КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

001. Мягкие покровы черепа состоят

а) из 3 слоев

б) из 5 слоев

в) из 6 слоев

г) из 8 слоев

002. 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

003. Основная артерия, снабжающая твердую мозговую оболочку

а) передняя мозговая

б) средняя мозговая

в) задняя оболочечная

г) средняя оболочечная

д) передняя оболочечная

004. Средняя оболочечная артерия отходит

а) от внутренней сонной артерии

б) от позвоночной артерии

в) от наружной сонной артерии

г) от верхней челюстной артерии

005. Двигательная иннервация мышц лица осуществляется

1) лицевым нервом

2) тройничным нервом

3) подъязычным нервом

4) добавочным нервом

а) верно 1, 2

б) верно 2, 3

в) верно 3, 4

г) верно 1, 3

д) верно 2, 4

006. Мимические мышцы лица иннервируют

а) тройничный нерв

б) лицевой нерв

в) добавочный нерв

г) блуждающий нерв

007. На направления линий переломов основания черепа не влияют

а) швы между костями

б) отверстия для сосудов и нервов

в) степень плотности костей

008. 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

009. 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

010. 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

011. 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

012. Шейное нервное сплетение формируется чаще всего

а) из С2-СЗ

б) из СЗ-С4

в) из С2-С4

г) из С4-С5

д) из С1-С4

013. В состав основного сосудисто-нервного пучка шеи входят

а) внутренняя сонная артерия, наружная яремная вена, блуждаю щий нерв

б) внутренняя сонная артерия, наружная яремная вена, диафраг мальный 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

014. В состав сосудисто-нервного пучка шеи входят следующие нервы

а) блуждающий нерв

б) нисходящая ветвь подъязычного нерва

в) промежуточный нерв

г) пограничный симпатический ствол

д)правильно а) и б)

015. Футляр для сосудисто-нервного пучка шеи образует в основном

а) поверхностная фасция

б) глубокая (предпозвоночная) фасция

в) собственная фасция

г) срединная (внутренностная) фасция

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. Типичным уровнем перевязки наружной сонной артерии является

а) сразу в области бифуркации общей сонной артерии

б) выше отхождения язычной артерии

в)ниже отхождения лицевой артерии

г) ниже отхождения язычной артерии

019. 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

020. 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

021. 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

022. Гиперемия лица при проведении ваго-симпатической блокады объясняется

а) блокадой блуждающего нерва

б) усилением кровотока

в) блокадой симпатического ствола

г) блокадой нисходящей ветви подъязычного нерва

д) правильно а) и б)

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

а) крикотомию

б) трахеотомию

в) коникотомию

024 Коникотомию проводят на уровне

а) ниже подъязычной кости

б) между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом

в) между перстневидным и щитовидным хрящами

025. 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

026. Пункцию подключичной вены осуществляют

а) из подключичного доступа

б) из надключичного доступа

в) из вышеперечисленных доступов

027. 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

028. Капсулу плечевого сустава укрепляют

а) одна связка

б) две связки

в) три связки

г) четыре связки

029. Капсулу плечевого состава укрепляют

а) плечевая мышца

б) надостная мышца

в) подостная мышца

г) подлопаточная мышца

д) дельтовидная мышца

030. Подмышечная впадина соединяется с подлопаточной областью посредством

а) четырехстороннего отверстия

б) трехстороннего отверстия

в) четырех- и трехстороннего отверстия

031. С клетчаткой подмышечной впадины сообщается

1) переднее глубокое клетчаточное пространство

2) надостное

3) подостное

4) передняя предлопаточная щель

5) задняя предлопаточная щель

а) верно 1, 2

б) верно 2, 3

в) верно 3, 4

г) верно 4, 5

д) верно 1, 5

032. 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

033. Через трехстороннее отверстие выходит

а) кожно-мышечный нерв

б) глубокая артерия плеча

в) окружающая артерия лопатки

г) подмышечный нерв

д) все вышеперечисленное

034. 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

035. 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

036. К длинным нервам плечевого сплетения относят

а) кожно-мышечный, лучевой нервы

б) локтевой, срединный нервы

в) кожные нервы плеча и предплечья

г) все перечисленные

037. 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

038. 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

039. Лучевой нерв отходит от пучка плечевого сплетения

а) заднего

б) бокового

в) медиального

г) заднего и бокового

040. Локтевой нерв отходит от пучка плечевого сплетения

а) медиального

б) заднего

в) бокового

041. Двуглавую мышцу плеча иннервирует

а) срединный нерв

б) локтевой нерв

в) лучевой нерв

г) подмышечный нерв

д) кожно-мышечный нерв

042. Трехглавая мышца плеча иннервируется

а) срединным нервом

б) локтевым нервом

в) лучевым нервом

г) подмышечным нервом

д) кожно-мышечным нервом

043 Деление лучевого нерва на поверхностную и глубокую ветви происходит на уровне

а) наружного надмыщелка плечевой кости

б) линии сустава

в) правильно и то, и другое

г) правильного ответа нет

044. При гиперабдукционном синдроме (отведение рук высоко вверх), именуемом также синдромом малой грудной мышцы, исчезновение пульса на лучевой артерии обусловлено

а) раздражением симпатических волокон подкрыльцовой артерии

б) перегибом подкрыльцовой артерии в области сухожилия малой грудной мышцы

в) и тем, и другим

г) ни тем, и ни другим

045. При отведении плеча к горизонтальному уровню или выше его отмечается дестабилизация действия некоторых мышц области плечевого сустава, что способствует вывиху в нем. В этом участвуют

1) большая грудная мышца

2) малая грудная мышца

3) надостная мышца

4) большая круглая мышца

5) подлопаточная мышца

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 4, 5

в) верно 2, 3, 4

г) верно 3, 4, 5

д) верно 1, 3, 4

046. 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

047. 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

048. При синдроме передней лестничной мышцы основной жалобой больных являются боли, имеющие типичное распространение от шеи или надплечья по ульнарной поверхности руки.

Зона распространения этих болей обусловлена

а) сдавлением подключичной артерии в межлестничном промежутке в пределах острого угла между лестничной мышцей и первым ребром

б) сдавлением локтевого нерва

в) сдавлением кожно-мышечного нерва

г) сдавлением первичных нервных стволов плечевого сплетения, формирующихся из С7-С8

049. 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

050. 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

051. 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

052. При скоплении жидкости в плечевом суставе пункция его наиболее рациональна

а) с передней стороны сустава

б) с задней стороны сустава

в) с верхней стороны сустава

г) со стороны медиальной части сустава

053. Локтевой сустав имеет

а) два сочленения

б) три сочленения

в) четыре сочленения

г) пять сочленений

054. 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

055. На ладонной поверхности предплечья выделяют

а) 2 слоя мышц

б) 3 слоя мышц

в) 4 слоя мышц

г) 5 слоев мышц

056. 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

057. 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

058. 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

059. На тыльной поверхности предплечья выделяют

а) 2 канала

б) 4 канала

в) 5 каналов

г) 6 каналов

д) 8 каналов

060. В каналах тыльной поверхности предплечья лежат

а) четыре синовиальные влагалища

б) шесть синовиальных влагалищ

в) восемь синовиальных влагалищ

г) одиннадцать синовиальных влагалищ

061. Глубокое пространство Пирогова

а) переходит на кисть на уровне лучезапястного сустава

б) не переходит на кисть

в) переходит на кисть на уровне оснований пястных костей

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

062. При экссудате в локтевом суставе выпячивание его сумки отмечается по бокам локтевого отростка и сухожилия трехглавой мышцы.

Участки выпячивания, в которых капсула сустава покрыта только фасцией и кожей, располагаются

а) в области локтевого отростка

б) в участке между локтевым отростком, сухожилием трехглавой мышцы и латеральной группой мышц предплечья

в) и то, и другое

г) ни то, ни другое

063. Пункцию локтевого сустава рационально производить после сгибания локтя до прямого угла

а) в задне-наружной поверхности сустава

б) в задне-внутренней поверхности сустава

в) со стороны задней поверхности сустава

г) в передне-наружной поверхности сустава

064. Пункцию локтевого сустава чаще всего осуществляют

а) между локтевым отростком и плечелучевой мышцей

б) между краем трехглавой мышцы и локтевым сгибателем кисти

в) между локтевым отростком и внутренним мыщелком

065. При выполнении проводниковой блокады срединного нерва в области кожной складки лучезапястного сустава выключается чувствительная иннервация

а) I, II, III пальцев и радиального края IV пальца

б) IV пальца и ульнарного края IV пальца

в) всех пальцев кисти

066. Дренирование пространства Пирогова осуществляется из доступов

а) лучевого

б) локтевого

в) лучевого и локтевого

г) строго между проекциями лучевой и локтевой костей

067. 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

068. Срединное фасциальное пространство ладони имеет условные стенки, среди которых дно составляют III и IV пястные кисти и межкостные мышцы, покрытые глубокой фасцией ладони.

Крышей срединного пространства является ладонный апоневроз. С наружной и внутренней сторон его границами являются соответственно латеральные и медиальные перегородки на границе возвышений мышц, I и V пальцев.

Глубокая артериальная дуга и глубокая ветвь локтевого нерва располагается

а) в дне срединного фасциального пространства ладони

б) в крыше срединного фасциального пространства ладони

в) в латеральной мышечной перегородке

г) в медиальной мышечной перегородке

069. Поверхностная ладонная артериальная дуга располагается под ладонным апоневрозом в пределах

а) лучевого фасциального пространства

б) срединного фасциального пространства

в) локтевого фасциального пространства

070. Лимфатический сосуд, собирающий лимфу от II-III пальцев кисти по ходу подкожной вены проходит дельтовидно-пекторальную борозду и вместе с веной в области подключичной ямки проникает в подмышечную ямку, где расположена

а) латеральная подмышечная группа лимфатических узлов

б) медиальная подмышечная группа лимфатических узлов

в) центральная подмышечная группа лимфатических узлов

г) верхняя подмышечная или подключичная группа лимфатически узлов

071. Пункция лучезапястного сустава производится

а) с тыльно-радиальной поверхности кисти

б) с тыльной поверхности кисти

в) с тыльно-ульнарной поверхности кисти

г) с ладонной поверхности кисти

072. При проводниковой блокаде локтевого нерва кнаружи от гороховидной кости выключается чувствительная иннервация

а) I-III пальцев

б) I-V пальцев

b) V пальца и ульнарного края IV пальца

073. В грудной клетке полных межреберных промежутков

а) четыре

б) шесть

в) восемь

г) десять

074. Магистральный сосуд, лежащий на куполе плевры

а) подключичная вена

б) подключичная артерия

в) нижняя щитовидная артерия

г) общая сонная артерия

075. Блуждающий нерв вызывает

а) учащение сердечных сокращений и усиление систолы

б) учащение сердечных сокращений и ослабление систолы

в) урежение частоты сердечных сокращений и ослабление систолы

г) урежение частоты сердечных сокращений и усиление систолы

076. При проведении паравертерабельной блокады выключается

а) передний корешок

б) задний корешок

в) спинно-мозговой нерв

г) правильно а) и б)

077. При пункции перикарда наиболее рациональным способом является

а) по Шарпу

б) по Пирогову

в) по Шапошникову

г) по Ларрею

д) по Марфану

078. Появление венозного застоя в области головы, шеи и верхних конечностей у больного прикорневым раком правого легкого обусловлено

а) сдавлением правой легочной артерии

б) прорастанием опухоли в непарную вену

в) сдавлением верхней легочной вены справа

г) сдавлением верхней полой вены

079. 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

080. 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

081. Спинной мозг заканчивается на уровне

а) 1 поясничного позвонка

б) 2 поясничного позвонка

в) 3 поясничного позвонка

г) 4 поясничного позвонка

082. Поясничное нервное сплетение формируют спинно-мозговые нервы

а) Д12-Л4

б) Д12-Л5

в) Л1-Л4

г) Л1-Л5

083. Крестцовое нервное сплетение формирует спинно-мозговые нервы

а) Л1-Л5

б) С1-С5

в) ЛЗ-С5

г) Л4-СЗ

д) Л4-С5

084. К параличу диафрагмы приводит компрессия спинного мозга на уровне

а) С1-С2 позвонка

б) СЗ-С4 позвонка

в) С6-С8 позвонка

г) Т1-Т2 позвонка

д) Т7-Т8 позвонка

085. 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

086. Большое и малое седалищные отверстия формируются за счет

а) крестцово-подвздошных связок

б) лобкового симфиза

в) крестцово-бугровой и крестцово-остной связки

087. Через большое седалищное отверстие проходит, осуществляя вр; щение бедра кнаружи

а) подвздошно-поясничная мышца

б) грушевидная мышца

в) большая ягодичная мышца

г) малая поясничная мышца

088. В ягодичной области имеется

а) 2 слоя мышц

б) 3 слоя мышц

в) 4 слоя мышц

г) 5 слоев мышц

089. Верхняя ягодичная артерия отходит

а) от наружной подвздошной

б) от запирательной

в) от внутренней подвздошной

г) от общей подвздошной

090. Седалищный нерв покидает полость таза через

а) надгрушевидное отверстие

б) подгрушевидное отверстие

в) запирательное отверстие

091. 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

092. 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

093. Капсулу тазобедренного сустава укрепляют

а) 2 связки

б) 3 связки

в) 4 связки

г) 5 связок

094. 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

095. 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

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

а) спереди

б) кнаружи

в) кнутри

г) кзади

097. Паховый лимфатический узел Пирогова располагается в области

а) устья большой подкожной вены бедра

б) проекции бедренной артерии

в) правильного ответа нет

098. Точка вкола иглы для блокады седалищного нерва определяете 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

099. 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

100. 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

101. 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) и той, и другой

г) ни той, и ни другой

102. Основными сосудами и нервами подколенной ямки являются

а) бедренная артерия, большеберцовый и малоберцовый нерв

б) подколенная вена, большеберцовый нерв, подколенная артерия

в) большеберцовый и малоберцовый нервы, подколенная вена

г) подколенная артерия, подколенная вена, большеберцовый и малоберцовый нервы

103. Малоберцовая артерия отходит

а) от передней большеберцовой

б) от задней большеберцовой

в) от средней артерии коленного сустава

г) от подколенной

104. 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

105. Непосредственно у шейки малоберцовой кости расположен

а) большеберцовый нерв

б) малоберцовый нерв

в) большеберцовый и малоберцовый

г) бедренный нерв

д) седалищный нерв

106. 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

107. Под апоневрозом подошвы располагаются

а) 2 клетчаточных пространства

б) 3 клетчаточных пространства

в) 4 клетчаточных пространства

г) 5 клетчаточных пространства

108. Суставная капсула голеностопного сустава лишена укрепляющих связок

а) латерально и сзади

б) спереди и сзади

в) медиально и сзади

109. 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

110. 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

111. Катетеризация периферических лимфатических сосудов выполняется с целью

а) введения лекарственных препаратов

б) проведения лимфосорбции

в) рентгенографического исследования

112. Катетеризация периферических лимфатических сосудов нижних конечностей (стопа, голень) выполняется с целью

а) введения лекарственных препаратов

б) выполнения лимфосорбции

в) и с той, и с другой целью

г) ни с той, и ни с другой целью

113. 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

114. Опорными точками стопы, несущими на себе тяжесть тела при ходьбе, являются

а) пяточная кость

б) таранная кость

в) головки плюсневых костей

г) головки плюсневых костей и пяточная кость в) ладьевидная и клиновидные кости

115. Тяжесть туловища при ходьбе и стоянии переносится

а) вперед на головки плюсневых костей и назад - на пяточную кость

б) на пальцы стопы

в) только на пяточную кость

г) только на головки плюсневых

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

001. 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

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. 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

004. Суммарная длина верхней конечности измеряется от акроминального отростка

а) до середины проекции головки плеча

б) до наружного мыщелка

в) до вершины пятого пальца

г) до вершины третьего пальца кисти

005. 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 вершины наружной лодыжки

г) до пяточного бугра

006. 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

007. 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

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

Ее определяют все перечисленные образования, кроме

а) точки верхней подвздошной кости

б) точки седалищного бугра

в) точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135°, которая располагается выше этой линии

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

009. 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 передней верхней остью подвздошной кости и получают равнобедренный треугольник

г) соединяют вершину большого вертела с задней верхней остью подвздошной кости и получают равнобедренный треугольник

010. 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

011. 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°

012. 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

013. 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

014. 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

015. 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

016. Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать

а) как анкилоз

б) как контрактура

в) как ригидность

г) как патологическая подвижность

д) все правильно

017. 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

018. 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

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

а) сгибания- 120°

б) ротации внутренней - 90°

в) приведение - 30°

г) разгибания - 15°

д) отведения - 70°

020. 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°

021. 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°

022. 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

023. При паралитической деформации коленного сустава не бывает

а) сгибательной контрактуры голени

б) Х-образного искривления сустава вследствие подвывиха голени назад

в) рекурвации коленного сустава из-за паралича мышц сгибателей

г) сгибательных контрактур тазобедренного и голеностопного суставов

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

024. 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

025. 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

026. 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

027. в ортопедии и травматологии получили распространение все перечисленные рентгенографические методы исследования, исключая

а) рентгенографию, рентгеноскопию

б) томографию

в) контрастную рентгенографию

г) магнитно-полюсную контрастную рентгенографию

д) артроскопию

028. 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

029. 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

030. 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

031. 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

032. 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

033. 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)

034. 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

035. 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)

036. 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 а) и б)

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. Фистулография при контрастном исследовании дает возможность выявить все ниже перечисленное, кроме

а) формы и длины свищевого хода

б) связи мягкотканного свища с полым органом, костью, суставом

в) контрастирования костных секвестров

г) специфичности возникновения свища

д) контрастирования инородных тел

048. 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

049. 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

050. 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"

051. 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

052. 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

053. 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

054. 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

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

а) рентгенографическому

б) термографическому

в) УЗИ

г) артроскопическому

д) артропневмографическому

056. 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

057. 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.

058. 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

059. 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

060. 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

АНЕСТЕЗИЯ, ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАНИМАЦИЯ

В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

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

004. 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%

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. 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

008. 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

009. 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

010. 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)

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

а) бронхитом

б) ларингитом

в) туберкулезом легких

г) циррозом печени

д) выраженной гипертонией

012. 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

013. 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

014. 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

015. 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

016. 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

017. 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 паравер-тебральной 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

018. 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

019. 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

020. 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

021. 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

022. 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

023. 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

024. 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

025. При операциях на дистальных 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

026. Гипотензивный эффект ганглиотиков у пожилых пациентов

а) более выражен

б) менее выражен

в) отсутствует

г) закономерности не выявляется

027. 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)

028. 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

029. 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

030. 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)

031. 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

6) верно все, кроме 4

в) верно все, кроме 3

г) верно все, кроме 3

д) верно все, кроме 3 и 5

032. 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

033. 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)

034. 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

035. 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

036. 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°С

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

д) все перечисленное

037. 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

038. 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

039. К факторам, снижающим функциональные возможности сердечнососудистой 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

040. 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

041. 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

042. Раствор барбитуратов следует вводить пожилым пациентам мед­ленно

а) из-за снижения лекарственной метаболизирующей функции пе­чени

б) из-за угнетения функции миокарда

в) из-за замедленного распределения анестетика

г) из-за всего перечисленного

043. 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

044. 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

045. 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 кровозамените-ля в одну из крупных периферических артерий

046. 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.

047. 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

048. 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.)

049. 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

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

а) резко согнуть голову, 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

051. 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 смЗ

д) производить таких "вдуваний" 10 -14 в минуту

052. 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 смЗ воздуха

053. 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%

054. При терапии острой дыхательной недостаточности не применяется

а) атропин

б) аминазин

в) ГОМК (g-оксимасляная кислота)

г) бемегрид

д) добелин

055. 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

056. 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

057. 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 и декстранов

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

в) использование крови "универсального донора" O (l) 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

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

а) гидрокортизон

б) полиглюкин

в) адреналин

г) кордиамин

д) пентамин

059. Основным показанием к гемотрансфузии является

а) парентеральное питание

б) стимуляция кроветворения

в) значительная анемия от кровопотери

г) дезинтоксикация

д) иммунокоррекция

060. 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

061. Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания

а) эритромассы

б) донорской крови

в) кристаллоидных растворов

г) коллоидных растворов

д) правильно в) и г)

062. Противопоказанием к гемотрансфузии являются

а) тяжелая операция

б) хирургическая инфекция

в) шок

г) тяжелое нарушение функции печени

д) снижение АД

063. Переливание крови показано во всех приведенных ниже случаях, за исключением

а) острой анемии

б) гнойной интоксикации

в) пониженной защитной силы организма

г) с целью гемостаза

д) тяжелых нарушений функций печени и почек

064. К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся

1) групповая совместимость

2) индивидуальная совместимость

3) биологическая проба

4) определение резус-совместимости

5) определение резус-фактора а) верны все ответы

б) верны 1, 2

в) верны 2, 3

г) верны 1, 3

д) верны 2, 4

065. Больному с АВ (IV) по жизненным показаниям необходимо перелить кровь. Определить резус-фактор нет ни времени, ни возможности. Ему следует переливать кровь

а) AB(IV) резус+

б) AB(IV) резус-

в) В(IН) резус+

г) А(II) резус-

д) O(l) резус-

066. Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между

а) плазмой реципиента и кровью донора

б) плазмой донора и кровью реципиента

в) форменными элементами крови реципиента и кровью донора

г) форменными элементами крови донора и кровью реципиента

д) цельной кровью донора и цельной кровью реципиента

067. 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

068. 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)

069. 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)

070. Уровень гематокрита консервированной крови составляет

а) 20%

б) 30%

в) 40%

г) 50%

д) 60%

071. Уровень гематокрита эритроцитарной массы составляет

а) 30%

б) 40%

в) 50%

г) 60%

д) 70%

072. 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

073. 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

074. 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 б) и г)

075. Альбумины обладают всеми перечисленными свойствами, кроме

а) способствуют привлечению и удержанию жидкости в сосудистом русле

б) играют важную роль в поддержании коллоидно-осмотического давления плазмы

в) являются универсальным средством транспорта ферментов, гормонов, лекарственных веществ

г) являются резервом белкового питания организма

д) могут вызвать сывороточный гепатит

076. Фильтрация аутокрови осуществляется через несколько слоев марли

а) 2 слоя

б) 3 слоя

в) 6 слоев

г) 8 слоев

д) 10 слоев

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

а) однократно

б) двукратно

в) трехкратно

г) четырехкратно

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

а) 10-15%

б) 20-30 %

в) 31-40%

г) 41-50%

079. 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

080. 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)

081. 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

082. Переливание несовместимой крови ведет к развитию

1) гемотрансфузионного шока

2) отека легких

3) гемолиза

4) острой почечной недостаточности

5) геморрагического синдрома

а) верны все ответы

б) верны 1, 2, 3

в) верны 1, 3, 4

г) верны 2, 3, 4

д) верны 1, 2, 4

083. 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

084. Наиболее постоянным синдромом, определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови, является

а) анафилаксия

б) острый внутрисосудистый гемолиз

в) снижение АД

г) гипертермия

д) отек мозга

085. Переливание несовместимой крови вызывает

а) отек легких

б) тромбоз клубочков почек

в) диссеминированное внутрисосудистое свертывание

г) гемолитическую анемию

д) поражение почечных канальцев

086. "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)

087. Сывороточная гемолитическая 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

088. 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

089. Для лечения гиповолемии вначале используют

а) вазопрессоры

б) кардиотонические средства

в) плазмозаменители

г) эритромассу

д) донорскую кровь

090. 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%

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

а) желатиноль

б) аминопептид

в) интралипид 10%

г) гидролизат казеина

д) глюкоза 10%

092. 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

093. В условиях замедленного кровотока кристаллоидные растворы

а) обеспечивают приток жидкости в сосудистое русло, увеличивают гидростатическое давление, увеличивают текучесть крови, улучшают ее реологию, микроциркуляцию, обладают противоацидотическим 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 диссемини-рованного внутрисосудистого свертывания

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

а) 1 л

б) 2 л

в) Зл

г) 4л

д) 5л

095. 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

096. 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

097. 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.)

