057-Д | 058-Д | 059-А | 060-Б | 061-Д | 062-В | 063-Б |
| 064-В | 065-Г | 066-А | 067-Б | 068-В | 069-Б | 070-Д |
| 071-Д | 072-Г | 073-А | 074-В | 075-Г | 076-А | 077-Б |
| 078-Д | 079-В | 080-Д | 081-Д | 082-Г | 083-Г | 084-В |
| 085-В | 086-В | 087-В | 088-В | 089-Г | 090-В | 091-Г |
| 092-Г | 093-А | 094-Д | 095-Б | 096-А | 097-Б | 098-Б |
| 099-Б | 100-Б | 101-В | 102-А | 103-Б | 104-Б | 105-А |
| 106-В | 107-В | 108-В | 109-Г | 110-Д | 111-Д | 112-В |
| 113-В | 114-Д | 115-А | 116-А | 117-Г | 118-А | 119-В |
| 120-А | 121-В | 122-Б |  |  |  |  |

**Тема: 11) ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕСТРОЙКА КОСТНОЙ ТКАНИ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-В | 002-Д | 003-Г | 004-А | 005-А | 006-Б | 007-Б |
| 008-В | 009-Б | 010-Б | 011-А | 012-А | 013-А | 014-В |
| 015-А | 016-В | 017-Г | 018-А | 019-А | 020-Б | 021-В |
| 022-В | 023-Б | 024-Д | 025-Д | 026-Б | 027-Г | 028-Б |
| 029-В | 030-А | 031-А | 032-В | 033-Б | 034-А | 035-В |
| 036-Б | 037-А | 038-В | 039-Б | 040-В | 041-Б | 042-В |
| 043-Г | 044-Г | 045-Г | 046-А | 047-В | 048-В | 049-В |
| 050-Д | 051-А | 052-Д | 053-Г | 054-А | 055-Г | 056-В |
| 057-А | 058-А | 059-А | 060-В | 061-А | 062-Б | 063-Д |
| 064-А | 065-А | 066-Г | 067-А | 068-Д | 069-А | 070-В |
| 071-Д | 072-В | 073-Д | 074-В | 075-В | 076-Б | 077-А |
| 078-А | 079-Б | 080-В | 081-Г | 082-В | 083-Б | 084-А |
| 085-А | 086-В | 087-А | 088-А | 089-Г | 090-Д | 091-Б |
| 092-Б | 093-Г | 094-А | 095-Б | 096-В | 097-Д | 098-Г |
| 099-Б | 100-Г | 101-А | 102-А | 103-Г | 104-Б | 105-В |
| 106-Б | 107-Б | 108-Б | 109-Б | 110-Б | 111-В | 112-А |
| 113-Г | 114-В | 115-Г | 116-Д | 117-Д |  |  |

**Тема: 12) ОСТЕОСИНТЕЗ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Д | 002-Г | 003-Д | 004-Д | 005-Г | 006-Д | 007-Д |
| 008-Д | 009-Д | 010-Д | 011-Д | 012-Г | 013-А | 014-Д |
| 015-В | 016-Г | 017-Д | 018-Д | 019-Д | 020-В | 021-Д |
| 022-Д | 023-А | 024-Д | 025-А | 026-В | 027-Д | 028-Г |
| 029-Г | 030-В | 031-Д | 032-Д | 033-В | 034-Б | 035-В |
| 036-Д | 037-В | 038-Д | 039-Г | 040-Д | 041-Д | 042-Д |
| 043-В | 044-Г | 045-А | 046-В | 047-Д | 048-Д | 049-Г |
| 050-Г | 051-Д | 052-Д | 053-А | 054-А | 055-Д | 056-Б |
| 057-В | 058-В | 059-В | 060-Г | 061-Д | 062-Д | 063-А |
| 064-В | 065-А | 066-А | 067-Д | 068-А | 069-В | 070-Д |
| 071-Б | 072-Д | 073-Б | 074-А | 075-А | 076-А | 077-Г |
| 078-В | 079-А | 080-А | 081-В | 082-Д | 083-В | 084-А |
| 085-Д | 086-А | 087-А | 088-Д | 089-Г | 090-А | 091-А |
| 092-Д | 093-Б | 094-А | 095-А | 096-Г | 097-В | 098-Б |
| 099-В | 100-Г | 101-Б | 102-В | 103-А | 104-Д | 105-А |
| 106-Г | 107-Д | 108-Б | 109-Д | 110-А | 111-А | 112-Д |
| 113-А | 114-Д | 115-Б | 116-Г | 117-Д | 118-В | 119-В |
| 120-А | 121-В | 122-Г | 123-А | 124-В |  |  |