098. 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

099. Показанием к немедленной сердечно-легочной реанимации является

1) отсутствие пульса и АД

2) остановка дыхания

3) отсутствие сознания

4) акроцианоз

5) отсутствие сердечных тонов

а) верно все перечисленное

б) верно 1, 2,3

в) верно 2, 3, 4

г) верно 1, 2, 5

д) верно 3, 4, 5

100. Показанием к прямому массажу сердца является

а) остановка дыхания

б) остановка сердца

в) потеря сознания

г) отсутствие пульса на сонных артериях при закрытом массаже сердца в течение 2 минут

д) фибрилляция сердца

101. Отек легких развивается

1) при увеличении отрицательного внутрилегочного давления

2) при повышении гидродинамического давления в легочных капиллярах

3) при повышении коллоидно-осмотического давления крови

4) при снижении лимфатической реабсорбции жидкости в легких

5) при снижении проницаемости мембран

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 1, 2, 3

в) верно все, кроме 1, 2, 4

г) верно все, кроме 3, 4, 5

д) верно 1, 2, 4

102. Интенсивная терапия при отеке легких включает все перечисленное, кроме

а) внутривенного введения дыхательных аналептиков

б) санации трахео-бронхиального дерева, пеногашения

в) кислородотерапии, искусственной вентиляции легких

г) введения мочегонных и гормонов

д) при необходимости - ганглиолитики

103. Для профилактики аспирационного синдрома (Мендельсона) необходимо

1) опорожнить желудок через зонд

2) дать слабительные

3) назначить соду по 1 ч. ложке за 30 минут до еды

4) назначить циметидин

5) дать трисилинат магния по схеме

а) верно все перечисленное

б) верно 1, 2, 3

в) верно все, кроме 2

г) верно 1, 4, 5

д) верно 5

104. У больного множественные переломы ребер, острая дыхательная недостаточность. После интубации и перевода на ИВЛ состояние резко ухудшилось, нарастает гипоксия, АД снизилось до 80 мм рт. ст., тоны сердца глухие. Вероятной причиной ухудшения явилось

а) разрыв грудного отдела аорты

б) порочное стояние интубационной трубки

в) напряженный пневмоторакс

г) аспирация в трахею

д) тяжелый ушиб легочной ткани и сердца

105. Вливание 1 л физиологического раствора хлористого натрия увеличит объем циркулирующей крови

а) на 1000 мл

б) на 750 мл

в) на 500 мл

г) на 250 мл

д) менее 250 мл

106. Нейротоксическим действием обладают а)пенициллин и линкомицин

б) кефзол и пенициллин

в) полимиксин В и стрептомицин

г) линкомицин и стрептомицин

д) стрептомицин и кефзол

107. При пероральном применении антибиотиков желудочным соком инактивируется

а) оксациллин

б) эритромицин

в) канамицин

г) метациклин

д) пенициллин

108. Гепатотоксическим действием обладает

а) пенициллин

б) тетрациклин

в) линкомицин

г)колимицин

д) цефамезин

109. Бактерицидным действием на микробную флору из перечисленных антибиотиков не обладают

а) полимиксины и цефалоспорины

б) тетрациклины и макролиды

в) аминогликозиды и пенициллины

г) цефалоспорины и карбопенемы

д)пенициллины и полимиксины

110. Аминогликозиды (канамицин, мономицин, неомицин, гентамицин, амикацин), являясь бактерицидными препаратами, обладают следующим механизмом действия на микробную клетку

а) нарушают функцию клеточных мембран

б) ингибируют синтез ДНК и РНК

в) нарушают систему трансляции

г) ингибируют синтез клеточной оболочки

д) подавляют синтез белка на уровне рибосом

111. Среди перечисленных ниже антибактериальных препаратов не обладают бактерицидным действием

а) сульфаниламиды и тетрациклины

б) нитрафураны и полимиксины

в) пенициллины и таривид

г) аминогликозиды и карбапенемы д) диоксидин и цефалоспорины

112. Среди перечисленных ниже антибиотиков бактерицидным является

а) левомицетин

б) тетрациклин

в) эритромицин

г) ампиокс

д) олеандомицин

113. Пути возникновения резистентных штаммов микрофлоры при проведении антибиотикотерапии

а) мутация

б) транссудация

в) трансформация

г) конъюгация

д) все перечисленное

114. Среди перечисленных сульфаниламидных препаратов к препаратам длительного действия относится

а) фталазол

б) стрептоцид

в) этазол

г) сульфамонометоксин

д) норсульфазол

115. Метронидазол сочетается

а) с пенициллинами

б) с цефалоспоринами

в) с аминогликозидами

г) с тетрациклинами

д) со всеми перечисленными

116. Из перечисленных ниже антибиотиков нефротоксическим и ототоксическим действием обладает

а) окситетрациклин

б) полимиксин В

в) линкомицин

г)цефазолин

д) левомицетин

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. Укажите основной патогномоничный признак врожденной мышечной кривошеи

а) увеличение лордоза шеи

б) сколиоз шейного отдела

в) высокое стояние лопатки и надплечья на стороне поражения

г) высокое стояние лопатки и надплечья на здоровой стороне

д) напряжение и укорочение грудинно-ключично-сосцевидной мыш-

004. При левосторонней мышечной кривошее

а) подбородок отклонен влево

б) подбородок отклонен вправо

в) подбородок расположен по средней линии туловища

005. При правосторонней мышечной кривошее

а) подбородок отклонен влево

б) подбородок отклонен вправо

в) подбородок расположен по средней линии туловища

006. Рентгенологически при мышечной форме кривошее

а) изменений нет

б) добавочный полупозвонок

в) синостоз тел позвонков

г) незаращение дужек позвонков

007. 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

008. 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

009. Медикаментозное лечение врожденной мышечной кривошеи включает применение

а) мумие

б) инъекции лидазы

в) инъекции гидрокортизона

г) не существует

010. Оптимальный возраст для хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи

а) 6 месяцев

б) 1 год

в) 2 года

г) 3 года

д) 5 лет

011. 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

012. Послеоперационная иммобилизация при врожденной мышечной кривошее

а) не применяется

б) гипсовый "ошейник"

в) воротник Шанца

г) "ошейник" из половика

013. Иммобилизация после хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи составляет

а) 2 недели

б) 1 месяц

в) 2 месяца

г) 3 месяца

014. 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

015. Наиболее часто врожденный вывих бедра (дисплазия) бывает

а) у лиц женского пола

б) у лиц мужского пола

в) одинаково часто без особой разницы

016. Наиболее часто встречается

а) левосторонний вывих

б) правосторонний вывих

в) двусторонний вывих

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

а) предвывиха

б) подвывиха

в) вывиха

г) дисплазии

018. 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

019. Какие из перечисленных симптомов указывают на дисплазию тазобедренного сустава у новорожденных?

1) ограничение отведения в тазобедренном суставе

2) асимметрия кожных складок на бедре

3) симптом "щелчка"

4) наружная ротация ноги

5) укорочение ножки ребенка.

Выберите правильную комбинацию ответов

а) 1,2

б) 2,3

в) 3,4

г) все перечисленные

д) 4, 5

020. 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 Розен - Нелатона

д) все перечисленное

021 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

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

а) консервативный

б) гипсовые повязки

в) функциональные шины

г) оперативный

023. Девочка начала ходить в 1 год 2 месяца. Походка неустойчивая ("утиная"), наружная ротация ноги, симптом Тренделенбурга, поясничный гиперлордоз. На рентгенограмме - врожденный вывих бедра. Какой метод лечения следует выбрать?

а) распорки

б) отводящая шина - ЦИТО, Волкова

в) скелетное вытяжение

г) оперативное лечение

д) гипсовая повязка по Лоренц-1

024. 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)

025. 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

026. 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

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

а) курортное лечение

б) физиотерапия

в) лечебная гимнастика

г) массаж

д) водные процедуры

028. 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

029. 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

030. По снятии гипсовой повязки после оперативного лечения врожденного вывиха бедра применяются

а) пассивные физические упражнения

б) активные физические упражнения

в) грязелечение

г) водные процедуры

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 надколенника

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. При лечении врожденного вывиха надколенника применяются

а) операция Крогиуса

б) операция Фридланда

в) операция Кемпбелла

г) операция Ру - Фридланда - Волкова

д) все перечисленные

040. 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

041. Продолжительность иммобилизации после операции по поводу вывиха надколенника составляет

а) 3 недели

б) 4 недели

в) 1.5 месяца

г) 2 месяца

042. Послеоперационная реабилитация при врожденном вывихе надколенника включает

а) лечебную гимнастику

б) массаж

в) электролечение

г) все перечисленное

043. 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

044. Этиологическим фактором при врожденной косолапости является

а) порок первичной закладки

б) внутриутробная травма

в) родовая травма

г) дисплазия

д) внутриутробный полиомиелит

045. Основной симптом косолапости

а) эквинс стопы

б) экскавальгус стопы

в) вальгус стопы

г) варус стопы

д) приведение переднего отдела стопы

046. 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

047. При косолапости наиболее заинтересованы

а) длинный сгибатель пальцев

б) передняя большеберцовая мышца

в) задняя большеберцовая мышца

г) ахиллово сухожилие

д) длинный сгибатель 1 пальца

048. 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

049. Консервативное лечение косолапости включает

а) мягкое бинтование и ЛФК

б) массаж и ЛФК

в) редрессацию

г) гипсовые повязки

д) гипсовые повязки по Виленскому

050. Назовите наиболее рациональный метод консервативного лечения при врожденной

косолапости

а) бинтование мягкими бинтами

б) лечебная гимнастика и массаж

в) парафинотерапия

г) этапные гипсовые повязки — сапожки

д) полиэтиленовые шины

051. 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

052. 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

ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

001. Предрасполагающими факторами возникновения острого гематогенного остеомиелита являются все перечисленные, за исключением

а) переломов кости

б) ушиба конечности

в) локального переохлаждения конечности

г) перенесенной накануне инфекции

002. К предрасполагающим факторам развития гематогенного остеомиелита относятся

а) травма кости

б) общее или местное охлаждение

в) перенесенные инфекции

г) наличие гнойно-воспалительного процесса

д) авитаминоз

003. Острый гематогенный остеомиелит - это проблема

а) детского и подросткового возраста

б) взрослого трудоспособного возраста

в) пожилого возраста

г) всех возрастных групп

004. Гематогенный остеомиелит чаще встречается

а) у детей

б) у подростков

в) у взрослых

г) одинаково часто во всех возрастных группах

005. Гематогенный остеомиелит чаще встречается

а) у мальчиков

б) у девочек

в) с одинаковой частотой

006. Чаще всего гематогенный остеомиелит локализуется

а) в плечевой кости

б) в костях предплечья

в) в бедренной и большеберцовой кости

г) в костях черепа

д) в грудине

007. Первичный очаг воспаления при остром гематогенном остеомиелите чаще локализуется

а) в эпифизе

б) в метафизе

в) в диафизе

г) во всех отделах кости

008. Наиболее часто при остром гематогенном остеомиелите поражается

а) нижний метафиз бедра

б) верхний метафиз бедра

в) нижний метафиз голени

г) верхний метафиз голени

д) правильно а) и г)

009. По клиническому течению гематогенный остеомиелит может быть а) острым

б) хроническим

в) первично-хроническим

г) постинфекционным

д) все вышеперечисленные формы

010. Клинически острый гематогенный остеомиелит проявляется

а) повышением артериального давления

б) повышением температуры тела

в) головокружением

г) болезненностью в зоне поражения кости

д) правильно б) и г)

011. Начало острого гематогенного остеомиелита характеризуется

а) резкими болями и болевой контрактурой

б) реактивным артритом

в) высокой температурой

г) повышенной СОЭ

д) всем вышеперечисленным

012. Важнейшими симптомами острого гематогенного остеомиелита являются (верно все, кроме одного)

а) гипертермия до 39°С

б) лейкоцитоз

в) головная боль

г) нарушение функции конечности

д) сильная боль в пораженной конечности

013. Характерными лабораторными изменениями при остром гематогенном остеомиелите являются

а) лейкоцитоз

б) лимфоцитоз

в) нейтрофилия

г) моноцитоз

д) правильно а) и в)

014. Характерными лабораторными изменениями при остром гематогенном остеомиелите являются все перечисленные, за исключением

а) анемии

б) лейкоцитоза

в) ускоренной СОЭ

г) замедленной СОЭ

д) гипоальбуминемии

015. Ранние рентгенологические признаки в виде линейных просветлений в субэпифизарной зоне при остром гематогенном остеомиелите появляются

а) на 5-6 день заболевания

б) на 7-10 день заболевания

в) на 11-14 день заболевания

г) на 15-18 день заболевания

д) в более поздние сроки

016. Рентгенологические проявления в виде остеопороза кости при остром гематогенном остеомиелите наблюдаются

а) через 5-7 дней от начала заболевания

б) через 8-12 дней от начала заболевания

в) через 2-3 недели от начала заболевания

г) через 4-5 недель от начала заболевания

д) через 6-7 недель от начала заболевания

017. Наиболее точно зону поражения кости удается определить

а) рентгенологическими исследованиями

б) с помощью фистулографии

в) компьютерной томографией

г) методами радиоактивного скенирования с применением радиоактивного технеция

д) правильно в) и г)

018. 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

019. Принципами лечения гематогенного остеомиелита является воздействие

а) на очаг воспаления

б) на возбудителя болезни

в) на иммунитет организма

г) на создание покоя конечности

д) все перечисленное

020. 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)

021. В ранней стадии гематогенного остеомиелита показаны все перечисленные мероприятия, за исключением

а) экстренной операции

б) введения антибиотиков

в) переливания крови

г) введения витаминов

д) создания функционального покоя пораженной области

022. В начальной стадии гематогенного остеомиелита показано все перечисленное, за исключением

а) экстренной операции

б) переливания крови

в) антибактериальной терапии

г) стимуляции иммунозащитных сил организма

д) иммобилизации конечности

023. При остром гнойном остеомиелите возможны все перечисленные виды оперативного вмешательства, кроме

а) вскрытия флегмоны

б) рассечения надкостницы

в) трепанации костно-мозговой полости

г) секвестрэктомии

д) костно-пластической ампутации

024. В случаях, когда экссудат в кости не превращается в гной и воспалительный процесс останавливается в стадии серозного процесса, возможно развитие

а) абсцесса Броди

б) остеомиелита Оллье

в) остеомиелита Гарре

г) всех перечисленных форм

025. В первые дни возникновения острого гематогенного остеомиелита показаны

а) мазевые повязки

б) массивная антибиотикотерапия

в) десенсибилизирующая терапия

г) физиолечение

д) правильно б) и в)

026. Оперативное лечение гематогенного остеомиелита заключается

а) во внутрикостном промывании

б) в некросеквестрэктомии и костной пластике

в) в резекции сустава

г) все перечисленное по показаниям

027. Кортикальный абсцесс характеризуется наличием

а) коркового секвестра

б) центрального секвестра

в) проникающего секвестра

г) трубчатого секвестра

д) циркулярного секвестра

028. Для субпериостального абсцесса характерны

а) местная температура и распирающие боли

б) утолщение периоста

в) игольчатый периостит (спикул в виде частокола)

г) наличие треугольника Кадмана (симптома козырька)

д) все вышеперечисленное

029. При остром гематогенном остеомиелите с формированием поднад-костничного абсцесса показано следующее оперативное лечение

а) поднадкостничная пункция абсцесса и установление промывных дренажей

б) вскрытие поднадкостничного абсцесса и дренирование раны

в) вскрытие поднадкостничного абсцесса, внутрикостное введение антибиотиков, остеотомия, установление промывных дренажей

г) вскрытие поднадкостничного абсцесса, широкая остеотомия, тампонирование костной полости

030. При остром гематогенном остеомиелите с формированием подкожной флегмоны показано

а) вскрытие флегмоны и дренирование ее

б) вскрытие флегмоны, остеотомия, дренирование костной полости и межмышечных пространств

в) вскрытие флегмоны, остеотомия, тампонирование раны

г) вскрытие флегмоны, остеотомия, дренирование ран, внутрикостное введение антибиотиков

031. При остром гематогенном остеомиелите возможны все следующие осложнения, кроме

а) патологических переломов костей

б) сепсиса

в) межмышечных флегмон

г) гнойного артрита

д) вывиха в суставе

032. При септикопиемическом осложнении острого гематогенного остеомиелита гнойные очаги чаще локализуются

а) в печени

б) в легких

в) в селезенке

г) в головном мозгу

д) в сердце

033. Исходом острого гематогенного остеомиелита является переход его в хроническую стадию, которая проявляется всем перечисленным, кроме

а) деформации конечности

б) наличия свища

в) наличия секвестра

г) варикозного расширения вен или эндартериита сосудов конечности

034. Хронический посттравматический остеомиелит диагностируется на основании наличия

а) гнойного свища

б) костного секвестра

в) рецидивирующего течения

г) травмы в анамнезе

д) всего вышеперечисленного

035. 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

036. В диагностике хронического гематогенного остеомиелита используются все следующие методы исследования, кроме

а) лимфографии и ангиографии

б) контрастной фистулографии

в) томографии кости

г) ультразвукового исследования

037. Наиболее точно зону поражения кости при хроническом гематогенном остеомиелите удается определить с помощью

а) обзорной рентгенографии

б) контрастной фистулографии

в) ультразвукового исследования

г) томографии и компьютерной томографии кости

038. Лечение хронического гематогенного остеомиелита включает

а) введение антибиотиков

б) оперативное лечение

в) общеукрепляющее лечение

г) введение в свищ склерозирующих лекарственных препаратов

д) рентгенотерапию

039. Консервативное лечение хронического посттравматического остеомиелита состоит

а) в антимикробной терапии

б) в иммунотерапии

в) в пирогенной терапии

г) в гормонотерапии

д) во всем вышеперечисленном

040. Оперативное лечение хронического посттравматического остеомиелита предусматривает

а) перфорацию кости

б) секвестрэктомию

в) металлостеосинтез

г) костную пластику

д) сегментарную резекцию кости

041. При хирургическом лечении хронического гематогенного остеомиелита предпочтение следует отдать

а) выскабливанию свищевого хода

б) остеотомии и дренированию костной полости

в) остеотомии с удалением секвестра и тампонадой жировой клетчаткой

г) широкой остеотомии с удалением секвестра, тампонадой полости мышечным лоскутом на ножке и аутоостеопластикой

042. К первичному хроническому остеомиелиту следует отнести

а) абсцесс Броди

б) склерозирующий остеомиелит Гарре

в) альбуминозный остеомиелит Оллье - Понсе

г) послетифозный остеомиелит

д) все перечисленные виды

043. 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

044. 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

045. 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

046. Хронический огнестрельный остеомиелит характеризуется наличием

а) огнестрельного ранения в анамнезе

б) функционирующего гнойного свища

в) костного секвестра

г) рецидивирующего течения

д) всего перечисленного

047. Рентгенологически 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

048. Основными осложнениями при лечении закрытых и открытых переломов являются

а) неправильное сращение

б) несращение

в) ложные суставы

г) травматические остеомиелиты

д) все вышеупомянутые

049. Причинами псевдоартрозов при консервативном лечении переломов являются

а) недостаточная и часто меняющаяся фиксация

б) неполная репозиция фрагментов

в) интерпозиция или диастаз между обломками неполноценное питание

д) все вышеперечисленное

050. 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

051. Псевдоартрозу предшествуют

а) свежий перелом

б) замедленное костеобразование

в) несросшийся перелом

г) чрезмерное костеобразование

д) первичное сращение костной раны

052. 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

053. Для лечения ложных суставов костей применяются

а) костная пластика

б) внутрикостный остеосинтез

в) компрессионно-дикстрационный остеосинтез

г) бальнеотерапия

д) эндопротезирование

054. Приобретенные костные дефекты могут образоваться вследствие

а) огнестрельных ранений

б) открытых переломов

в) оперативного лечения закрытых переломов

г) лучевой терапии

д) всего вышеперечисленного

055. 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

056. "Болтающиеся суставы" характеризуются

а) ложным суставом с потерей костного вещества

б) истончением и изменением концов костных фрагментов

в) афункциональностью конечности

г) всем перечисленным

057. Патологический вывих бедра возникает в результате

а) костно-суставного туберкулеза и остеомиелита

б) опухолевого процесса

в) лучевого поражения

г) неврогенных артропатий

д) всего перечисленного

058. 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

059. 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

060. 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

061. 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

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

а) остеосинтез

б) эндопротезирование

в) артродезирование сустава

г) резекция сустава

063. 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

064. 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

065. "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

066. Приобретенные "кокса вара" бывают вследствие

а) диспластических процессов

б) специфических и неспецифических инфекций

в) последствий травм

г) нарушения минерального обмена

д) комбинации всего перечисленного

067. 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

068. При лечении кисты мениска используются

а) физиотерапия

б) иммобилизация сустава

в) пункция мениска

г) менискоэктомия

д) менискотомия

069. 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

070. 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

071. 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

072. Лечение болезни Гоффа включает

а) физиотерапию

б) длительную иммобилизацию

в) оперативное удаление складок и жировых тел

г) лазеротерапию и введение ферментов

д) все перечисленное

073. Хондроматоз суставов характеризуется

а) подвижными и пальпируемыми образованиями в суставах

б) синовитом

в) костно-хрящевыми тенями на рентгенограмме

г) блокадой сустава

д) всем перечисленным

074. К невропатическим артритам относятся

а) коревые артриты

б) табетические артриты

в) сирингомиэлические поражения суставов

г) дистрофические изменения при рассеянном склерозе

д) все вышеперечисленное

075. 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)

076. 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)

077. Для деформирующего артроза в начальной стадии заболевания характерны следующие симптомы:

1) постоянные ноющие боли

2) боли в начале ходьбы

3) ночные боли

4) боли после длительной нагрузки

Выберите правильную комбинацию ответов

а) 1,2

б) 2,3

в) 3,4

г) 1,4

д) 2,4

078. 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

079. Отметьте основные клинические симптомы выраженного коксартроза:

1) постоянные боли в суставе, усиливающиеся при ходьбе

2) приводящая контрактура сустава

3) гипотрофия мышц бедра

4) снижение пульсации бедренной артерии, укорочение бедра

а) 1,2

б) 2,3

в) 1,2,3

г) 1,2, 4

д) 2, 3, 4

080. Дифференцировать коксартроз следует

а) с ревматоидным полиартритом

б) с туберкулезным процессом

в) с болезнью Бехтерева

г) с остеохондрозом с корешковым синдромом

д) с сакроилиитом

081. 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

082. 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

083. 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

084. Наиболее часто встречающаяся причина деформирующего артроза коленного сустава

а) травмы коленного сустава: внутрисуставные переломы, неправильно сросшиеся переломы голени и бедра, последствия повреждения менисков и связок коленного сустава, вывихи голени

б) врожденный вывих надколенника

в) болезнь Кенига

г) воспалительные процессы

д) инволюционный процесс

085. Патогенез деформирующего артроза коленного сустава

а) васкулярная теория

б) механо-функциональная теория

в) теория макро-микротравматизации суставного хряща

г) нейротрофическая теория

086. 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

087. 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

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

а) поражение I стадии

б) поражение II стадии

в) поражение III стадии

089. 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

090. Выберите наиболее часто встречающуюся деформацию на стопе

а) вальгусная деформация 1-го пальца стопы

б) полая стопа

в) пяточная стопа

г) конская стопа

д) варусная деформация стопы

091. Какой вид лечения целесообразно применить при вальгусной деформации I пальца стопы? а) консервативный - корригирующие повязки

б) оперативный

в) ЛФК, физиотерапия, массаж

г) санаторно-курортное лечение

д) ношение ортопедической обуви

092. 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

093. Выберите синдромы, характерные для остеохондроза шейного отдела позвоночника:

1) плече-лопаточный периартрит

2) синдром позвоночной артерии

3) кардиальный синдром

4) синдром "писчего" спазма

а) 1.2, 3

б)1,2,4

в) 1,3,4

г) 2,3,4

д) все характерны

094. Выберите синдромы, характерные при остеохондрозе грудного отдела позвоночника:

1) грудная миелопатия

2) межреберная невралгия

3) дискинезия желчных путей

4) кардиальный синдром

а) 1,2, 3

б) 1,2,4

в) 1,3, 4

г) 2, 3, 4

д) все характерны

095. Основные жалобы больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника - это:

1) боль, усиливающаяся при ходьбе

2) ограничение движений в позвоночнике

3) резкие "прострелы" в нижние конечности боль, усиливающаяся в положении лежа

Выберите правильную комбинацию ответов

а) 1,2, 4

б)1,2. 3

в) 2, 3, 4

г) 1, 3,4

д) все правильно

096. Выберите симптомы, характерные при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника:

1) перемежающаяся хромота

2) ишалгический сколиоз

3) кокцигодиния

4) положительный симптом Ласега

а) 1,2

б) 2,3

в) 3,4

г) 1,4

д) все характерны

РЕГЕНЕРАЦИЯ

001 Возрастные особенности регенерации костной ткани обусловлены

а) механизмом травмы

б) состоянием белковой матрицы кости

в) минерализацией кости

г) всем перечисленным

002 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

003 Из перечисленных ниже локализаций перелома реже всего встречаются улиц 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

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

а) резким нарушением кровоснабжения головки и 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

005 Регенерация костной ткани наиболее продолжительна

а) в раннем возрасте

б) в юности

в) в среднем возрасте

г) в старческом возрасте

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

а) операция малотравматична

б) позволяет точно сопоставить отломки

в) достаточно прочная фиксация отломков

г) возможна ранняя активизация больного

д) предупреждение пролежней

007. 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

008 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

009 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

010 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

011 В течении раневого процесса целесообразно различать периоды

а) сосудистых изменений и очищения раны от некротических тканей

6) образования и созревания грануляционной ткани

в) реорганизации рубца

г) эпитепизации

д) верно все перечисленное

012.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

013. 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)

014. 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)

015. 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

016. 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

017. 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

018. 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

019. Снять тормозящий эффект глюкокортикоидов при заживлении раны может

а) витамин D

б) витамин С

в) витамин А

г) витамин В5

д) витамин Е

020, 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

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

а) трипсина химиотрипсина, химиопсина

б) эластолитина

в) протелина. гигролитина

г) трасилола

д) бализа

ПОВРЕЖДЕНИЯ СВЯЗОК, СУХОЖИЛИЙ И МЫШЦ

001 В понятие "растяжение связок" входит

а) частичный надрыв связочного аппарата

б) полный разрыв связок

в) отрыв связок от места прикрепления

г) отрыв связок с местом прикрепления

д) верно все перечисленное

002 Признаками растяжения связок крупных суставов является все перечисленное, кроме

а) местная боль

б) кровоподтек и припухлость в области сустава

в) нарушение функции сустава

г) отсутствие нарушения функции сустава

003 Объем первой помощи при растяжении связок крупных суставов включает все перечисленное, кроме

а) обезболивание

б) иммобилизация

в) применение давящей повязки итепла на область сустава

г) холода на сустав

004 Растяжение мышц обычно сопровождается

а) кровоизлиянием

б) выраженным отеком

в) лимфаденитом

г) лимфангоитом

д) значительным нарушением функции

005 Повреждение собственной связки надколенника проявляется

а) нарушением функции сгибания голени

б) выпадением разгибания голени

в) острой болью по передней поверхности верхней трети голени, под надколенником

г) нестабильность коленного сустава

д) острой болью ниже надколенника, нарушением разгибания голени, дефектом мягких тканей между надколенником и бугристостью большеберцовой кости

006 Подкожные разрывы 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

007 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

008. 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

009 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

010 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 голени

011 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

012 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)

013. 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

014 Для отрыва сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча 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

015. Из перечисленных повреждений трехглавой мышцы плеча самым частым 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

016 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

017 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

018 Отрыв сухожилия с костным фрагментом преимущественно имеет место при повреждении

а) ахиллова сухожилия

б) длинной головки двуглавой мышцы плеча

в) трехглавой мышцы плеча

г) четырехглавой мышцы бедра

д) двуглавой мышцы бедра

019. 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

020. 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 проксимальнее надколенника

г) неустойчивости в коленном суставе

д) возраста пострадавшего 40-60 лет

021 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

022. 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

023 Отрыв прямой мышцы бедра происходит преимущественно в области

а) верхнего полюса надколенника

б) седалищного бугра

в) передней нижней ости подвздошной кости

г) передней верхней ости подвздошной кости

024 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

025 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

026 Клиника повреждения сухожилия разгибателя пальца у места его прикрепления характеризуется всем перечисленным, кроме

а) палец находится в положении ладонного сгибания

б) ногтевая фаланга находится в положении ладонного сгибания

в) полное разгибание пальца не возможно

г) полное разгибание ногтевой фаланги пальца не возможно

д) сгибание пальца в полном объеме

027 Для повреждения сухожилия глубокого сгибателя пальца не характерны

а) локализация и вид раны

б) активное сгибание пальца в лястно-фаланговом суставе

в) отсутствие активного сгибания ногтевой фаланги пальца

г) отсутствие мышечного тонуса при пассивном разгибании пальца

д) полное активное разгибание пальца

028 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

029. Первичным сухожильным швом называется шов, наложенный

а) на сухожилие в течение первого часа после травмы

б) в течение первых 24 часов после повреждения

в) в течение первых 7 дней после травмы

г) в течение первых 3 дней после травмы

030. 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

031 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

032 Признаками повреждения ахилова сухожилия являются а) резкая боль в области 1 - 5 пальцев стопы

5) резкая боль в области ахилова сухожилия

в) ограничение подошвенного разгибания, стоять, идти на носках невозможно

г) функция конечности не нарушена

д) диастаз на месте повреждения сухожилия, западение тканей при пальпации, резкая боль в области ахилова сухожилия, ограничение подошвенного сгибания стопы и идти на носках невозможно

033 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

034 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)

035 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

036. 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

037. Причиной воспаления ахиллового сухожилия может явиться любое из перечисленного, кроме

а) недооценки воздействия местной инфекции

б) частых микротравм области ахиллова сухожилия

в) врожденного анатомического предрасположения в виде варусного положения стопы

г) неподходящей обуви при занятии спортом

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

038 Воспаление длинной головки двуглавой мышцы плеча характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме

а) локальной боли по ходу борозды сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча

б) усиление боли при повороте плеча кнутри

в) усиление боли при сгибании предплечья

г) воспалительного процесса сухожилия и влагалища межбугорковой борозды плечевой кости

д) возможности возникновения периартрита плечевого сустава

ПОВРЕЖДЕНИЕ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ТРОМБОЗЫ, ЭМБОЛИИ

001 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

002, 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

003 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

004. Наиболее информативным методом исследования артериального русла является

а) венография

б) осциллография

в) артериография

г) определение пульсации сосуда

д) аускультация

005.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

006. При исследовании магистрального кровотока инвазивным методом является

а) ангиография

б) капиллярография

в) осциллография

г) компьютерная томография

007. Контрастная ангиография помогает диагностике во всех перечисленных случаях, исключая

а) разрыв сосуда

б) обтурацию сосуда

в) сужение участка сосуда

г) внутрисосудистую опухоль

д) выявление рентгеноконтрастного тела в массиве мышц

008 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

009 К временной остановке кровотечения относятся нижеизложенные методы, кроме

а) наложение жгута

б) тугая тампонада раны

в) давящая повязка

г) сосудистый шов

д) наложение зажима на сосуд

010. Все перечисленные способы относятся к временной остановке кровотечения, кроме

а) наложение зажима на сосуд

б) наложение жгута

в) наложение тугой повязки

г) сшивание сосуда

д) тугая тампонада раны

011. К окончательной остановке артериального профузного кровотечения при повреждении магистрального сосуда относятся:

1) перевязка сосудов в ране

2) наложение зажимов на сосуд

3) сосудистый шов

4) тугая тампонада раны

5) давящая повязка

а) 1,2,4

6) 2,4,5

в) 3, 4, 5

г) 1,3

д) 2,3

012. 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

013 В области локтевого сгиба осуществляется доступ

а) к лучевой артерии

б) к локтевой артерии

в) к плечевой артерии

г) ко всем перечисленным сосудам

014 По внутренней поверхности голени осуществляется доступ

а) к передней бопьшеберцовой артерии

б) к задней большеберцовой артерии

в) к малоберцовой артерии

г) верно а) и б)

015 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)

016 При размятии магистральной артерии возможно закрытие дефекта за счет

а) аутовенозноготрансппантата

б) сохраненной боковой ветви проксимального фрагмента

в) силиконовой трубки

г) аллотрансппантата

д) правильно а) и б)

017 При дефекте артерии производится ее ппастика с помощью

а) аутовены

б) аутоартерии

в) венозного аллотрансппантата

г) всего перечисленного

д) только а) и б)

018 При шве артерии конец-в-бок не наблюдается

а) тромбоза анастомоза

б) несостоятельности шва

в) спазма в зоне анастомоза

г) всего перечисленного

019 Для профилактики тромбоза в зоне сосудистого шва назначают

а) антикоагулянты прямого действия

б) реополиглюкин

в) спазмолитики

г) антикоагулянты непрямого действия

д) все перечисленное

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

а) реополиглюкин

б) трентап

в) аспирин

г) спазмолитики

д) фенилин

021 Контроль за проходимостью сосудистого анастомоза осуществляется

а) по пульсации дистальнее сосудистого шва

б) по ангиографическим данным

в) по выраженности венозного рисунка

г) правипьно а) и б)

д) правильно а) и в)

022. Трудоспособность при изолированном повреждении лучевой артерии восстанавливается

а) через 3 недели

б) после заживления раны

в) через 6 недель

г) трудоспособность не нарушается

023.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

024 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

025 Жировая эмболия обычно возникает после травмы через

а) 1 сутки

б) 2 суток

в) 3 суток

г) 6 суток

д) 12 суток

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ВЫВИХИ

001. 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

002 Выделите определяющий признак вывиха в любом суставе

а) расслабление мышц, окружающих сустав

б) напряжение мышц, окружающих сустав

в) "пружинящее" сопротивление при попытке пассивного движения

г) деформация сустава

д) удлинение или укорочение вывихнутого сегмента

003. Наиболее характерным симптомом для вывиха является

а) сильная боль

б) «костный» хруст

в) возможность производить пассивные движения

г) «пружинящая» фиксация

004 Для переломо-вывиха из типичных симптомов характерно все, кроме

а) сильная боль

б) деформация

в) изменение оси конечности

г) «укорочение» конечности

д) отсутствие «пружинящей» фиксации, наличие «костной» крепитации

005 Различают следующие виды вывихов

а) свежий

б) несвежий

в) застарелый

г) привычный

д) все перечисленные

006 Наиболее часто вывихи возникают

а) в тазобедренном суставе

б) в коленном суставе

в) в плечевом суставе

г) в локтевом суставе

д) в лучезапястном суставе

007 Вывих акромиального конца ключицы характеризуется

а) признаком Маркса

б) симптомом «треугольной подушки»

в) симптомом «кпавиши»

г) «пружинящей» фиксацией в плечевом поясе

008 Неполный вывих акромиального конца ключицы происходит

а) при полном разрыве акромиапьно-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

009. 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»

010 Невправленный вывих ключицы считается застарелым через

а) 2 часа

б) 1 сутки

в) 5 суток

г) 3-4 недели

д) 3-4 месяца

011.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

012 Из стернальных вывихов ключицы наиболее часто встречается

а) надгрудинный

б) предгрудинный

в) загрудинный

г) двусторонний

013.Срочно оперировать следует

а) надгрудинный вывих ключицы

б) предгрудинный вывих ключицы

в) загрудинный вывих ключицы

г) загрудинный вывих ключицы с нарушением дыхания

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

а) верхнего

б) нижнего

в) переднего

г) заднего

015 К типу «передних» относятся вывихи плеча

а) подклювовидный

б) подлопаточный

в) внутриклювовидный

г) правильно а) и в)

д) правильно б) и в)

016. Наиболее часто к вывиху плеча приводит

а) прямой удар

б) ротация

в) падение с ударом на согнутую или разогнутую руку

г) все перечисленное

017 Плечо при вывихе, как правило

а) приведено

б) отведено

в) согнуто

г) разогнуто

018. Плечо при вывихе кажется

а) удлиненным

б) укороченным

в) не меняет длины

г) деформировано

019. Плечо при внутриклювовидном вывихе кажется

а) удлиненным

б) укороченным

в) длина не изменена

г) деформированным

020. Вывих плеча часто сопровождается переломом

а) малого бугорка

б) большого бугорка

в) шиловидного отростка лопатки

г) клювовидного отростка лопатки

д) ключицы

021 Для переломо-вывиха головки плеча характерно

а) укорочение плеча

б) плечо не отведено

в) «пружинящие» движения отсутствуют

г) при пассивных движениях ощущается «костная крепитация»

д) все перечисленное верно

022 После вправления вывиха плечо следует фиксировать с помощью

а) косыночной повязки

б) мягкой повязки

в) гипсовой повязки

г) торако-бронхиальной повязки

023. После вправления вывиха плеча необходима иммобилизация

а) на косынке

б) мягкой повязкой Дезо

в) на отводящей шине

г) с помощью гипсовой повязки Дезо

024 Срок иммобилизации плеча после вправления вывиха составляет

а) 1 -2 недели

б) 3 недели

в) 6 недель

г) 8 недель

д) 10 недель

025. «Свежим» вывихом плеча называется вывих, давностью

а) до 2 недель

б) 1 неделя

в) 3 недели

г) 4 недели

д) свыше 4 недель

026. «Несвежим» вывихом плеча называется вывих, давностью

а) до 2 недель

б) 1 неделя

в) 3 недели

г) 4 недели

д) свыше 4 недель

027."Застарелым" вывихом плеча называется вывих давностью

а) до 2 недель

б) 1 неделя

в) 3 недели

г) 4 недели

д) свыше 4 недель

028."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

029 "Застарелые" задние вывихи плеча трудно вправить уже через

а) 1 5 месяца

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4 месяца

д) 5 месяцев

030 "Застарелый" вывих плеча следует лечить

а) консервативно (попытка вправить)

б) на отводящей шине

в) с применением скелетного вытяжения

г) оперативно (открытым или аппаратным методом)

031. " 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 не вправленным травматическим вывихом

032. Назовите основную причину образования привычного вывиха плеча

а) недостаточная длительность или отсутствие иммобилизации после вправления вывиха

б) вправление вывиха без обезболивания

в) вправление вывиха по способу Джанелидзе

г) раннее начало ЛФК

д) позднее начало ЛФК

033 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

034. Для привычного вывиха плеча характерны все перечисленные симптомы, кроме

а) ограничение движений в суставе

б) укорочение конечности и разболтанности плечевого сустава

в) атрофия мышц плечевого сустава

г) асимметрия расположения лопаток

035. При консервативном лечении привычных вывихов к эффективным приемам относятся

а) физиотерапевтическое лечение

б) противовоспалительное лечение

в) длительное скелетное вытяжение

г) массаж и ЛФК

036. Основным методом лечения привычного вывиха плеча является

а) оперативный

б) консервативный

в) комбинированный

037. Восстановление трудоспособности после оперативного лечения привычного вывиха

происходит через

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3-5 месяцев

г) 8-10 месяцев

038Вывихи обеих костей предплечья могут быть

а) кпереди

б) кзади

в) с расхождением костей

г) кнутри

д) все перечисленное

039 Предплечье выглядит удлиненным при вывихе

а) кпереди

б) кзади

в) с расхождением костей

г) кнутри

040 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

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

а) ванн

б) активных движений

в) пассивных движений без нагрузки

г) массажа

д) электрофорез с хлористым кальцием

042. 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

043 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

044. 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

045 После одномоментного закрытого вправления пврилунарного вывиха трудоспособность восстанавливается через

а) 1-2 недели

б) 2-3 недели

в) 3-4 недели

г) 4-5 недель

д) 5-6 недель

046.Характерными признаками для вывиха в пястнофаланговом суставе являются все перечисленное, кроме

а) припухлости

б) гиперемии

в) деформации

г) отсутствия активных движений

д) боли

047 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

048 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

049. Неотложная помощь при вывихах в межфаланговых суставах кисти включает

а) новокаиновую блокаду

б) вправление вывиха

в) гипсовую повязку

г) все перечисленное

050. Под каким видом обезболивания следует вправлять вывих бедра?

а) местная анестезия

б) проводниковая анестезия

в) наркоз

г) внутрикостная анестезия

д) без обезболивания

051 Характерными признаками вывиха основной фаланги стопы являются

1) припухлость

2) гиперемия

3) боль

4) кровоподтек

5) деформация

6) отсутствие активных движений в пальцах

а) правильно 1,2,3

б) правильно 3, 4, 5

в) правильно 4, 5, 6

г) правильно 3, 5, 6

д) правильно 1, 4, 6

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ

001 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)

002 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

003. 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

004. Выделите симптомы, абсолютные для перелома костей

а) патологическая подвижность и крепитация костных отломков

б) отечность и кровоизлияние в мягкие ткани

в) локальная болезненность и нарушение функции

г) деформация конечности и гиперемия в области перелома

005. Какие данные в отношении перелома позволяет получить рентгенологическое исследование в стандартных проекциях?