**Тема: 13) КОСТНАЯ И КОЖНАЯ ПЛАСТИКА В ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Г | 002-В | 003-А | 004-Д | 005-В | 006-А | 007-В |
| 008-Б | 009-Б | 010-В | 011-А | 012-Г | 013-Б | 014-В |
| 015-Б | 016-А | 017-Д | 018-Д | 019-Д | 020-Д | 021-В |
| 022-В | 023-А | 024-Г | 025-Д | 026-В | 027-Б | 028-Б |
| 029-А | 030-Г | 031-В | 032-Г | 033-Д | 034-В | 035-Д |
| 036-Б | 037-Г | 038-А |  |  |  |  |

**Тема: 14) РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ВОПРОСЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Г | 002-Д | 003-Г | 004-Д | 005-Д | 006-А | 007-Д |
| 008-Г | 009-Д | 010-Д | 011-Г | 012-А | 013-В | 014-В |
| 015-Г | 016-Д | 017-Д | 018-Г | 019-Д | 020-Г | 021-Б |
| 022-Д | 023-Д | 024-Д | 025-Д | 026-А | 027-В | 028-А |
| 029-Д | 030-Д | 031-Д | 032-Д | 033-В | 034-В | 035-Д |
| 036-В | 037-Д | 038-В | 039-Д | 040-Д | 041-Б | 042-Д |
| 043-А | 044-Д | 045-Д | 046-Д | 047-Д | 048-Д | 049-Г |
| 050-Д | 051-Д | 052-Б | 053-А | 054-В | 055-Б | 056-В |
| 057-А | 058-Д | 059-Г | 060-В | 061-А | 062-В | 063-А |
| 064-А | 065-В | 066-А | 067-В | 068-Д | 069-Б | 070-Г |
| 071-Б | 072-Д | 073-Б | 074-В | 075-В | 076-В | 077-В |
| 078-Г | 079-В | 080-Д | 081-В | 082-Б | 083-В | 084-А |
| 085-В | 086-Д | 087-В | 088-Б | 089-Г | 090-Г | 091-В |
| 092-А | 093-Б | 094-А | 095-Б | 097-А | 099-А | 100-Б |
| 101-В | 102-Б | 103-Б | 104-Д | 105-Д | 106-В | 107-Д |
| 108-Д | 109-Д | 110-В | 111-В | 112-Д |  |  |

**Тема: 15) ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-А | 002-Б | 003-Б | 004-Д | 005-Д | 006-Д | 007-А |
| 008-Б | 009-Б | 010-В | 011-Д | 012-Г | 013-Г | 014-Д |
| 015-Д | 016-В | 017-Г | 018-А | 019-Д | 020-В | 021-Д |
| 022-Г | 023-А | 024-А | 025-А | 026-А | 027-Д | 028-Д |
| 029-А | 030-А | 031-Д | 032-А | 033-Д | 034-Д | 035-В |
| 036-Д | 037-Д | 038-Г | 039-А | 040-А | 041-В | 042-А |
| 043-Б | 044-А | 045-Б | 046-А | 047-Д | 048-А | 049-А |
| 050-Г | 051-В | 052-А | 053-А | 054-А | 055-В | 056-А |
| 057-Д | 058-А | 059-Б | 060-Д | 061-А | 062-Г | 063-А |
| 064-А | 065-А | 066-А | 067-А | 068-Б | 069-А | 070-Д |
| 071-А | 072-А | 073-А | 074-Д | 075-Б | 076-В | 077-А |
| 078-А | 079-А | 080-А | 081-А | 082-А | 083-Д | 084-Г |
| 085-Д | 086-Б | 087-Д | 088-А | 089-А | 090-А | 091-А |
| 092-А | 093-А | 094-А | 095-А | 096-А | 097-А | 098-А |
| 099-А | 100-А | 101-Г | 102-Б | 103-А | 104-А | 105-А |
| 106-А | 107-А | 108-А | 109-Б | 110-А |  |  |

**Тема: 16) КОМБИНИРОВАННЫЕ РАДИАЦИОННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Б | 002-Г | 003-Б | 004-В | 005-Б | 006-Д | 007-В |
| 008-В | 009-Б | 010-Д | 011-В | 012-Д | 013-В | 014-А |
| 015-Д | 016-В | 017-Д | 018-Д | 019-Д | 020-Г | 021-А |
| 022-Г | 023-В | 024-Г | 025-Д | 026-Д | 027-Д | 028-Б |
| 029-Г | 030-Д | 031-В | 032-В | 033-Г | 034-Б | 035-В |
| 036-В | 037-Д | 038-Г | 039-Б | 040-В | 041-Г | 042-Г |
| 043-В | 044-Г | 045-Г | 046-В | 047-Г | 048-В | 049-Г |

**Тема: 17) ОСНОВЫ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Б | 002-А | 003-В | 004-А | 005-Б | 006-Г | 007-А |
| 008-Г | 009-В | 010-Б | 011-Б | 012-Б | 013-Г | 014-Б |
| 015-А | 016-Г | 017-А | 018-Б | 019-Б | 020-В | 021-В |
| 022-Г | 023-Г | 024-Г | 025-Б | 026-В | 027-Б | 028-В |
| 029-А | 030-Г | 031-В | 032-В | 033-Б | 034-А |  |