а) вид и степень укорочения конечности

б) патологическая подвижность костных отломков и нарушение функции конечности в) наличие перелома, его локализация, вид смещения отломков

г) повреждение магистральных сосудов и нервов

д) открытый или закрытый перелом

006. 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

007 При открытом переломе 3 степени согласно классификации открытых переломов (по А В Каплану и ОН 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

008 Чаще других встречаются открытые повреждения

а) плечевого сустава

б) локтевого сустава

в) коленного сустава

г) лучезапястного сустава

д) голеностопного сустава

009. 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

010. 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

011. 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

012. Нехарактерным для проникающих ранений крупных суставов является

а) травматический шок

б) гемартроз

в) серозный синовит

г) геморрагический синовит

д) гнойный артрит

013.При печении открытых повреждений локтевого сустава из перечисленных реабилитационных мероприятий не следует применять

а) расслабляющий массаж мышц плеча и предплечья

б) тепловые процедуры на локтевой сустав

в) ненасильственные и пассивные разгибательные и сгибательные, супинационные и ротационные движения в локтевом суставе и предплечье

г) активные движения в плечевом и лучезапястном суставе поврежденной конечности

014. Назовите абсолютное показание к оперативному лечению переломов (остеосинтез)

а) открытые переломы

б) переломы со смещением отломков

в) интерпозиция тканей между отломками

г) многооскольчатые и раздробленные переломы

д) множественные переломы костей

015. 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

016. 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

017. 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

018. 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 крювотечения

019 После первичной хирургической обработки раны при открьпом переломе используются все перечисленные методы, исключая

а) гипсовую повязку

б) скелетное вытяжение

в) накостный остеосинтез

г) внутрикостный остеосинтез

д) внеочаговый чрезкожный остеосинтез

020 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

021.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

022.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

023. 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

024, Генерализация микробной флоры происходит, если на 1 гткани раны открытого перелома количество микробных тел достигает

а) 102 микробов

б) 103 микробов

в) 104 микробов

г) 105 микробов

д) 106 микробов

025. Укажите наиболее вероятную причину несращения перелома кости

а) кратковременность иммобилизации

б) частые смены гипсовой повязки

в) перерастяжение отломков на скелетном вытяжении

г) наличие интерпозиции тканей между отломками

д) сохраняющееся смещение отломков

026 Поликлиническое лечение травматологических больных осуществляют все перечисленные учреждения, исключая

а) травматологический пункт

б) травматологический кабинет поликлиники

в) медсанчасть учреждения

г) стационар на дому

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ НАДПЛЕЧЬЯ

001 Наиболее часто ключица ломается при падении

а) на боковую поверхность плеча

б) на локоть

в) на вытянутую руку

г) при любом из перечисленных вариантов

002 Периферический отломок не бывает смещен

а) назад

б) вперед

в) вниз

г) внутрь

003. 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

004 Перелом ключицы следует дифференцировать

а) с вывихом ключицы

б) с переломом хирургической шейки плеча

в) с вывихом головки плеча

г) с отрывом сухожилия двуглавой мышцы плеча

005.В качестве транспортной иммобилизации при переломе ключицы используют

а) фиксацию с валиком в подмышечной области

б) фиксацию без валика, но в повязке Дезо

в) фиксацию кольцами Дельбе

г) любой из перечисленных способов

006 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

007. 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)

008. Средние сроки восстановление трудоспособности с положительным исходом лечения перелома ключицы происходит через

а) 2-4 недели

б) 1.5-2 месяца

в) 2-3 месяца

г) 3-4 месяца

009 Клинически выделяют следующие переломы лопатки

а) тела

б) углов

в) отростков

г) шейки и суставной впадины

д) все перечисленное

010 Характерным симптомом перелома лопатки является

а) признак Маркса

б) симптом Чаклина

в) симптом Комолли

г) все перечисленное

011. 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

012.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

013. 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

014. Из перечисленных переломов лопатки внутрисуставным является перелом

а) тела

б) углов

в) отростков

г) ости

д) суставной впадины шейки

015. 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

016 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

ПЕРЕЛОМЫ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

001 Наиболее частым переломом проксимального отдела плеча является перелом

а) головки

б) анатомической шейки

в) бугорков

г) хирургической шейки

002.

Переломы хирургической шейки плеча классифицируются а) как абдукционные

б) как аддукционные

в) как вколоченные

г) все перечисленные

003. Абдукционный перелом хирургической шейки плеча возникает

а) при приведении плеча

б) при отведении плеча

в) при нейтральном положении

г) при любом из перечисленных положений

004.

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

005. 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

006. 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

007. 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

008 Пожилая женщина упала на правое плечо, почувствовала резку боль в области плечевого сустава Здоровой рукой поддерживает поврежденную руку, которая плотно прижата к туловищу Определяется ограничение активных движений в плечевом суставе, боль. Какой Ваш предположительный диагноз?

а) ушиб плечевого сустава

б) вывих плеча

в) перелом хирургической шейки плеча

г) отрыв сухожилия двуглавой мышцы плеча

д) перелом ключицы

009 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

010. 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

011. 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

012. Признаками мышечной интерпозиции при диафизарных переломах плеча являются

а) смещение фрагментов

б) отсутствие «костного хруста»

в) неудача при попытке репозиции

г) все перечисленное

013. 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

014. При транспортировке больного с переломом диафиза плеча наиболее рациональным является применение

а) мягкой повязки Дезо

б) гипсовой повязки Дезо

в) шины Крамера

г) гипсовой повязки по Вайнштейну

д) торакобрахиальной гипсовой повязки

015. При консервативном лечении переломов диафиза плечевой кости 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

016 При оперативном лечении ошибкой будет

а) неправильная оценка общего состояния при операции

б) неправильный выбор конструкции

в) укорочение сроков иммобилизации

г) все перечисленное

017. Среди внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза плеча следует выделять все кроме

а) надмыщелковые переломы плеча (разгибательные и сгибательные)

б) чрезмыщелковые переломы плеча и переломы мыщелков

в) мыщелковые переломы плеча

г) переломы головчатого возвышения

018. При разгибательном переломе плеча угол между фрагментами открыт

а) кпереди и кнаружи

б) кзади и кнутри

в) кпереди и кнутри

г) углового смещения нет

019 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

020. При переломах дистального конца плечевой кости часто повреждаются

а) подмышечный нерв

б) лучевой и локтевой нервы

в) мышечно - кожный нерв

г) срединный нерв

021. После падения на левую руку больной ощущает боль, припухлость на границе нижней трети и средней трети плеча. Здесь же подвижность и костный хруст. Левая кисть «свисает», активное разгибание пальцев и кисти отсутствует. Какое осложнение перелома плеча у данного больного можете предположить?

а) разрыв двуглавой мышцы плеча

б) повреждение лучевого нерва

в) повреждение локтевого нерва

г) перелом лучевой кости в типичном месте

д) повреждение мышц предплечья

022. 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

023. 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 папьца

024 Треугольник Гютера определяется в положении

а) полного разгибания предплечья

б) частичного разгибания в локтевом суставе

в) при согнутом предплечье под углом 90°

г) при пронированном предплечий

025 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

026. Предплечье при переломе наружного мыщелка плеча со смещением

а) приведено

б) отведено

в) кнутри

г) ротировано внутрь

д) ротировано внутрь и приведено

027. Фиксация верхней конечности при переломе дистального конца плечевой кости, при транспортировке больного осуществляется

а) шиной Крамера

б) отводящей шиной ЦИТО

в) повязкой Дезо

г) гипсовой повязкой по Вайнштейну

028. К неотложным мероприятиям при переломе дистального конца плечевой кости без смещения отломков относятся

а) новокаиновая блокада и наложение гипсовой лонгеты

б) наложение скелетного вытяжения

в) ручная репозиция перелома

г) введение антибиотиков

д) переливание кровезаменителей

029. 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

030. 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

031 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

032 Контрактура Фолькмана может возникнуть э) 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

033 У больного с переломом костей конечности через 2 часа после наложения гипсовой повязки отмечено нарастание боли, цианоз пальцев, их отечность, уменьшение подвижности и снижение чувствительности. Это связано

а) со смещением костных отломков

б) со сдавленней конечности гипсовой повязкой

в) с повреждением нервных стволов

г) со спазмом или тромбированием сосудов

д) с начинающейся гангреной конечности

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

001 К переломам области локтевого сустава относятся

а) перелом Мальгеня

б) перелом головчатого возвышения плечевой кости

в) перелом Монтеджа

г) перелом Галеаци

д) правильно а) и б)

002. При переломах локтевого сустава при транспортировке больного необходима

а) повязка Дезо

б) фиксация шиной Крамера

в) фиксация на шине ЦИТО

г) фиксация шиной Ситенко

д) торакобрахиальная повязка

003. При переломе головки лучевой кости резко ограничены

а) сгибание предплечья

б) разгибание предплечья

в) вращение предплечья

г) все перечисленные виды движения

004. При переломах шейки и головки лучевой кости повреждается ветвь

а) лучевого нерва

б) локтевого нерва

в) срединного нерва

005. Для изолированного перелома лучевой или локтевой кости более характерна

а) косая линия излома

б) поперечная линия излома

в) винтообразная линия излома

г) продольная пиния излома

006. К диафизарным переломам костей предплечья относятся

а) перелом Монтеджа

б) перелом Галеаци

в) перелом Мальгеня

г) все перечисленное

д) только а) и б)

007 При сгибательном типе повреждения Монтеджа головка пуча вывихивается

а) кпереди

б) кзади

в) кнутри

г) кнаружи

008 При разгибательном типе перелома Монтеджа угол между отломками локтевой кос открыт

а) кпереди

б) кзади

в) кнутри

г) кнаружи

009. Повреждение Галеаци - 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

010. Отметьте границы гипсовой повязки при диафизарном переломе костей предплечья

а) от уровня лопатки до пальцев кисти

б) от верхней трети плеча до пальцев кисти

в) от верхней трети плеча до конца пальцев кисти

г) от нижней трети плеча до запястья

д) от локтевого сгиба до пальцев кисти

011. К наиболее частым видам переломов дистального конца предплечья относят

а) перелом луча в типичном месте Колеса

б) перелом луча в типичном месте Смита

в) перелом головки локтевой кости

г) перелом шиловидного отростка лучевой кости

д) правильно а) и г)

012. Радио-ульнарный угол, на рентгенограмме в прямой проекции, в норме равен

а) 5°

б) 10°

в) 20°

г) 30°

д) 40°

013 При переломах лучевой кости атипичном месте может повреждаться

а) длинный разгибатель I-го пальца

б) разгибатель II - го пальца

в) длинный сгибатель I - го пальца

г) короткий лучевой разгибатель кисти

д) длинный лучевой разгибатель кисти

014 Какой способ обезболивания наиболее часто используется при репозиции лучевой кости в типичном месте?

а) проводниковая анестезия

б) внутрикостная анестезия

в) футлярная анестезия

г) местная анестезия перелома

д) наркоз

015 Какой способ лечения является основным при переломе лучевой кости в типичном месте?

а) иммобилизационный (гипсовая повязка)

б) функциональный

в) оперативный

г) при помощи компрессионно-дистракционного аппарата

д) иммобилизация эластичным бинтом

016. При переломах лучевой кости втипичном месте типа Колеса, в качестве иммобилизации используется

а) тыльный гипсовый лангет

б) круговая гипсовая повязка до локтевого сустава

в) круговая гипсовая повязка до нижней трети плеча

г) ладонный гипсовый лангет

д) тыльный или ладонный гипсовый лангет

017 У больного имеется отечность нижней трети левого предплечья, боль при активных движениях кисти, резкая болезненность при пальпации нижней трети левого предплечья, костная крепитация, деформация предплечья, болезненность вобласти шиловидного отростка локтевой кости.

Наиболее часто такая клиническая картина встречается при

а) разрыве связок лучезапястного сустава

б) переломе нижней трети костей предплечья

в) переломе ладьевидной кости

г) переломе лучевой кости в типичном месте

д) разрыве мышц предплечья

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ КИСТИ

001. Чаще всего из костей запястья ломается

а) ладьевидная кость

б) трехгранная кость

в) полулунная кость

г) крючковидная кость

д) большая многоугольная кость

002 Клиника перелома ладьевидной кости запястья включает

а) отек лучезапястного сустава

б) болезненность при сгибании и разгибании кисти

в) болезненность при лучевом приведении кисти

г) болезненность при надавливании на головку III пястной кости

д) болезненность при надавливании на область "анатомической табакерки"

003 При переломе ладьевидной кости иммобилизацию выполняют

а) гипсовой лангетой

б) циркулярной повязкой от средней трети плеча до кончиков пальцев

в) циркулярной повязкой от верхней трети надплечья до кончиков пальцев

г) тыльный гипсовый лонгет от верхней трети предплечья до пальцев с фиксацией основной фаланги I пальца

004 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

005. При переломах пястных костей со смещением отломков не наблюдается

а) изменения оси пястной кости угпом, открытым к ладони

б) укорочения пястной кости

в) гиперэкстензии в пястно-фаланговых суставах

г) гиперфлексии в межфаланговых суставах

д) отведения 1-го пальца

006. Заподозрить перелом фаланг пальцев кисти возможно на основании

а) локальной боли

б) разлитой болезненности

в) усиления боли при осевой нагрузке

г) крепитации

д) правильно а) и в)

007. 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

008. 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

ПОВРЕЖДЕНИЯ ТАЗА

001 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

002 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

003 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

004 Укажите перелом таза с нарушением тазового кольца

а) перелом лонной кости справа

б) перелом лобковых костей с двух сторон

в) перелом обеих седалищных костей

г) перелом лонной и седалищной костей с одной стороны

д) перелом крыла подвздошной кости

005 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

006. Не относится ктравме 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

007. 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

008. 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

009 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

010 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

011 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

012. 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

ПЕРЕЛОМЫ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

001. Укажите вертельные, т.е. латеральные переломы проксимального отдела бедренной

кости

а) субкапитальный

б) базальный

в) трансцервикальный

г) подвертельный

д) межвертельный, чрезвертельный

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

а) медиальных

б) субкапитальных и шеечных

в) латеральных

г) межвертельных и чрезвертельных

д) подвертельных

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

а) болей втазобедренном суставе

б) укорочения конечности

в) симптома Гирголава

г) симптома «прилипшей пятки»

д) ротации конечности внутрь

004 Консервативное лечение переломов шейки бедра включает все перечисленные методы, кроме

а) скелетного вытяжения

б) наложения гипсового деротационного "сапожка"

в) репозиции отломков и фиксации аппаратом Илизарова

г) функционального лечения

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

005 Назовите основную причину медленного и Длительного сращения перелома шейки бедра

а) пожилой возраст больных

б) остеопороз

в) сопутствующие заболевания

г) отсутствие на шейке бедра надкостницы и нарушение кровоснабжения в бедренной кости в момент перелома

д) сложность иммобилизации гипсовой повязкой

006 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

007 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

008 Тактика врача при переломах шейки бедра у больного с тяжелыми соматическими, сопутствующими заболеваниями включает все перечисленное, кроме

а) оперативного лечения

б) гипсового деротационного "сапожка"

в) раннего функционального лечения

г) симптоматического лечения

д) профилактика инфекционных осложнений

009. Асептический некроз головки бедренной кости может развиваться вследствие

а) ушиба тазобедренного сустава

б) вывиха бедренной кости

в) перелома шейки бедренной кости

г) всего перечисленного

д) только а) и б)

010. 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

011 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

012. 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 10е

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

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

а) компрессионно-дистракционные и стержневые аппараты

б) спицы и упорные площадки

в) металлические штифты и шурупы

г) костные штифты

д) шовный материал

014.Повреждение диафиза 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 выпрямленные ноги

015. 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

016.Максимальное отведение и сгибание псоксимального 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

017.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

018 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

019. Лыжник, спускаясь с горы, упал при резком повороте Почувствовал боль и хруст в правом бедре. Обнаружено отсутствие активных движений, деформация по типу «галифе». наружная ротация стопы.

Ваш предположительный диагноз7

а) перелом диафиза бедренной кости

б) вывих бедренной кости (подвздошный)

в) вывих бедра передне-нижний (надлонный)

г) перелом-вывих костей коленного сустава

д) перелом шейки бедра

020Интрамедуллярный 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

021.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

022.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

023. Причина несросшегося перелома диафиза бедренной кости

а) смещение отломков

б) интерпозиция тканей между отломками

в) анатомо - физиологические особенности

г) ранняя нагрузка

д) все перечисленное

024 К наиболее часто встречающимся осложнениям травматического эпифезиопиза 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

025 Абсолютным показанием к оперативному лечению при надмыщепковом 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

026 Переломы мыщелков бедра следует дифференцировать

а) с ушибом коленного сустава

б) с разрывом связок коленного сустава

в) с надмыщелковым переломом бедра

г) с переломом надколенника

д) со всеми перечисленными видами травм

027.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

028 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

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ, ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЛЕННОГО

И ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВОВ

001 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

002 Назовите основной признак гемартроза коленного сустава

а) увеличение объема сустава

б) кровоизлияние в мягкие ткани

в) ограничение движений в суставе

г) "баллотирование" надколенника

д) симптом «выдвижного ящика»

003 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

004 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

005. Из переломов надколенника наиболее часто встречаются

а) продольные переломы

б) поперечные переломы

в) оскольчатые переломы

006 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

007. 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

008. 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

009.Отклонение голени от средней пинии от 5° до 10° во фронтальной плоскости кнутри *v* 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

010 Отклонение гопени от средней линии нижней конечности во фронтальной плоскости от З° 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

011 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

012 Повреждение внутреннего мыщелка бсльшеберцовой 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

013 Повреждение наружного мыщелка большеберцовой кости, вызываемого чрезмерней абдукцией, сопровождается повреждением

а) боковых связок

б) боковых и крестообразных связок

в) внутренней большеберцовой связки, передней крестообразной связки и наружного мениска

г) менисков

014. 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

015. 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

016. Лечение переломов мыщелков большеберцовой кости безсмещения 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

017 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

018 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

019.При винтообразных перепомах 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

020. Больной упал, катаясь с горы на лыжах. При падении подвернулась левая нога кнаружи, самостоятельно встать из-за болей не смог. Доставлен попутной машиной в травмпункт с импровизированной иммобилизацией левой голени (обломок лыжи). При осмотре: резкая болезненность. При пальпации: в области нижней трети левой большеберцовой кости и верхней трети малоберцовой кости отечность, деформация, патологическая подвижность. Ваш предположительный диагноз?

а) закрытый перелом нижней трети большеберцовой кости и разрыв дистального синдесмоза

б) закрытый перелом большеберцовой кости в нижней трети и малоберцовой кости в верхней трети

в) закрытый винтообразный перелом левой голени в верхней трети

г) закрытый перелом малоберцовой кости в верхней трети

д) закрытый перелом обеих костей левой голени в нижней трети

021 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

022. Укажите протяженность гипсовой повязки при диафизарных переломах голени

а) от коленного сустава до пальцев стопы

б) от верхней трети голени до голеностопного сустава

в) от верхней трети бедра до голеностопного сустава

г) от верхней трети бедра до ногтевых фаланг пальцев стопы

д) от коленного сустава до голеностопного сустава

023 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

024. 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)

025.Переломы костей голени без смещения отломковтребуют

а) наложения задней гипсовой лонгеты

б) скелетного вытяжения

в) наложения компрессионно-дистракционного аппарата

г) хирургического лечения

д) функционального лечения

026. 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)

027. 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)

028. 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

029 Средний срок восстановления трудоспособности при переломах костей голени составляет

а) 2-3 месяца

б) 34 месяца

в) 4-5 месяцев

г) 5-6 месяцев

д) 6-8 месяцев

030 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

031 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

032 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

033 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

034.Для фиксации лодыжек после их вправления показана

а) циркулярная безлодкладочная гипсовая повязка

б) циркулярная гипсовая повязка с ватной прокладкой

в) разрезная циркулярная гипсовая повязка типа «сапожок»

г) "V''-образная повязка с лонгетой для стопы

д) "V''-образная повязка без лонгеты для стопы

035. Образование вторичного смещения при лодыжечных переломах возможно вследствие всего перечисленного, кроме

а) спадения травматического отека

б) использования первичной циркулярной повязки

в) плохого моделирования гипсовой повязки

г) применения ЛФК

д) ранней осевой нагрузки

036 Отметьте основное показание к оперативному методу лечения перелома лодыжек

а) значительная степень смещения отломков и стопы

б) наличие чрезсиндесмозного перелома

в) невправимость отломков после 2-3-кратного вправления

г) интерпозиция тканей между отломками

д) невозможность удержать отломки после вправления

037 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

038 При пронационном трехкомпонентном переломо-вывихе голеностопного сустава леченного гипсовой повязкой, срок иммобилизации составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 2.5-3 месяца

г) 4 месяца

039 При пронационном трехкомпонентном переломе голеностопного сустава, леченного оперативным путем, срок иммобилизации составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4 месяца

д) 5 месяцев

040 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

041 Срок восстановления трудоспособности при пронационном трехкомпонентном переломо-вывихе голеностопного сустава составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4 месяца

д) 4-6 месяцев

042. Срок восстановления трудоспособности при трехкомпонентном супинационном переломе-вывихе голеностопного сустава составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4-5 месяцев

д) 6 месяцев

043 У больного с переломом лодыжек заднего края и подвывихом стопы через 1,5 года после травмы обнаружен деформирующий артроз голеностопного сустава.

Назовите основную причину этого осложнения

а) сохраняющийся подвывих стопы

б) разрыв дельтовидной связки

в) длительная иммобилизация гипсовой повязкой

г) ранняя нагрузка на ногу

д) перелом заднего края

ПОВРЕЖДЕНИЯ СТОПЫ

001 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

002 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 суставе

г) резкое уменьшение аддукции и абдукции стопы

д) нормальный объем движений в голеностопном суставе

003 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

004,При застарелых невправленных многооскольчатых переломах шейки таранной кости необходимо произвести

а) остеосинтез винтами

б) остеосинтез спицами

в) артродез голеностопного и подтаранного суставов

г) астрагалэктомию

005. 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

006.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

007 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

008 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

009 Таранно-пяточный угол в норме составляет

а) 10-20°

б) 20-30°

в) 20-40°

г) 20-50°

д) 40-60°

010 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

011 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

012. Средний срок иммобилизации при компрессионных переломах пяточной кости составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4 месяца

д) 5 месяцев

013. Учитывая механизм перелома пяточной кости, назовите нередко сопутствующее повреждение

а) перелом голени

б) разрыв связок коленного сустава

в) перелом позвоночника

г) перелом шейки бедра

д) перелом надколенника

014 Из предложенных методов оперативного и консервативного печения 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

015 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

016 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

017.Средний срок иммобилизации переломов пальцев стопы оез смещения отломков составляет

а) 1 неделю

б) 2 недели

в) 3 недели

г) 4 недели

д) 5 недель

018.Заподозрить перелом фаланг пальцев стопы возможно на основании

а) локальной боли

б) разлитой болезненности

в) усиления боли при осевой нагрузке

г) крепитации

д) правильно а) и в)

019.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

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕРЕПА, ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА. ПОВРЕЖДЕНИЕ НЕРВОВ

001. 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

002. 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)

003. 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

004. 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

005. 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

006. 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

007. Наиболее отчетливо повреждения головного мозга, согласно теории кавитации, возникают при ударе

а) в висок

б) в область лба

в) в область затылка

г) в область темени

д) в область нижней челюсти

008. 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

009. Универсальной реакцией головного мозга на травму является

а) субарахноидальное кровоизлияние

б) отек головного мозга

в) гиперсекреция желудочков мозга

г) дислокация стволовых отделов головного мозга

д) коллапс головного мозга

010. 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

011. Основными клиническими 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

012. Диагноз сотрясения головного мозга ставится на основании всех нижеприведенных симптомов, кроме

а) тошноты, головокружения

б) прилив крови к лицу, шума в ушах

в) перемежающейся, не стойкой анизокории

г) не выраженных менингеальных симптомов

д) мелкоразмашистого нистагма, проходящего через 10- 12 дней

013. Из перечисленных симптомов какой наиболее вероятно указывает на наличие сдавления головного мозга (внутричерепная гематома)?

а) степень утраты сознания

б) обширная рана головы

в) назальная ликворрея, кровотечение из носа

г) наличие кровоподтеков в области орбит (симптом "очков")

д) гемиплегия

014. 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

015. Для нарастающей компрессии головного мозга в начальном периоде характерна следующая симптоматика, кроме

а) нарастающая неврологическая симптоматика

б) прогрессирующее ухудшение сознания

в) нарастающая брадикардия

г) падение систолического давления

д) анизокория, снижение зрачкового рефлекса

016. 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.

017. Для клинической картины субдуральной гематомы характерны все следующие симптомы, исключая

а) светлый промежуток

б) нарастающую мозговую гипертензию

в) двустороннюю пирамидную недостаточность

г) гомолатеральный гемипарез

д) смещение при ЭхоЭГ - исследовании Me - эхо в здоровую сторону

018. 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

019. 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

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 мид-риазом

г) нарастающей мозговой гипертензии

д) пирамидной симптоматики на гомолатеральной стороне

021. 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

022. 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

023. 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

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

а) прозрачности

б) симптома раздвоения

в) прямолинейности

г) уплотнения тени

д) узости просвета

025. 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

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. 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

028. В связи g 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

029. 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

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

а) дугообразно

б) подковообразно

в) крестообразно

г) Х-образным разрезом

д) Т-образным разрезом

031. 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

032. 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

033. 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 7х7см

д) дренирования боковых желудочков

034. 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

035. 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

036. 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

037. 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

038. 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

039. 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 суб-арахноидального кровотечения

д) кровотечение

040. 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)

041. 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)

042. 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

043. Больной при нырянии в мелком месте ударился головой о дно. Вытащен из воды товарищами. Отмечается отсутствие движений и чувствительности в конечностях, затрудненное дыхание.

Укажите правильный диагноз повреждения

а) перелом ребер

б) сотрясение головного мозга

в) перелом шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга

г) разрыв связок шейного отдела позвоночника

д) ушиб головного мозга

044. 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

045. 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

046. 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

047. 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 реклина-цией или вправлением вывихнутого позвонка

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

048. 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

049. 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

050. Повреждение периферических нервов возможно всеми перечисленными механизмами, кроме

а) прямого удара

б) скручивания

в) сдавления

г) тракции

д) огнестрельного повреждения

051. 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

052. 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

053. 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

054. 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

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

а) анестезии

б) гиперстезии

в) апраксии

г) гиперпатии

д) парестезии

056. 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

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

а) пучков СЗ-С4

б) пучков С5-С6

в) пучков С7-С8

г) пучков С8-Т

058. 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

059. 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

060. Средний тип повреждения плечевого сплетения возникает в результате повреждения

а) С4 корешка

б) С5 корешка

в) С4 и С5 корешка

г) С7 корешка

д) С8 и Т1 корешка

061. 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

062. Двигательные волокна лучевого нерва иннерви-руют все перечисленные мышцы, кроме

а) трехглавой мышцы плеча

б) анконеуса

в) лучевых разгибателей кисти

г) плечевой мышцы

д) локтевого разгибателя кисти

063. 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

064. 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

065. 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

066. При поражении локтевого нерва кисть принимает вид

а) "обезьяньей"кисти

б) "когтеобразной" кисти

в) "свисающей" кисти

г) "акушерской" кисти

067. 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) симптома Горнера

068. 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

069. 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

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

а) невозможность сгибания голени

б) нарушения чувствительности на наружно-задней поверхности голени

в) нарушения чувствительности на тыльной и подвздошной поверхности стопы

г) положительный симптом Вассермана

д) утрату рефлекса ахиллова сухожилия

071. Клиническая картина поражения большеберцово-го 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

072. 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

073. 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

074. 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)

075. 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

076. 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

077. 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

078. 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

079. 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)

080. 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

081. 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) супраклавикулярным доступом

082. 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

083. 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

084. Различают следующие типы операций на периферическом нерве ствола

а) первичные

б) отсроченные ранние

в) отсроченные поздние

г) правильно а) и б)

д) все правильно

085. 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

086. 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

087. 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

088. 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

089. 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

090. 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

091. 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

092. 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

093. 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

094. 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

095. 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

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА

001. 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

002. Среди травм различных отделов позвоночника повреждения шейного отдела занимают

а) первое место

б) второе место

в) третье место

г) четвертое место

д) пятое место

003. 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)

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

а) скелетного вытяжения за кости черепа

б) вытяжения за голову посредством петли Глиссо-на

в) применения стандартного головодержателя

г) использования шины Еланского для фиксации головы и шеи

д) применения торакокраниальной гипсовой повязки или воротника Шанца

005. 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)

006. Восстановление трудоспособности при неослож-ненном 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

007. 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

008. 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

009. 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

010. Назовите возможное осложнение в первые дни после травмы у больного с не осложненным переломом в грудно-поясничном отделе позвоночника

а) нарушение мочеиспускания

б) пролежни

в) парез кишечника, метеоризм

г) легочно-дыхательная недостаточность

д) тахикардия, аритмия

011. Оперативное лечение переломов грудного отдела позвоночника показано во всех ниже перечисленных 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

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

а) массажа

б) лечебной гимнастики

в) механотерапии

г) физиотерапии

д) электростимуляции мышц

013. Нетрудоспособность при не осложненном 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

014. При травме позвоночника травма поясничного отдела занимает

а) первое место

б) второе место

в) третье место

г) четвертое место

д) пятое место

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

а) осложненного перелома

б) не осложненного перелома

в) компрессионного перелома

г) торсионного перелома

д) перелома заднего отдела позвонка

016. 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

017. 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

018. Для осложненной травмы грудно-поясничного отдела позвоночника характерно:

1) расстройство дыхания

2) нарушение чувствительности и двигательные расстройства в нижних конечностях

3) тахикардия, падение АД

4) нарушение функции тазовых органов. Выберите правильную комбинацию

а) 1,2

б)1,3

в) 2,3

г) 2, 4

д) 3,4

019. Назовите наиболее безопасный уровень пункции субарахноидального пространства позвоночного канала

а) между затылочной костью и атлантом

б) в нижне-грудном отделе

в) между XII грудным и I поясничным позвонком

г) между I и II поясничными позвонками

д) между IV и V поясничными позвонками

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

а) наложения гипсового корсета

б) метода создания "мышечного корсета" по Гори-невской - Древинг

в) постепенной реклинации на валиках или специальном щите

г) одномоментной реклинации с фиксацией гипсовым корсетом

д) фиксации места перелома "поясом штангиста"

021. 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

022. При свежих переломах поясничных позвонков не

применяются

а) электростимуляция поясничных мышц

б) массаж

в) лечебная гимнастика

г) физиолечение

д) механотерапия

023. 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

ТОРОКАЛЬНАЯ ТРАВМА

*Повреждения грудной клетки*

001. 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

002. 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

003. 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

004. 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

005. 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

006. 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

007. 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

008. 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

009. 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

010. 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

011. При травме грудной клетки неотложные мероприятия прежде всего необходимы

а) при переломе грудины

б) при переломе ключицы

в) при напряженном пневмотораксе

г) при переломе лопатки

д) при переломе ребер

012. 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

013. При множественных переломах ребер в первую очередь необходимо

а) наложить циркулярную повязку на грудную клетку

б) наложить одностороннюю лейкопластырную повязку

в) произвести паравертебральную спирто-новокаиновую блокаду

г) выполнить вагосимпатическую блокаду

д) выполнить блокаду "трех мест" (места перелома, вагосимпатическую и паравертебральную)

014. 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 Т1-Т4 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

015. 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

016. 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

017. 65-летний мужчина, курильщик с обструктивной легочной патологией сломал Vll, VIII, IX ребра слева. На рентгене без патологии. Верными назначениями являются все кроме:

а) фиксация грудной клетки лентами и пластырем

б) лечение с использованием постурального дренажа

в) межреберные блокады

г) абдоминальный парацентез

д) госпитализация

018. 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

019. 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

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

а) выраженную посттравматическую анемию с не-восполненной 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

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

а) выраженную периостальную реакцию

б) вовлечение в воспалительный процесс перие-тальной плевры

в) развитие медиастенита

г) возникновения перикардита

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

*Повреждение плевры, легкого.*

022. 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

023. 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

024. 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

025. 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

026. 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

027. "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

028. 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

029. 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

030. У больного, поступившего в тяжелом состоянии с двусторонним переломом ребер по лопаточной и задней аксилярной линии (справа 4 ребра, слева - 3 ребра), имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет.

Необходимо предпринять

а) дренирование плевральной полости справа

б) дренирование обеих плевральных полостей

в) введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки

г) насечки на коже грудной клетки и шеи

д) динамическое наблюдение

031. 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 межребе-рье 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

032. 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, б

д) правильно 2, 4, 5, 7

033. 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

034. 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

035. 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 межребе-рье по парастернальным линиям с обеих сторон

д) введения дренажной трубки в клетчатку средостения через трепанационное отверстие тела грудины, сделанное троакаром

036. 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

037. Наиболее часто при травме грудной клетки средостение сдавливается

а) сломанным ребром

б) сломанной грудиной

в) гемотораксом

г) при эмфиземе средостения (воздухом средостения)

д) пневмотораксом

038. У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом ребер (слева 5, справа - 4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс.

Оказание необходимо начать

а) с дренирования обеих плевральных полостей

б) с введения игл в подкожную клетчатку

в) с интубации и искусственной вентиляции легких

г) с наложения трахеостомии и искусственной вентиляции

д) с двусторонней торакотомии

039. 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

040. 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

041. По какому из перечисленных признаков Вы определите, что кровотечение в плевральную полость продолжается?

а) бледность кожных покровов

б) низкое артериальное давление

в) кровохаркание

г) притупление перкуторного звука на стороне травмы

д) положительная проба Рувилуа-Грегуара

042. 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

043. 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

044. 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

045. Сдавление легкого при большом гемопневмото-раксе в первую очередь ведет к возникновению

а) пневмонии

б) ателектаза

в) "влажного легкого"

г) инфаркта легкого

д) кровохарканья

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

1) компрессионный,

2) обтурационный,

3) обтурационно-резорбционный,

4) констрикционный,

5) инфарктный

а) правильно все перечисленное

6) правильно 1, 2, 3

в) правильно 1, 2, 4

г) правильно 2, 3, 4

д) правильно 3, 4, 5

047. Основным методом лечения гемоторакса являет­ся

а) плевральная пункция

б) дренирование плевральной полости

в) широкая торакотомия

г) торакотомия и ликвидация гемоторакса

д) подход должен быть строго индивидуальным

048. 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

049. Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции и введением антибиотиков, к мо­ментальному летальному исходу могут привести

а) внутриплевральное кровотечение

б) воздушная эмболия головного мозга

в) анафилактический шок

г) плевропульмональный шок

д) правильно б) и в)

050. 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

051. Дренирование плевральной полости при гемо-пневмотораксе 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

052. 25-летняя женщина поступила в больницу после ДТП. Имеется одышка до 60 в минуту, справа дыха­тельные шумы почти не определяются. Необходимо произвести:

а) рентгеновское исследование грудной клетки

б) газы крови

в) декомпрессия правой половины грудной клетки

г) перикардиоцентез

д) внутривенное введение жидкости

053. 25-летняя женщина поступила в больницу после ДТП. Имеется одышка до 60 в минуту, справа дыхательные шумы почти не определяются. Рентгеновское исследование грудной клетки у этой женщины до лечения покажет все кроме:

а) воздух в правой плевральной полости

б) смещение средостения влево

в) сдавление левого легкого

г) смещение трахеи влево

д) жидкость в левой плевральной полости

054. Показаниями к торакотомии при ранениях грудной клетки являются все, кроме

а) открытый пневмоторакс

б) ранение сердца

в) продолжающееся кровотечение в плевральную полость

г) закрытый пневмоторакс

д) свернувшийся гемоторакс

055. Показаниями для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются

а) пневмоторакс

б) гемоторакс

в) сам факт проникающего ранения

г) продолжающееся кровотечение в плевральную полость

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

а) гемостатические показания

б) аэростатические показания

в) гипоксимические показания

г) дополнительные показания

057. 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

058. При большом свернувшемся гемотораксе 5-дневной давности необходимо выполнить

а) широкую торакотомию, удаление гемоторакса

б) дренирование плевральной полости

в) введение стрептазы или других ферментов в область гемоторакса

г) повторные плевральные пункции

д) введение антибиотиков в зону свернувшегося гемоторакса

059. Боковая торакотомия дает возможность детально осмотреть

а) передние отделы легкого

б) передние отделы сердца

в) задние отделы легкого

г) диафрагму

д) все перечисленное

060. 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

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

а) гемоторакса

б) гидроторакса

в) гнойного плеврита

г) экссудативного посттравматического плеврита

д) эмпиемы плевры

062. 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

063. 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) РаС02 = 60 мм вод. ст.

064. 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 Ра02,

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

065. 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°С,

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, б, 9

066.Контузия легких характеризуется всем кроме:

а) начинается в момент поражения

б) рассасывается в течение 2-5 дней

в) участок поражения виден на рентгенограмме

г) необходимы массивные переливания жидкости

д) нуждается в ИВЛ

067. 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

068. Для повреждения плевры и ткани легкого при переломе ребер характерны все следующие симптомы, кроме

а) пневмоторакса

б) подкожной эмфиземы

в) резкой загрудинной боли

г) кровохарканья

069. Характерным признаком разрыва легкого является

а) кровохаркание

б) гемоторакс

в) пневмоторакс

г) затемнение легкого при рентгенологическом исследовании

д) гемо-пневмоторакс

070. Достоверным признаком легочного кровотечения является

а) выделение крови изо рта

б) кашель с выделением алой пенистой крови

в) наличие затемнения в легком

г) наличие экссудата в плевральной полости

д) наличие крови в бронхах при бронхоскопии

071. Для разрыва крупного бронха характерно все перечисленное, кроме

а) напряженного пневмоторакса

б) напряженной эмфиземы средостения

в) общего тяжелого состояния больного

г) кровохарканья

д) все перечисленное

072. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Доставлен в тяжелом состоянии: эйфория, кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД - 80/20 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Рана грудной стенки 2 см, располагается слева по парастернальной линии на уровне Ill-го межреберья. Дыхание над левым легким резко ослаблено, в задне-нижних отделах имеет место укорочение перкуторного звука. Необходимо предположить

а) ранение легкого

б) торако-абдоминальное ранение

в) ранение сердца

г) ранение крупных сосудов средостения

д) имеет место плевро-пульмональный шок

073. Больной упал с высоты 7-этажного дома и доставлен в тяжелом состоянии с явлениями шока III степени. Диагностирован левосторонний напряженный пневмоторакс, эмфизема средостения. Срочно дренирована левая плевральная полость. По дренажу в большом количестве поступает воздух, легкое не расправляется. Введение второго дренажа и активная аспирация по обоим дренажам не изменили ситуации, нарастает дыхательная недостаточность, прогрессирует эмфизема средостения. Остается коллапс легкого. При бронхоскопии обнаружен надрыв стенки левого главного бронха, закрытый сгустком крови. Больному необходимо

а) продолжить активную аспирацию по 2-м дренажам с увеличением вакуума

б) произвести верхнюю переднюю медиастинотомию

в) выполнить левостороннюю торакотомию, наложить первичный шов бронха

г) сделать левостороннюю пневмоэктомию

д) нанести биологический клей на область разрыва

074. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Состояние тяжелое. Сознание спутанное, кожные покровы бледные, цианоз губ. АД - 80/20 мм рт.ст. Пульс на периферических сосудах не определяется. Рана грудной клетки длиной 2 см, по левой парастернальной линии на уровнеIII-го межреберья. Тоны сердца глухие. Дыхание над левым легким ослаблено. Заподозрено ранение сердца. Ваши действия будут заключаться в следующем

а) начать комплекс реанимационных мероприятий

б) сделать плевральную пункцию

в) выполнить пункцию перикарда

г) начать переливание крови

д) произвести немедленную торакотомию с предварительной пункцией перикарда

075. Больная попала в автомобильную катастрофу. Доставлена в тяжелом состоянии: кровохаркание, одышка, парадоксальное движение лравой половины грудной клетки. Рентгенологически выявлен окончатый перелом 7 ребер справа по средне-ключичной и средней подмышечной линии с отхождением отломков IV ребра, которое сломано по 3-м линиям. Гемопневмото-ракс, АД - 9о/60 мм рт. ст. Пульс 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. При плевральной пункции эвакуирована кровь, свертывающаяся в шприце; свободно в шприц поступает воздух. Помощь больной будет заключаться

а) в дренировании плевральной полости

б) в предварительном дренировании плевральной полости перед торакотомией

в) в немедленной торакотомии, ушивании ткани легкого, остеосинтезе

г) в повторных плевральных пункциях в сочетании с консервативной терапией

д) в искусственной вентиляции легких

076. Больная 4 часа назад получила множественные ножевые ранения грудной клетки. Из раны левой половины грудной клетки было значительное кровотечение. Снижалось АД до 90/70 мм рт. ст. Состояние средней тяжести. Кожные покровы нормальной окраски. Пульс 92 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД -100/70 мм рт. ст. Гемопневмоторак-са нет. Больной необходимо произвести

а) плевральную пункцию справа

б) плевральную пункцию слева

в) левостороннюю торакотомию

г) первичную хирургическую обработку ран грудной клетки

д) дренирование левой плевральной полости

077. Больной упал с высоты 7-этажного дома и доставлен в тяжелом состоянии. Диагностирован разрыв левого главного бронха. Решено больного оперировать и произвести первичный шов бронха. Наиболее оптимальным хирургическим доступом будет

а) передне-боковая торакотомия

б) боковая торакотомия по 4 межреберью

в) задне-боковая торакотомия

г) стернотомия

д) боковая торакотомия по 7-му межреберью

078.Больной упал с высоты 5 м, в результате чего произошел перелом VIII-Х ребер слева по паравертебральной и лопаточной линии и отрыв хрящей VII и VIII ребер от грудины. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Диагностирован левосторонний пневмоторакс с коллапсом легкого на 1/3 его объема. Отмечается парадоксальное движение левой половины грудной клетки спереди. Последовательность и характер лечебных мероприятий включают

а) экстраплевральный остеосинтез IV-X ребер

б) дренирование левой плевральной полости

в) широкую торакотомию, остеосинтез ребер и подшивание хрящей VII и VIII ребер к грудине

г) только подшивание хрящей VII-VIII ребер к грудине

д) искусственную вентиляцию легких

079. Больной попал в автомобильную катастрофу. Состояние при поступлении тяжелое: выраженная одышка, кровохарканье; диагностирован левосторонний гемо-пневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки, переходящая на шею и лицо, гнусавость голоса. Рентгенологически выявлен перелом V,VI,VII ребер по среднеключичной и средней аксиллярной линии, причем перелом VI ребра со смещением костных отломков и проникновением одного из них в легочную ткань.

Ваши действия включают

а) только дренирование плевральной полости

б) гемостатическую консервативную терапию

в) торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого

г) искусственную вентиляцию легких

д) экстраплевральный остеосинтез

080. Больной несколько дней назад получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. В поликлинике по месту жительства произведена только первичная хирургическая обработка раны, и больной отпущен домой. Поступил в больницу в связи с ухудшением общего состояния, повышением температуры до 39°С, появлением одышки. Состояние средней тяжести. Пульс - 112 ударов в минуту. АД - 115/80 мм рт. ст. Выявлен правосторонний гемопневмоторакс со смещением средостения влево и уровнем жидкости соответственно переднему краю IV ребра. Оказание помощи следует начинать

а) с немедленной торакотомии

б) с дренирования плевральной полости по пневмотораксу с активной аспирацией

в) с повторных плевральных пункций для аспирации воздуха и крови

г) с дренирования плевральной полости в синусе для ликвидации гемоторакса

д) с проведения только медикаментозного лечения и динамического наблюдения

081. Больной получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. Доставлен машиной скорой помощи в состоянии средней тяжести. Кожные покровы бледны. АД - 90/60 мм рт. ст., пульс -112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Дыхание над правым легким резко ослаблено. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. При контрольной плевральной пункции получена кровь, свернувшаяся в шприце. Лечебная тактика

сводится

а) к дренированию плевральной полости

б) к немедленной торакотомии

в) к плевральным лечебным пункциям

г) к только интенсивной терапии

д) к интенсивной терапии в сочетании с дренированием плевральной полости

082. Больной 72 года упал и ушиб правую половину грудной клетки. Страдает хроническим бронхитом и эмфиземой легких. При поступлении состояние тяжелое: цианоз лица, одышка (30 в минуту), выраженная эмфизема на лице, шее, грудной клетке. Диагностирован перелом 3 ребер справа, правосторонний гемопневмоторакс, эмфизема средостения.

Начинать лечебные мероприятия необходимо

а) с верхней срединной медиастинотомии

б) с дренирования плевральной полости во 2-м межреберье по средне-ключичной линии по пневмотораксу

г) с дренирования по гемотораксу в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии

д) с плевральной пункции

083. Больной упал и ушиб правую половину грудной клетки. Страдает хроническим бронхитом и эмфиземой легких. При поступлении: цианоз лица, одышка (30 в минуту), выраженная эмфизема на лице, шее, грудной клетке. Диагностирован перелом 3 ребер, правосторонний гемопневмоторакс, эмфизема средостения. Произведено дренирование плевральной полости во 2-м межреберье по средне-ключичной линии. В процессе наблюдения состояние несколько улучшилось, уменьшилась гнусавость голоса и подкожная эмфизема. При контрольной рентгенографии правое легкое полностью не расправилось, остается широкий горизонтальный уровень жидкости над диафрагмой.

Необходимо предпринять

а) правостороннюю торакотомию

б) дополнительное дренирование плевральной полости в нижних отделах

в) плевральную пункцию для эвакуации крови и воздуха

г) оставить два дренажа на пассивной системе, если по ним активно поступает воздух

д) активную аспирацию по 2-м дренажам

084. 31-летний мужчина поступил в больницу после ДТП. Жизненно важные функции стабильные, определяется множественный перелом ребер и парадоксальное движение грудной клетки справа. На рентгене нет пневмо- гемоторакса, но есть значительная контузия легкого. Необходимое лечение:

а) трахеостомия и ИВЛ с PEEP

б) стабилизация грудной клетки мешками с песком

в) стабилизация полотенцами

г) немедленная оперативная стабилизация

д) нет необходимости лечения до развития дистресса

085. Ушивание раны легкого должно производиться

а) непрерывными узловыми швами

б) отдельными узловыми швами

в) кисетным швом

г) Z-образным швом

д) всеми перечисленными способами

*Повреждения сердца*

086. Ушиб сердца при тяжелой травме грудной клетки характеризуется

а) болями в области сердца, одышкой, сердцебиением

б) болями в области сердца, различными видами нарушений ритма и частоты сердцебиений, глухостью сердечных тонов

в) различного рода аритмиями (нарушение внутри-желудочковой и предсердно-желудочковой проводимости), субъективными ощущениями в области сердца, наличием изменений на ЭКГ

г) болями в области сердца, характером и локализацией травмы

д) всем перечисленным

087. Для закрытой травмы сердца характерны

а) изменения ЭКГ

б) боли в области сердца

в) снижение артериального давления

г) повышение венозного давления

д) все перечисленные признаки

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

а) данные ЭКГ

б) Р02 и РС02 венозной крови

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

г) изменение границ сердца

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

089. 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

090. При тампонаде сердца наблюдаются

а) снижение артериального давления

б) цианоз лица

в) расширение границ сердца

г) глухость тонов

д) все перечисленное

091. 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

092. 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

093. Пункция перикарда может быть удачно осуществлена:

1) по Пирогову - Делорму,

2) по Войно-Сяноженцкому,

3) по Ларрею,

4) в промежутке между реберной дугой и мочевид-ным отростком слева,

5) в промежутке 3-го межреберья слева по пара-стернальной 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

094. О ранении сердца свидетельствуют

а) локализация раны

б) резкое снижение артериального давления, тахикардия

в) внешний вид больного

г) повышение венозного давления

д) все перечисленное

095. Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является

а) передне-боковая торакотомия на стороне ранения

б) передне-боковая торакотомия слева

в) стернотомия

г) задне-боковая торакотомия слева

д) левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения

*Повреждения диафрагмы*

096. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является

а) боль в грудной клетке с иррадиацией в надпле-чье

б) боль в предреберье

в) пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании

г) ослабленное дыхание на стороне травмы

д) общее тяжелое состояние больного

097. 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

098. При подозрении на разрыв диафрагмы наиболее информативным методом исследования является

а) обзорная рентгенография грудной и брюшнойполости

б) рентгенография с перорально вводимым контрастом

в) диагностическая пункция плевральной полости

г) лапароцентез или лапароскопия

д) ультразвуковое исследование грудной и брюшной полости

ТУПАЯ ТРАВМА ЖИВОТА

001. 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

002. 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

003. 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)

004. 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

005. Какие из перечисленных видов кровотечений относятся к наружным скрытым?

1) кровотечение из гастродуоденальных язв

2) маточные кровотечения

3) кровотечение при проникающих ранениях в брюшную и грудную полости

4) почечные кровотечения

5) гематома мягких тканей

6) гемартрозы

7) кишечные кровотечения

8) вторичные ранние кровотечения из ушитых послеоперационных ран

Выберите комбинацию ответов

а) 1,2, 7, 8

б) 1,2,4,7

в) 2, 3, 6, 7

г) 3,6,7,8

006. Достоверные признаки проникающего ранения брюшной полости - это:

1) напряжение мышц передней брюшной стенки

2) выпадение петель кишечника или сальника из раны

3) симптом раздражения брюшины

4) истечение мочи или кишечного содержимого из раны.

Выберите правильную комбинацию ответов

а) 1,2

б) 2,3

в) 2, 4

г) 3,4

д) 1,3

007. При закрытой травме органов брюшной полости наиболее достоверным методом диагностики является

а) диагностическая лапаротомия

б) рентгенологическое исследование

в) лапароцентез

г) клиническое наблюдение

д) лапароскопия

008. 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

009. 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

010. Причиной летального исхода при тупой травмеживота с повреждением полого органа является чаще всего

а) массивное кровотечение

б) перитонит

в) непроходимость

г) кишечный свищ

д) эвентрация внутренних органов

011. Что означает термин "эвентрация"?

а) ущемление содержимого грыжевого мешка

б) система мероприятий, направленных на предупреждение развития в послеоперационном периоде пареза кишечника

в) рассечение стенки желудка

г) операция вычленения конечности в тазобедренном суставе

д) выпадение наружу органов брюшной полости через рану брюшной стенки

012. В клинику в состоянии шока (АД - 70/40 мм рт. ст., тахикардия -120 в минуту, бледность кожных покровов) доставлен больной, который упал со строительных лесов с высоты 2-го этажа. В правой поясничной области выбухание, кожные ссадины, имеется болезненность и напряжение мышц в правой половине живота. На обзорной рентгенограмме почек и мочевых путей справа тень почки и изображение контуров поясничной мышцы отсутствуют, имеется перелом XI и ХII ребер.

Какое исследование Вы изберете для уточнения диагноза?

а) цистоскопия

б) уретрография

в) УЗИ

г) биохимическое исследование крови

д) цистография

ПХО РАН

001. 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

002. 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

003. 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

004. 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

005. 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

006. 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

007. 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

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

а) свободная кожная пластика расщепленным ауто-лоскутом

б) свободная кожная пластика полнослойным кожным аутолоскутом

в) аутопластика филатовским стеблем

г) пластика передвижным кожным аутолоскутом

д) замещение дефекта кожи лиофилизированным кожным аллотрансплантатом

ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЭЛЕКТРОТРАВМА

001. Для поверхностных ожогов характерно

а) наличие струпа

б) гиперемия и отечность кожи

в) наличие напряженных пузырей с серозным содержимым

г) наличие напряженных пузырей с геморрагическим содержимым

д) сине-багровая увлажненная кожа

002. Для глубоких ожогов характерно все нижеизложенное, кроме

а) наличие темно-коричневого струпа

б) сине-багровая увлажненная кожа

в) напряженные пузыри с геморрагическим содержимым

г) гиперемия и отечность кожи

д) поражение мышц

003. При термических ожогах IIIA степени в обязательном порядке повреждается

а) весь сетчатый слой кожи

б) частично органеллы кожи эпителиального характера

в) сосочковый слой

г) частично подкожно-жировая клетчатка

д) правильно б) и в)

004. Ожог лица обычно не сопровождается

а) поражением глаз

б) ожогом дыхательных путей

в) развитием острых психозов

г) поражением слуха

005. Отличительными признаками, характеризующими ожоги лица, являются частое сочетание их

а) с поражением глаз

б) с ожогом дыхательных путей

в) частое развитие острых психозов

г) с ожогами шеи

д) все вышеперечисленное

006. О наличии у обожженного ожога дыхательных путей могут свидетельствовать все перечисленные, кроме

а) локализации ожогов

б) обширности повреждения

в) обстоятельств травмы

г) осиплости голоса

007. Клиническая картина при термическом глубоком поражении крупных суставов в первые дни после травмы характеризуется следующими признаками

а) ожоговый струп включает в себя капсулу сустава

б) пострадавшие испытывают боли в суставах

в) пострадавшие испытывают ограничение движения в суставах

г) отмечается повышение температуры

д) правильно а) и в)

008. При ожогах стоп наиболее часто поражаются

а) сухожилия разгибателей пальцев стопы

б) сухожилия сгибателей пальцев стопы

в) пяточная кость

г) ахиллово сухожилие

д) правильно а) и г)

009. При глубоких ожогах стоп наиболее часто поражаются

а) сухожилия разгибателей пальцев и ахиллово сухожилие

б) пяточная кость

в) сухожилия сгибателей пальцев

г) все перечисленное

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

а) меток тока

б) характерной локализации

в) металлизации кожи

г) поражения органа зрения

011. Основными симптомами ожога от вольтовой дуги являются

1) наличие меток тока

2) характерная локализация повреждения

3) металлизация кожи

4) поражение органа зрения а) верно все, кроме 4

б) верно все, кроме 1

в) верно все, кроме 2

г) верно все, кроме 3

д) все ответы правильны

012. Клиника ожоговой болезни не включает

а) скрытого (инкубационного) периода

б) периода ожогового шока

в) периода ожоговой интоксикации

г) периода ожогового истощения

д) периода реконвалесценции

013. 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

014. 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

015. 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

016. 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

017. 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°

018. Ожоговый шок по виду относится

а) к бактериальному

б) к гиповолемическому

в) к анафилактическому

г) к травматическому

019. Ожоговый шок (у лиц средней возрастной группы) развивается при глубоких ожогах площадью

а) 5% поверхности тела

б) 10% поверхности тела

в) 15% поверхности тела

г) более 20% поверхности тела

д) более 30% поверхности тела

020. Для ожогового шока характерны

а) нормальная температура тела

б) гипертермия

в) гиповолемия

г) анемия

д) правильно а) и в)

021. Из перечисленных показателей наиболее информативными при ожоговом шоке являются

а) артериальное давление

б) центральное венозное давление

в) объем циркулирующей крови

г) лейкоцитоз

д) правильно б) и в)

022. Из перечисленных показателей наиболее информативны при ожоговом шоке:

1) АД (артериальное давление)

2) ЦВД (центральное венозное давление)

3) объем циркулирующей крови (ОЦК)

4) Р (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

023. Какие клинические признаки положены в основу классификации степеней ожогового шока?

1) тахикардия

2) состояние сознания

3) уровень диуреза

4) частота дыхания

Выберите нужную комбинацию признаков

а) 1,3, 4

б) 1,2,4

в) 2, 3, 4

г) 1,2,3

д) 2,3

024. 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

025. 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

026. Инфузионную терапию при свежей термической травме у пострадавшего средней возрастной группы необходимо проводить при минимальном индексе Франка

а) 10

б) 10-15

в) 20-25

г) 30-40

д) более 40

027. 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

028. Для коррекции ацидоза больному в ожоговом шоке следует ввести

а) лактасол

б) трис-буфер

в) полиглюкин

г) 5% раствор соды

д) правильно б) и г)

029. Зондовое питание может быть применено во все периоды ожоговой болезни, кроме

а) ожогового шока

б) острой ожоговой токсемии

в) ожоговой септикотоксемии

г) реконвалесценции

030. 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

031. Критерием перехода больного из ожогового шока в стадию острой ожоговой токсемии является

а) нормализация диуреза

б) повышение температуры

в) нагноение в ранах

г) тахикардия

032. Первым клиническим признаком острой ожоговой токсемии является

а) анемия

б) нормализация диуреза

в) повышение температуры тела

г) диспротеинемия

033. 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

034. Для острой ожоговой токсемии характерны

1) гемоконцентрация

2) анемия

3) выраженная интоксикация

4) гипо- и диспротеинемия

а) верно все, кроме 4

б) верно все, кроме 1

в) верно все, кроме 3

г) верно все, кроме 2

д) все ответы правильны

035. Уровень общего белка плазмы в стадии острой ожоговой токсемии

а) умерено снижен

б) умеренно повышен

в) близок к норме

г) снижен значительно

036. Наибольшее число пневмоний при ожоговой болезни приходится на период

а) шока

б) острой ожоговой токсемии

в) ожоговой септикотоксемии

г) реконвалесценции

037. 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

038. Оказание первой помощи пострадавшему от ожогов сводится

а) к закрытию раны спиртовой повязкой

б) к наложению на обожженную конечность повязки с мазью А.В.Вишневского

в) к охлаждению ожоговых ран водой или помещению пострадавшего под душ для охлаждения, а затем наложение асептической повязки

г) возможно все перечисленное

д) ничего из перечисленного

039. К мазям на полиэтиленгликоле относятся все перечисленные, кроме

а) пропоцеум

б) мафенида

в) дермазина

г) левосина

040. Наиболее выраженным бактерицидным действием обладают

а) дебризан

б) дермазин

в) левосин

г) диоксиколь

д) правильно б) и г)

041. Лечение мазями при глубоких ожогах лучше начинать

а) до отторжения некротических тканей

б) после отторжения некротических тканей

в) применение мазей при глубоких ожогах противопоказано

042. Мазями на водорастворимой основе являются все перечисленные ниже, кроме

а) левосиновая

б) пропоцеум

в) мафенидовая

г) диоксидиновая мазь

043. При обнаружении в ранах грамотрицательной инфекции следует применить

1) борную мазь

2) фурацилиновую мазь

3) мафенид

4) йодопироновую мазь

а) верно все, кроме 4

б) верно все, кроме 3

в) верно все, кроме 2

г) верно все, кроме 1

д) все ответы правильны

044. 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

045. 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

046. Для открытого лечения ожогов II степени лица и кистей предпочтение следует отдать

а) мази на основе ПЭГ (полиэтиленгликоля)

б) аэрозолям

в) биологическим покрытиям

г) раствору фурацилина

047. 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)

048. У больного имеется ожог грудной клетки III-IV степени пламенем. Отмечается темного цвета плотный струп, охватывающий грудную клетку, одышка, ограничение экскурсий грудной клетки, повышение артериального давления. Что из перечисленных мероприятий наиболее быстро восстановит дыхание?

а) некрэктомия

б) некротомия

в) трахеостомия

г) ингаляция кислородом

д) исскуственная вентиляция легких

049. 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)

050. Антибиотикотерапия у обожженных применяется

а) при поверхностных ожогах

б) при ограниченных глубоких ожогах с профилактической целью

в) при развитии осложнений

г) для лечения обожженных в условиях поликлиники

051. Основные принципы антибиотикотерапии в комплексном лечении обожженных включают:

1) назначение антибиотиков с учетом чувствительности микрофлоры ожоговых ран и т.д.,

2) пересмотр показаний 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

052. 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

053. Использование аминогликозидов для лечения тя-желообожженных обусловлено всем перечисленным, исключая

а) широкий спектр антимикробного действия

б) бактериологический механизм действия

в) возможность подавления роста целого ряда гра-мотрицательных возбудителей

г) малую токсичность

054. Наиболее выраженным бактерицидным действием среди применяемых растворов обладают

а) раствор фурацилина

б) 1 % раствор йодовидона

в) раствор перекиси водорода

055. Для активной иммунопрофилактики синегнойной инфекции применяются

а) д-глобулин

б) вакцины

в) пиоиммуноген

г) гипериммунная антисинегнойная плазма

д) правильно б) и в)

056. Для пассивной иммунотерапии синегнойной инфекции используются

а) д-глобулин

б) вакцины

в) пиоиммуноген

г) гипериммунная антисинегнойная плазма

д) правильно а) и г)

057. Для активной иммунопрофилактики стафилококковой инфекции применяются

а) д-глобулин

б) вакцина

в) стафилококковый анатоксин

г) антистафилококковый д-глобулин

д) правильно б) и в)

058. Для получения эффекта некрэктомии при глубоких ожогах III-б 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

059. Наложение 40% мази салициловой кислоты для некрэктомии одномоментно допустимо на сухой струп площадью

а) не более 3% поверхности тела

б) не более 5% поверхности тела

в) 10-15% поверхности тела

г) более 20% поверхности тела

060. 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.

061. Для проведения аутодерматопластики пневмония

является

а) абсолютным противопоказанием

б) относительным противопоказанием

в) не является противопоказанием

062. Для высушивания ожогового струпа следует применять

1) повязку с растворами

2) повязку с мазью на жировой основе

3) повязку с мазью на водорастворимой основе

4) биологические покрытия

а) если верно 1, 2

б) если верно 2, 3

в) если верно 3, 4

г) если верно 1, 3

д) если верно 1, 4

063. После отторжения некрозов на ожоговую рану следует накладывать

1) биологическое покрытие

2) мазь на жировой основе

3) мазь на водорастворимой основе

4) повязку с раствором

а) верно 1, 2

б) верно 2, 3

в) верно 3, 4

г) верно 1, 3

д) верно 1, 4

064. Аутодермопластика на лице при глубоких ожогах производится

а) перфорированными трансплантатами аутокожи

б) сплошными трансплантатами аутокожи без насечек и перфораций

в) полнослойными кожными трансплантатами

г) кожно-фасциальными аутотрансплантатами

065. Свободная аутодермопластика при ожогах мягких тканей свода черепа показана

а) при ограниченных по площади глубоких поражениях

б) при глубоких ожогах свыше одной трети площади свода черепа

в) при поверхностных ожогах

г) при распространенных глубоких ожогах

д) правильно а) и г)

066. При глубоких ожогах кистей в сочетании с циркулярным поражением нижней трети предплечья и луче-запястного сустава целесообразно

а) первичное иссечение омертвевших тканей и восстановление кожного покрова в первые сутки после травмы

б) некротомия, устраняющая сдавливающее действие струпа в первые 48 часов, с последующей некрэк-томией и кожной пластикой

в) некротомия в первые 48 часов, пластика гранулирующих ран после самопроизвольного отторжения некротических тканей

г) некрэктомия при ожогах в области тыла кисти противопоказана

067. 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

068. Ранняя хирургическая некрэктомия при ожогах

кисти показана

а) при ограниченных глубоких ожогах ладони

б) при распространенных глубоких ожогах тыла кисти, если поражение не проникает глубже собственной фасции

в) при ограниченных глубоких ожогах тыла кисти

г) при распространенных ожогах тыла кисти IV степени

069. 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

070. Причинами пневмонии у обожженных являются а) аутоинфекция

б) нарушение дренажной функции бронхов

в) нарушение легочной вентиляции

г) нарушение гемодинамики малого круга кровообращения

д) все перечисленное

071. 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)

072. 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)

073. К клиническим симптомам, наиболее часто указывающим на нарушение функции желудочно-кишечного тракта при тяжелом ожоговом шоке, относятся

а) многократная рвота

б) боли в животе

в) парез кишечника

г) отрыжка

д) правильно а) и в)

074. К мероприятиям, предусматривающим профилактику расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта при тяжелом ожоговом шоке, относятся

а) адекватное обезболивание

б) адекватная инфузионно-трансфузионная терапия

в) применение антацидных и анацидных препаратов

г) введение зонда в желудок для декомпрессии

д) все вышеперечисленное

075. 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)

076. 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)

077. 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

078. Эрозивно-язвенные изменения стенки пищевода у тяжело обожженных 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

079. 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

080. 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

081. При декомпенсированной кровопотере вследствие профузного желудочного кровотечения у тяжело обожженных 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

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

а) циркуляторной и тканевой гипоксии

б) нарушения кровообращения

в) интоксикации

г) гемолиза

083. 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)

084. 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

085. 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)

086. Для ампутации конечности или крупных сегментов ее абсолютными показаниями являются

а) полная гибель конечности в результате травмы

б) сдавление циркулярным струпом

в) острый гнойный артрит крупных суставов

г) гангрена конечности

д) правильно б) и г)

087. 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

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

а) борная кислота

б) мазь Вишневского

в) мафенид

г) йодопирон

д) сульфадивазин серебра

089. Для лечения ожоговых ран, инфицированных синегнойной палочкой, следует применять

а) раствор фурацилина

б) раствор диоксидина

в) левомеколь

г) пропоцеум

д) правильно б) и в)

090. Среди поражений холодом различают

а) замерзание

б) отморожение

в) ознобление

г) холодовый нейроваскулит

д) все перечисленное

091. 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

092. Оледенение тканей наступает при снижении внутритканевой температуры

а) до -2°С

б) до -8°С

в) до -30°С

г) до -50°С

д) до -60°С

**|**

093. 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

094. 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 а

095. 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

096. Основным фактором, понижающим местную сопротивляемость тканей и приводящим к развитию хо-лодового 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°С

д) правильно б) и в)

097. Наиболее часто холодом бывают поражены

а) грудная клетка

б) лицо

в) ягодицы

г) живот

д) конечности (кисть, стопа)

098. 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

099. При обморожении общепринято выявлять

а) период ранних реакций

б) дореактивный период

в) период разгара

г) реактивный период

д) правильно б) и г)

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

а) бледности, цианоза

б) гиперемии и боли

в) анемии

г) похолодания

101. Признаками реактивного периода являются

а) боль

б) отек и пузыри

в) нарушение чувствительности

г) все перечисленное

102. 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

103. 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

104. 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)

105. 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

106. 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

107. 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

108. 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

109. 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

110. Форсированное согревание допускает отморожение, достигающее

а) оледенение тканей

б) 4 степени

в) 3 степени

г) 1 и 2 степени

111. Фасциотомию следует выполнить

а) сразу при поступлении в дореактивный период

б) на 1-е сутки реактивного периода

в) на 2-е сутки реактивного периода

г) на 3-е сутки реактивного периода

д) на 4-е сутки реактивного периода

112. 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

113. 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

114. 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

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

а) первичных

б) вторичных

в) поздних

г) отсроченных

116. 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

117. Протезирование культи после отморожения предусматривает

а) изготовление постоянного протеза сразу после ампутации на операционном столе

б) изготовление временного гипсового культепри-емника на операционном столе

в) замену приемной части культи в протезе, сделанном в первые 2.5-3 недели

г) применение временных тренировочных протезов

118. 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

119. Из перечисленных поздних осложнений отморожений наиболее часто встречаются

а) сепсис

б) остеомиелит

в) лимфаденит

г) флегмона

д) артрит

120. 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

121. 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

122. 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

123. 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

124. 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

125. 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"

126. 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

127. 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)

128. 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

129. Осложнения электроожогов проявляются перечисленной патологией, исключая

а) развитие флегмон

б) развитие лимфангоитов

в) вторичное кровотечение от разрыва сосудистой ткани

г) длительно незаживающие трофические язвы

130. Прогноз и исход лучше, если "Рк, проходя через организм, образует "петлю"

а) нижнюю

б) верхнюю

в) полную

г) не имеет значения

131. 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

СДР синдром

001. 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

002. 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

003. 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

004. Тяжесть сдавления мягких тканей конечное и 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

005. 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

006. 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

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

а) гиперфосфатемию

б) гиперкалиемию

в) гипернатриемию

г) гиперкальциемию

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

а) выраженные изменения в дистальных извитых канальцах

б) выраженные изменения в восходящих петлях Генли

в) забитость кровяными цилиндрами из миоглоби-на канальцев

г) правильно б) и в)

д) все ответы правильны

009. 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

010. 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

011. 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

012. 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

д) крайне тяжелые

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

а) периода сдавления

б) промежуточного периода

в) позднего периода

г) раннего периода

014. Какие из перечисленных признаков характеризуют ранний (начальный) период синдрома длительного сдавления?

а) прогрессирующий травматический отек и кровоизлияния в ткани конечности

б) острая почечная недостаточность

в) травматический неврит, контрактура суставов

г) образование участков некроза кожи, мышц

д) острая печеночная недостаточность

015. 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

016. При олигурии производят

а) адекватную гидратацию

б) измерение относительной плотности мочи

в) внутривенное введение маннитола

г) коррекцию водно-электролитного баланса

д) все перечисленное

017. Признаками гиперкалиемии являются

а) сонливость и слабость

б) заостренный зубец Т на ЭКГ

в) гипертензия

г) цианоз

018. При гипонатриемии отмечается все нижеперечисленное, кроме

а) ортостатической синкопе

б) перспирации

в) гипотензии

г) тошноты и рвоты

019. Выделите основное патологическое проявление промежуточного периода синдрома длительного сдавления

а) острая почечная недостаточность

б) прогрессирующий травматический отек конечности

в) некроз кожи и мышц конечности

г) травматический неврит, контрактура суставов

д) острая печеночная недостаточность

020. Для периода декомпенсации при сдавлении мяг ких тканей бедра характерно все перечисленное, кроме

а) гиперкалиемии

б) резкого снижения артериального давления

в) бледности кожных покровов

г) полиурии

д) шокоподобного состояния больного

021. 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

022. 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

023. 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

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

а) хлористый калий 10% - 30,0 ml.

б) реополиглюкин 400,0 ml.

в) глюкозо-калиево-инсулиновая смесь 500,0 ml.

г) раствор глюкозы 5% - 500,0 ml.

д) раствор новокаина 0.25% - 300,0 ml.

025. 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

026. 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

027. В объем квалифицированной помощи при оперативном лечении синдрома длительного раздавливания входит все, кроме

а) фасцитомии

б) первичной хирургической обработки

в) ампутации

г) лампасных разрезов

д) некрэктомии

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

001. К условиям, благоприятствующим развитию гнойной микрофлоры при проникновении ее в организм, относятся все перечисленные, кроме

а) наличия целостности эпидермиса кожи или эпителия слизистых

б) проникновения нескольких видов микробов-синергистов

в) дефектов кожи или слизистых

г) наличия в зоне травмы размозженных тканей

д) проникновения микробов повышенной вирулентности

002. 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)

003. Гнойные осложнения чаще возникают при следующих доступах к органам грудной полости

а) в 3-м межреберье

б) в 8 м межреберье

в) при стернотомии

г) четкой зависимости не отмечается

004. Вероятность инфекции наиболее высока

а) у больных старше 70 лет

б) у больных, страдающих ожирением

в) одинаковая у тех и у других

г) ни у тех, ни у других

005. 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)

006. 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

007. В структуре хирургической инфекции последних лет характерно превалирование

а) грамотрицательной микрофлоры

б) грамположительной микрофлоры

в) существенного различия нет

008. Проникновение гнойной микрофлоры вызывает со стороны тканей реакцию, выражающуюся всем перечисленным, кроме

а) артериальной гиперемии

б) венозного стаза

в) появления болей

г) местного повышения температуры

д) потери чувствительности

009. Абсцесс от инфильтрата отличается наличием

а) боли

б) гипертермии

в) флюктуации

г) гиперемии кожи

д) лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево

010. Ранней хирургической обработкой раны называется обработка

а) в первые 6 часов после травмы

б) спустя 12 часов после травмы

в) до 18 часов после травмы

г) через 24-36 часов после травмы

011. Отсроченная хирургическая обработка инфицированной раны - это обработка ее в период

а) спустя 6 часов после травмы

б) до 18 часов после травмы

в) 18-24 часа после травмы

г) 24-48 часов после травмы

д) спустя 48 часов после травмы

012. Поздняя хирургическая обработка инфицированной раны - это обработка ее после ранения в сроки

а) 18-24 часа после травмы

б) 24-36 часов после травмы

в) 36-48 часов после травмы

г) 48-72 часа после травмы

д) позже 72 часов после травмы

013. Главными отрицательными сторонами "консервативного" (тампонного) метода лечения гнойной раны является

а) недостаточное раскрытие и дренирование гнойной раны

б) недостаточное антимикробное воздействие на рану

в) невозможность ограничить распространение гнойной инфекции

г) длительность сроков лечения и плохие функциональные результаты лечения

014. Тактика лечения "чистой" и "гнойной" раны

а) не имеет принципиального различия

б) имеет принципиальное различие

015. Клиника заживления наиболее ярко выражена при наложении на гнойную рану после хирургической обработки

а) первичных швов

б) вторичных швов

в) существенной разницы не определяется

016. Развитие осложнений в зашитой гнойной ране наиболее вероятно

а) в первой фазе заживления

б) во второй фазе заживления

в) в третьей фазе заживления

г) в любой из перечисленных

017. Заживление раны вторичным натяжением - это

а) заживление через нагноение

б) заживление через грануляции

в) заживление по струпом

г) все перечисленное

018. Эпителизация краев раны, заживающей вторичным натяжением, начинается

а) в первой фазе заживления

б) во второй фазе заживления

в) в третьей фазе заживления

019. Лечение раны в первой фазе заживления включает

а) противовоспалительную терапию

б) стимулирование роста грануляций

в) стимулирование процессов очищения раны, создание покоя ране

г) адаптация краев раны

д) правильно а) и в)

020. При заживлении раны вторичным натяжением целесообразным во второй фазе является

а) противовоспалительное лечение

б) стимулирование роста грануляций

в) стимулирование процессов очищения раны

г) создание покоя ране и адаптация краев раны

д) кожная пластика раневой поверхности

021. Рана с поздно возникающими, вялыми, бледными, легко ранимыми грануляциями, характерна

а) при инфекции синегнойной палочки

б) при стафилококковой инфекции

в) при той, и при другой

г) ни при той, ни при другой

022. Нормализации раневого процесса при сахарном диабете способствует

а) применение антибиотиков

б) раннее вставание

в) сосудорасширяющие препараты

г) рациональная инсулинотерапия

023. Больному сахарным диабетом, получающему инсулин, при лечении гнойной раны

а) показано применение протеолитических ферментов (трипсина, химотрипсина)

б) не показано применение ферментов

в) применение фермента решается индивидуально

024. Наложение вторичных швов на раны у больных сахарным диабетом допустимо с учетом всего перечисленного, кроме

а) тяжести сахарного диабета

б) характера грануляций

в) постельного режима больного

г) наличия в ране микрофлоры

025. 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

026. Формами гипертермической реакции при хирургических заболеваниях могут быть

1) метаболическая

2) бактериальная

3) регуляторная

4) смешанная

а) верны все ответы

б) верно все, кроме 1

в) верно все, кроме 2

г) верно 3

д) верно 4

027. 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

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

а) лимфаденит

б) флебит

в) тромбофлебит

г) артрит

029. Наиболее тяжелые формы гнойного артрита вызываются

а) стафилококком

б) пневмококком

в) протеем

г) синегнойной палочкой

д) гемолитическим стрептококком

030. В лечении острого гнойного артрита применяется все перечисленное, за исключением

а) антибактериальной терапии

б) повторных пункций сустава

в) гемотрансфузии

г) оксибаротерапии

031. Операцию артротомии при гнойном артрите производят

а) при обширном разрушении суставных концов костей

б) при многократных повторных пункциях сустава, не дающих стойкого эффекта

в) при наличии гноя в полости сустава

г) при разрушении связочного аппарата сустава

д) при резко выраженном болевом синдроме

032. 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)

033. 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

034. 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

035. Активное дренирование гнойной раны - это

а) отток гноя по дренажной трубке по силе тяжести

б) отток гноя по капиллярному дренажу

в) длительное промывание раны через дренажную трубку

г) длительное дренирование раны с постоянной вакуумаспирацией

д) правильно в) и г)

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

а) молниеносной

б) острой

в) подострой

г) рецидивирующей

д) хронической

037. 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

038. При наличии местного гнойного очага генерализованная инфекция проходит фазы

а) гнойно-резорбтивную лихорадку

б) начальную стадию сепсиса

в) септицемию

г) септикопиемию

д) все перечисленное

039. 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)

040. Признаками злокачественной гипертермии являются

1)тахикардия, аритмия

2) нестабильная гемодинамика

3) ригидность мышц

4) гиперпноэ

5) цианоз

6) гипертермия

7) отек легких

8) энцефалопатия, отек мозга

9) острая почечная недостаточность

10) миоглобинурия

11) гиперкалиемия

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 4, 5, 7

в) верно все, кроме 9, 10

г) в рно все, кроме 2, 3

д) верно только 9, 10

041. В комплекс интенсивной терапии криза злокачественной гипертермии входят следующие мероприятия

1) физическое охлаждение

2) назначение дентролена 2.5 мг/кг

3) введение лазикса 10 мг/кг

4) введение кортикостероидов

5) введение бикарбоната натрия 1 мэкв/кг

6) искусственная вентиляция легких, оксигенотерапия

7) новокаинамид до 10 мг/кг

8) поляризующая смесь

9) введение сердечных гликозидов

10) введение 10% раствора хлористого кальция

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 9, 10

в) верно все, кроме 1, 2, 3

г) верно все, кроме 4, 5

д) верно только 9, 10

042. Ведущими симптомами раневого сепсиса являются

а) тяжелая интоксикация

б) гиповолемия, нарушение водно-электролитного баланса, ацидоз

в) ухудшение микроциркуляции

г) анемия, гипопротеинемия

д) все перечисленное

043. 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

044. Столбняк - это заболевание, которое не начинается.обычно

а) с головных болей

б) с раздражительности

в) с обильной потливости

г) с клонических судорог

д) с болей в области раны

045. Споры столбнячной палочки при кипячении или сухом нагревании до 150°С 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

046. 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

047. 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

048. Основные клинические признаки острой фазы столбняка (верно все, кроме одного)

а) тяжелое общее состояние больного, связанное

с интоксикацией

б) наличие у больного сардонической улыбки

в) резкая возбудимость поперечно-полосатой мускулатуры

г) вялые параличи мышц ниже места поражения в связи с избирательным воздействием столбнячного токсина на нервную ткань

д) задержка мочи

049. Ярко выраженная картина столбняка обычно протекает со всеми следующими характерными симптомами, кроме

а) распространенных судорог мышц туловища и

конечностей

б) повышения температуры тела до 42°С

в) отсутствия сознания

г) резко выраженной тахикардии

д) задержки мочеиспускания

050. 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

051. 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

052. 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

053. 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

054. Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо во всех перечисленных случаях, кроме

а) ушибленной раны головы

б) термического ожога бедра 2-й степени

в) острого гангренозного аппендицита

г) открытого перелома плеча

д) закрытого перелома голени

055. При лечении столбняка применяется все перечисленное, кроме

а) противостолбнячной сыворотки

б) столбнячного анатоксина

в) мышечных релаксантов

г) хлоралгидрата

д) нейролептиков

056. 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

057. 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

058. Клостридии - возбудители анаэробной инфекции вырабатывают

а) экзотоксин

б) эндотоксин

в) экзотоксин и эндотоксин

г) не вырабатывает токсина

059. 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

060. 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)

061. 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

062. Какой из перечисленных общих симптомов является самым ранним проявлением анаэробной инфекции?

а) появление лихорадки

б) желтушная окраска кожи и склер

в) "ножницы" между частотой пульса (тахикардия) и температурой

г) состояние тяжелой депрессии

д) частое поверхностное дыхание

063. Какой из перечисленных симптомов является начальным проявлением анаэробной инфекции?

а) распирающие боли в ране

б) пятна на коже бурой, желтой, синей окраски

в) появление на коже пузырей с геморрагическим содержимым

г) выпирающие из раны мышцы серого цвета (цвет"вареного мяса")

д) некроз всех тканей

064. 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)

065. Наиболее важным фактором для выживания больных с изолированной газовой гангреной является

а) раннее применение антибиотиков

б) раннее очищение раны от омертвевших тканей и/или ампутация

в) раннее применение гипербарической оксигенации

г) все перечисленное

066. 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

г) все перечисленное

д) правильно а) и б)

067. 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)

068. Профилактической дозой антигангренозной сыворотки является

а) по 5 000 ME против каждого из трех возбудителей

б) по 10 000 ME против каждого из трех возбудителей

в) 10 000 ME против возбудителя "перфригенс"

г) 30 000 ME против всех возбудителей (поливакцина)

д) правильно б) и г)

069. Лечебной дозой антигангренозной сыворотки является

а) по 10 000 ME против каждого из возбудителей

б) по 15 000 ME против каждого из возбудителей

в) по 20 000 ME против каждого из возбудителей

г) по 50 000 ME против каждого из возбудителей

д) по 100 000 ME против каждого из возбудителей

070. 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

071. У больного с анаэробной инфекцией состояние крайне тяжелое, нижняя конечность резко отечна, чувствительность и движения в пальцах стопы отсутствуют, нарастает интоксикация.

В каком из перечисленных мероприятий больной нуждается по жизненным показаниям?

а) дезинтоксикационная терапия

б) гипербарическая оксигенация

в) лампасные разрезы

г) лампасные разрезы с иссечением мертвых тканей

д) ампутация конечности

072. К характерным местным симптомам туберкулеза суставов относятся все перечисленные, исключая

а) боли

б) нарушения функции сустава

в) деформацию сустава

г) выраженную гиперемию кожи

д) прогрессирующую мышечную атрофию конечностей

АМПУТАЦИИ

001. 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)

002. Операция отсечения конечности на уровне сустава называется

а) ампутацией

б) экзартикуляцией

в) первичной хирургической обработкой

г) костнопластической операцией

д) фасциопластической операцией

003. 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)

004. 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

005. 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

006. 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

007. 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)

008. 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

009. 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

010. 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

011. 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

012. 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) пo 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

013. Уровень ампутации при некрозах конечностей вследствие облитерирующего эндоартериита, арте-росклероза 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)

014. 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) введений"' но­вокаина, снятии жгута и по яркой гиперемии кожи в течение 5 минут устанавливается полноцеййость ар­териального магистрального кровотока, системы мик­роциркуляции и уровня ампутации

г) во внутривенном введении сосудорасширяю­щих препаратов

015. 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

016. 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

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

а) выкраивания переднего и заднего кожнофасци-ального 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

018. 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 ЦНИ-ИППа)

019. 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

ШОК

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

а) Ра02 < 50 мм рт. ст.

б) РаС02 > 50 мм рт. ст.

в) S02 < 78%

г) правильно б) и в)

д) все перечисленное

002. 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

003. 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

004. 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

005. 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

006. 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

007. Центральное венозное давление при нормово-лемии 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.

008. 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

009. Венозный стаз, как правило, приводит ко всему перечисленному, кроме

а) гипотензии

б) метаболического ацидоза

в) повышенной кровоточивости раны

г) дыхательного алкалоза

010. Внутрилегочное шунтирование венозной крови составляет в норме

а) 1-3%

б) 5-7%

в) 9-12%

г) 13-15%

д) 20-23%

011. 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

012. Гематокрит в норме составляет в пределах

а) 26-30%

б) 36-42%

в) 45-48%

г) 49-52%

д) 53-58%

013. 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%

014. 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

015. 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)

016. В норме парциальное давление кислорода (Ра02) 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.

017. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт 02 обеспечивает гематокрит не ниже

а) 20-25%

б) 30%

в) 35%

г) 40%

д) 45%

018. В норме парциальное давление углекислого газа (РаС02) 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.

019. Изменения кислотно-щелочного состояния считаются компенсированными при рН

а) 7.25-7.43

б) 7.46-7.51

в) 7.35-7.45

г) 7.19-7.28

д) 7.10-7.18

020. 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

021. 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

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

а) на 1 -е сутки

б) на 2-е сутки

в) на 5-е сутки

г) на 7-е сутки

д) на 9-е сутки

023. 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

024. 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

025. 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

026. 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%

027. Клиника острой кровопотери возникает уже при кровопотере, равной

а) 250 мл

б) 500 мл

в) 1000 мл

г) 1500 мл

д) 2000 мл

028. Для гиповолемии характерны следующие значения ЦВД

а) менее 60 мм вод. ст.

б) от 60 до 120 мм вод. ст.

в) от 130 до 180 мм вод. ст.

г) от 190 до 240 мм вод. ст.

д) свыше 240 мм вод. ст.

029. Развитие диссеминированного внутрисосудисто-го 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

030. Развитию диссеминированного внутрисосуди-стого 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

031. 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

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

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

б) нарушение микроциркуляции в легких, почках, печени

в) острый канальцевый некроз почек

г) респираторную недостаточность

д) нарушение функции печени

033. 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

034. 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

035. Потери фибриногена происходят

а) в сгустках крови

б) на фильтрах систем

в) в сосудах микроциркуляции

г) при контактах крови с серрзными оболочками

д) при всем перечисленном

036. 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

037. Время кровотечения удлиняется

а) при травмах и размозжениях мышц

б) при гемолитических кризах

в) при резко выраженной тромбоцитопении

г) при асфиксии

д) при ожоговой травме

038. Время свертывания крови увеличивается

а) при гипокоагуляции

б) при гиперкоагуляции

в) при анемии

г) при увеличении фибриногена в крови

д) при ожогах

039. Появление фибриногена "Б" свидетельствует

а) о претромботическом состоянии и гиперкоагуляции

б) о гипофибриногенемии

в) о гиперфибриногенемии

г) о гипокоагуляции

д) о дефиците фактора протромбинового комплекса

040. Продукты деградации фибриногена (ПДФ)

а) не влияют на свертывание крови

б) обладают антикоагулянтными свойствами

в) вызывают гиперкоагуляцию

г) свидетельствуют о снижении концентрации фибриногена

д) свидетельствуют о снижении тромбинового времени

041. При диагностике диссеминированного внутрисо-судистого 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

042. 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)

043. 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

044. 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

045. При дыхательном ацидозе необходимо

а) переливание гидрокарбоната

б) гипервентиляция

в) уменьшение подачи наркотического вещества

г) внутривенное введение дыхательных аналептиков

д) все перечисленное

046. Шоковый период травматической болезни характеризуется

а) глюкозурией

б) гипергликемией

в) лактацидемией

г) правильно а) и б)

д) правильно все перечисленное

047. Для стрессовой реакции характерно все нижеперечисленное, кроме

а) задержки натрия и хлора

б) олигурии

в) полиурии

г) эозинофилии

д) лейкоцитоза

048. 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

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

а) ферментообразования

б) ферментовыведения

в) переваривания в самой железе

г) правильно а) и б)

д) все перечисленное

050. Ферментообразовательная и ферментовыдели-тельная 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

051. Так называемая "острая панкреатическая энзи-мопатия" у больных с травмой характеризуется

а) активизацией кининовой системы

б) активизацией протеолиза

в) активизацией коагулопатии

г) кардиотоксической реакцией

д) всем перечисленным

052. Методика форсированного диуреза при остром панкреатите сводится

1) к предварительной водной нагрузке путем ин-фузии изотонических растворов электролитов, бикарбоната, глюкозы в объеме 1-1.5 л

2) к введению 15-20% раствора маннитола из расчета 1-1.5 г/кг

3) к введению растворов электролитов с учетом ионограмм

4) к ведению до 1 л белковых препаратов (плазмы, альбумин, аминопептид)

а) верно все перечисленное

б) верно 1, 2

в) верно 4

г) верно все, кроме 4

д) верно все, кроме 1

053. 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 вазоконст-рикции, сменяющейся застоем крови в печени и развитием ДВС

в) элиминации ферментов с гиперферментемией ЛДГ, АЛТ, ACT

г) уменьшения потребления АТФ и уменьшения проницаемости мембран

д) дистрофии гепатоцитов, развития холестаза и цитолиза

054. 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

055. С целью профилактики возникновения гипергидратации головного мозга у пострадавших с сочетан-ной 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

056. Изотонической считается концентрация раствора глюкозы

а) 0.8%

б) 3%

в) 4.2%

г) 5%

д) 10%

057. 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

058. Ранним признаком острого тромбоза артерий является

а) боль

б) отек

в) похолодание конечности

г) мраморность кожных покровов

д) пощипывание, парестезии

059. 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)

060. Показаниями к переливанию плазмозаменителей являются

а) гиперволемия

б) нормоволемия

в) гиповолемия

г) уровень гематокрита 45-50%

д) высокий лейкоцитоз

061. 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

062. Низкомолекулярные декстраны

а) увеличивают опасность кровотечения

б) ухудшают микроциркуляцию

в) не увеличивают опасность кровотечения

г) улучшают микроциркуляцию

д) правильно в) и г)

063. Причинами перегрузки правого сердца являются все перечисленные, кроме

1) тромбоэмболии легочной артерии

2) пневмоторакса

3) массивного ателектаза

4) гидроторакса

5) массивной пневмонии

6) астматического статуса

7) тромбоза нижней полой вены

а) верно все

б) верно все, кроме 1, 2

в) верно все, кроме 2, 3, 4

г) верно все, кроме 7

064. 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

065. При лечении анафилактического шока включаются следующие препараты

1) адреналин

2) глюкокортикоиды

3) антигистаминные

4) плазмозаменители

5) хлористый кальций

6) кофеин

а) верно все

б) верно все, кроме 1, 2

в) верно все, кроме 4, 5

г) верно 1, 2

д) верно 5, 6

066. Наиболее эффективным объемным эффектом обладают следующие плазмозаменяющие растворы

а) декстраны

б) растворы желатина

в) плазма

г) рингер-лактат

д) правильно а) и б)

067. К инфузионным средствам, не обладающим объемно-замещающей функцией, относятся

а) декстраны

б) электролитные изотонические растворы

в) плазма

г) кровь

д) изотонические растворы глюкозы

068. При применении декстранов возможны

а) перегрузка кровообращения

б) опасность кровотечения

в) почечная недостаточность

г) все ответы правильны д) верно лишь б) и в)

069. 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

070. 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

071. 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)

072. 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.

073. 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

074. 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

075. 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) 6ч

076. Травматический шок при тяжелой черепно-мозговой травме возникает

а) часто

б) очень часто

в) всегда

г) редко

д) очень редко

077. 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

078. 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

079. 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

080. 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 интер-стиций, склеиванием эритроцитов и тромбоцитов и образованием микротромбов

в) расстройством микроциркуляции

г) всем перечисленным

д) правильно а) и в)

081. 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)

082. 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

083. 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

084. 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

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

а) увеличения капиллярной перфузии и гемоди-люцией

б) уменьшения капиллярной перфузии и вазоди-люцией

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

086. 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 интер-стиции в капилляры

д) правильно а) и б)

087. 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

088. 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

089. 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

090. При травматическом шоке IV степени полиглю-кин и желатиноль

а) улучшают микроциркуляцию

б) не улучшают микроциркуляцию

в) ухудшают микроциркуляцию

г) влияния на сосудистую систему не оказывают

091. 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

092. 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

093. Пострадавшему, находящемуся в состоянии тра вматического 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

094. 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)

095. 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

096. 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

097. 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)

098. 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

099. 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

100. Основными признаками спинального шока являются

1) гиперволемия

2) гиповолемия

3) гипертония

4) гипотония

5) брадикардия

6) атония сосудов

а) верно все

б) верно 1, 3

в) верно 2, 4, 5, 6

г) верно 3, 5

д) верно 1, 6

101. Инфекционно-токсический шок может развиться

1) при перитоните

2) при пневмонии

3) при эндометрите

4) при менингите

5) при инфекционном эндокардите

6) при пиелонефрите

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 1, 2

в) верно все, кроме 3, 4

г) верно все, кроме 5, 6

д) верно 5, 6

102. Длительное нахождение катетера в вене может привести ко всему перечисленному, кроме

а) септического флебита

б) химического флебита

в) тромбоэмболии

г) септицемии

д) ДВС-синдрома

ПОЛИТРАВМА

001. 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

002. Больной упал с высоты на ноги. Диагностирован компрессионный перелом I поясничного позвонка. Переломы каких костей у данного больного следует исключить в первую очередь?

а) перелом ребер

б) перелом бедер

в) перелом таза и пяточных костей

г) перелом лодыжек

д) перелом надколенника

003. 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

004. 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

005. Из перечисленных повреждений выберите множественное

а) перелом голени, ребер, позвоночника

б) закрытая черепно-мозговая травма и внутричерепная гематома

в) закрытая травма живота и разрыв печени

г) перелом ребер, пневмогемоторакс

д) перелом голени, поражение радиацией

006. 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)

007. 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

008. Выберите повреждение, которое является сочетанным

а) двойной перелом бедра

б) перелом бедер и переднего полукольца таза

в) перелом ребер, разрыв селезенки

г) ожог туловища и конечностей

д) термический ожог грудной клетки и поражение проникающей радиацией в дозе 350 рентген

009. 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)

010. 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)

011. 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

012. 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

013. К комбинированным повреждениям относятся:

1) множественный перелом ребер с гемопневмо-тораксом, 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

014. Из перечисленных поражений выберите комбинированное

а) перелом бедра, голени и предплечья

б) черепно-мозговая травма и огнестрельное ранение живота

в) ожог туловища, лица, правого бедра

г) огнестрельное ранение грудной клетки и поражение радиацией в дозе 200 рентген

д) оскольчатый двойной перелом плечевой кости

015. Летальность при множественных и сочетанных повреждениях в первые часы после травмы обусловленна

а) шоком и кровопотерей

б) тяжелой черепно - мозговой травмой

в) тромбоэмболией легочной артерии

г) жирововй эмболией

016. 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

017. 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

018. 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

019. 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

020. 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

021. 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

022. 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

023. 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)

024. 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

025. 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

026. 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

027. 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

028. 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

029. При острой полиорганной недостаточности в результате сочетанной травмы необходимо срочное проведение следующих мероприятий, кроме

а) восстановления гемодинамики путем инфузионно - трансфузионной терапии

б) проведения искусственной вентиляции легких

в) остановки внутреннего кровотечения

г) проведения оперативных вмешательств по жизненным показаниям

д) стабильной фиксации путем проведения остео-синтеза при переломах

030. Борьбу с острой сердечной недостаточностью начинают со всех нижеперечисленных мероприятий, исключая

а) выявления причины острой дыхательной недостаточности

б) восстановление и улучшение легочной вентиляции и функции сердечно - сосудистой системы

в) проведение искусственной вентиляции легких

г) проведение инфузионно - трансфузионной терапии

д) стабилизацию поврежденных костных сегментов

031. Экстренная иммобилизация длинных трубчатых костей при множественных и сочетанных повреждениях предупреждает возникновение

а) шока

б) жировой эмболии

в) полиорганной недостаточности

г) верно а) и б)

д) верно б) и в)

032. При оказании помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной черепно - мозговой травмой и травмой опорно -двигательного аппарата важной является строгая последовательность действий, предусматривающая

1) возмещение кровопотери

2) оценку жизнеспособности головного мозга

3) ликвидацию острой дыхательной недостаточности

4) иммобилизацию поврежденных конечностей

5) профилактику инфекций

а) верно 3, 2, 4, 1, 5

б) верно 1, 2, 5, 4, 3

в) верно 3, 1, 2, 4, 5

г) верно 2, 3, 1, 5, 4

д) верно 1, 2, 3, 4, 5

033. 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

034. 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

035. 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

036. 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

037. 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

038. 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

039. 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

040. 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 гемотораксом 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

041. 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

042. 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)

043. 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

044. 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

045. 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

046. 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

047. 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

048. 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

049. 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

050. 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

051. 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

052. Больной сбит машиной, доставлен в бессознательном состоянии. Диагностирована внутричерепная гематома, перелом костей голени, двусторонний перелом ребер. Справа - 3, с наличием пневмоторакса, слева - 4 с признаками гемоторакса. Шок IV степени. Гемодинамика нестабильная. Анизакория. Начаты реанимационные мероприятия, адекватная инфузион-ная терапия. Произведено дренирование правой плевральной полости, легкое в ближайшие 2 часа расправилось. При пункции левой плевральной полости удалено 250 мл жидкой крови. Лечебная тактика включает

а) левостороннюю торакотомию

б) срочную декомпрессивную трепанацию черепа

в) срочную трепанацию черепа с последующей ИВЛ и другими реанимационными мероприятиями

г) только ИВЛ с выведением больного из шока

д) остеосинтез ребер и костей голени

053. Больной получил дорожную травму. Доставлен в тяжелом состоянии. Картина шока IV степени. В процессе обследования выявлен перелом костей таза. Выраженная одышка, тахикардия. Резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева коробочный оттенок звука. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы.

У данного больного можно определить

а) внутрибрюшное кровотечение

б) разрыв легкого

в) тупую травму сердца

г) разрыв левого купола диафрагмы с пролабиро-ванием органов брюшной полости в грудную

д) для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы исследования

054. Больной получил дорожную травму. Доставлен в тяжелом состоянии. Картина шока IV степени. Выявлен перелом костей таза. Обращает на себя внимание выраженная одышка, тахикардия. Резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева тимпанит. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. Заподозрен разрыв левого купола диафрагмы, что подтверждено рентгенологическим исследованием. Лечебные мероприятия включают

а) немедленную торакотомию

б) лапароскопию

в) выведение больного из шока

в) применение различных видов новокаиновых блокад

д) наблюдение и симптоматическое лечение, включая наркотики

ВОЕННО - ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

001. В каком из перечисленных районов расположения воинских подразделений осуществляется оказание квалифицированной хирургической помощи?

а) в медицинских учреждениях тыла

б) в госпитальной базе фронта

в) в районе расположения полка

г) в расположении батальона

д) в дивизионном медицинском учреждении (ОмедБ)

002. Показаниями для транспортной иммобилизации на этапах медицинской эвакуации является все, кроме

а) огнестрельных переломов и повреждений суставов

б) обширных повреждений мягких тканей

в) повреждения сосудов и нервов

г) синдрома длительного раздавливания

д) касательного ранения мягких тканей

003. При проникающих ранениях живота в первую очередь должны быть оперированы раненые

а) находящиеся в шоке

б) с разлитым перитонитом

в) с эвентрацией внутренних органов

г) с внутрибрюшным кровотечением

д) находящиеся в бессознательном состоянии

004. Какова роль антибиотиков при лечении огнестрельных ран?

а) стерилизуют рану

б) временно подавляют развитие инфекционных осложнений раны

в) никакой роли не играют, так как микробная флора не чувствительна к ним

г) применение их вредно из-за аллергических реакций

д) ухудшают течение раневого процесса

005. Выберите противошоковые мероприятия, которые проводят на МПП:

1) иммобилизация

2) новокаиновые блокады

3) введение наркотических анальгетиков

4) временная остановка кровотечения

а) 1,2

б) 2,3

в) 3,4

г) 1,4

д) все указанные мероприятия

006. 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

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

а) неполного перелома

б) линейного перелома

в) вдавленного перелома

г) парабазального перелома

008. Солдат получил травму головы при взрыве снаряда.

При обследовании в ОмедБ обнаружено: сопор, правый Зрачок шире левого, тонус мышц левых рук и ноги снижен, гемипарез. Какой из перечисленных диагнозов верный?

а) сотрясение головного мозга

б) субарахноидальное кровоизлияние

в) внутричерепная гематома справа

г) перелом костей передней черепной ямки

д) ушиб мозга

009. Показаниями к неотложному оперативному вмешательству при черепно-мозговой травме в ОмедБ являются все, кроме

а) черепно-мозговой комы

б) нарастающего сдавления головного мозга

в) истечения мозгового детрита

г) продолжающегося кровотечения из раны черепа

д) осколка, торчащего из раны

010. При ранении позвоночника и спинного мозга на МПП производят

а) пункцию мочевого пузыря

б) катетеризацию мочевого пузыря

в) первичную хирургическую обработку раны

г) спинномозговую пункцию

д) ничего не делают

011. Ефрейтор 41 года доставлен в нейрохирургический госпиталь, где диагностирован компрессионный перелом II поясничного позвонка со сдавлением спинного мозга. Нижняя параплегия.

Какое из перечисленных мероприятий следует осуществить?

а) вправление позвонка по Белеру

б) скелетное вытяжение за нижние конечности

в) вытяжение на наклонной плоскости за подмышечные лямки

г) дискэктомия и передний спондилодез

д) ламинэктомия

012. 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

013. 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

014. Какое лечебное мероприятие следует провести на этапе первой врачебной помощи при клапанном пневмотораксе?

а) дренирование плевральной полости по Бюлау

б) искусственная вентиляция легких

в) плевральная пункция

г) торакотомия, бронхоскопия

д) герметичная повязка на рану

015. Какое лечебное мероприятие следует провести на этапе первой врачебной помощи при открытом пневмотораксе?

а) дренирование плевральной полости по Бюлау

б) трахеотомия

в) торакотомия

г) наложение окклюзивной повязки

д) бронхоскопия

016. Какое мероприятие следует применить при открытом пневмотораксе на этапе квалифицированной помощи?

а) дренирование плевральной полости по Бюлау

б) торакотомия

в) ушивание открытого пневмоторакса

г) искусственная вентиляция легких

д) большая окклюзионная повязка

017. 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 сред-неклеточной 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

018. 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

019. 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

020. 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°С

в) беспокойного состояния больного

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

д) раневого симптома Герке

021. Больной получил сквозное пулевое ранение (из пистолета) левой половины грудной клетки. Входное отверстие на уровне Vlll-ro межреберья по паравер-тебральной линии, выходное - у края левой реберной дуги по среднеключичной линии. Состояние тяжелое. Диагностировано торакоабдоминальное ранение. При плевральной пункции удалено 160 мл жидкой крови. Произведена срочная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено 1.5 л жидкой крови. При ревизии - сквозное ранение кардиального отдела желудка и левой доли печени. Произведено ушивание ран желудка и печени. При повторном рентгенологическом исследовании пневмоторакс и гемоторакс не определяются. В дальнейшем необходимо выполнить

а) дренирование плевральной полости

б) немедленную левостороннюю торакотомию

в) торакоскопию

г) наблюдение за плевральной полостью с рентгеновским контролем

д) повторные плевральной пункции в зависимости от клинических и рентгенологических данных

022. 23-летний ранее здоровый мужчина поступил с огнестрельными ранениями левой половины груди. Входное отверстие на 3 мм ниже соска, выходное -выше лопатки. По введеному дренажу одномоментно выделилось 400 мл крови, затем выделялось 50-75 мл/час. При поступлении АД 70/0, после переливания 2 литров кристаллоидов 100/70. Живот без особенностей. На рентгенограмме легкое расправлено, нет свободного газа и жидкости в плевральной полости правильный следующий шаг:

а) наблюдение

б) перитонеальный лаваж

в) эксплоративная торакотомия

г) эксплоративная лапаротомия

д) осмотр раны

023. Рядовой во время земляных работ был засыпан и придавлен землей. При осмотре в приемно-сортировочном отделении в МПП обнаружен цианоз лица, шеи, грудной клетки, петехиальные высыпания на коже указанных областей. Тахикардия, тахипное. Какой диагноз впишете в медицинскую карту?

а) множественный перелом ребер

б) тампонада сердца

в) эмфизема средостенная

г) травматическая асфиксия

д) гемоторакс, кровопотеря

024. Какую помощь Вы окажите раненому, который поступил в МПП через 2 часа после ранения. Ранен осколком в кисть с повреждением пястных костей. Рука подвешена на косынке. Повязка умеренно промокла кровью, подсохла. Состояние удовлетворительное. Пульс — 78 в минуту, ритмичен. Ваша тактика?

а) наложить жгут и срочно, в первую очередь направить в ОмедБ санитарным транспортом

б) сделать первичную хирургическую обработку и окончательно остановить кровотечение, эвакуация лежа на носилках в ГЛР

в) подбинтовать, наложить шину и эвакуировать в ОмедБ санитарным транспортом

г) ввести наркотические анальгетики, подбинтовать, наложить шину, эвакуировать попутным транспортом в ОмедБ, сидя

д) ничего не делать и срочно в первую очередь эвакуировать в ГЛР санитарным транспортом, сидя

025. На МПП поступил раненый в левое плечо в удовлетворительном состоянии через 3,5 часа после слепого осколочного ранения. Повязка промокла кровью, подсохла, лежит хорошо. Выберите наиболее правильную тактику

а) сменить повязку и оставить в МПП

б) подбинтовать и эвакуировать попутным транспортом в ОмедБ, сидя

в) наложить шину Крамера и эвакуировать санитарным транспортом в ОмедБ, лежа

г) ввести наркотические анальгетики, эвакуация в ГБФ

д) сделать первичную хирургическую обработку и эвакуировать в ГЛР попутным транспортом

026. Рядовой 3. поступил в МПП через 2 часа после ранения осколком, средней трети левого плеча. При оказании первой медицинской помощи наложен жгут. Поступил в состоянии средней тяжести. Рука подвешена на косынке, кисть свисает. Движения кисти и пальцев отсутствуют. Пульс - 104 в минуту, удовлетворительного наполнения. Повязка умеренно промокла кровью. В перевязочной после снятия повязки обширная касательная рана мягких тканей левого плеча с повреждением сосудов и нервов. Ваша тактика?

а) проводниковая анестезия перед снятием жгута, давящая повязка, иммобилизация, эвакуация в ОмедБ

б) местная анестезия перед снятием жгута, тампонада раны, иммобилизация, эвакуация в ОмедБ

в) снять жгут, наложить повязку, иммобилизация, эвакуация в ОмедБ

г) снять жгут и ввести наркотики, наложить повязку, эвакуация в ОмедБ

д) футлярная анестезия перед снятием жгута, зажим на поврежденный сосуд, иммобилизация, эвакуация в ОмедБ

027. Методом выбора при лечении огнестрельных переломов верхней конечности будет

а) интрамедуллярный остеосинтез

б) скелетное вытяжение

в) накостный остеосинтез

г) внеочаговый остеосинтез с помощью аппарата

028.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

029. Какую тактику Вы изберете в МПП, если имеется множественное ранение мягких тканей нижней конечности без продолжающегося кровотечения и повреждения костей?

Состояние раненого удовлетворительное. Функция конечности сохранена. Повязка лежит хорошо

а) снять повязки и уточнить диагноз

б) произвести первичную хирургическую обработку ран

в) подбинтовать и эвакуировать в ОмедБ, лежа, на санитарном транспорте

г) не снимая повязки эвакуировать санитарным, попутным транспортом в ОмедБ

д) наложить шину Крамера и эвакуировать в общехирургический госпиталь ГБФ санитарным транспортом

030. В перевязочную МПП доставлен раненый с жалобами на резкие боли в области левого бедра. На передней поверхности имеется слепое ранение средней трети левого бедра. При осмотре выявлена асимметрично расположенная припухлость на внутренней поверхности левого бедра, общее состояние удовлетворительное. Что необходимо сделать раненому на МПП?

а) первичная хирургическая обработка раны, наркотические анальгетики и шинирование

б) наложить давящую повязку, шинирование, наркотические анальгетики

в) наложить давящую повязку, жгут, шинирование, наркотические анальгетики

г) наложить повязку, шинирование, провизорный жгут, наркотические анальгетики

д) туалет раны, иммобилизация, наркотические анальгетики

031. В приемно-сортировочное отделение ОмедБ поступил раненый в правое бедро осколком снаряда через 3 часа после ранения. Повязка промокла кровью, несколько подсохла. Нижняя конечность иммобилизована двумя шинами Крамера. Раненый в удовлетворительном состоянии. Пульс - 84 в минуту, ритмичен, удовлетворительного наполнения. На правом бедре лежит жгут. При снятии жгута повязка резко окрашивается алой кровью. Ваша тактика при лечении данного раненого?

а) рассечение раны и наложение кровоостанавливающего зажима

б) контроль за наложением жгута, наркотики

в) первичная хирургическая обработка и тугая тампонада раны

г) первичная хирургическая обработка раны, окончательная остановка кровотечения

д) отправить в ГБФ

032. 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

033. Лечение огнестрельного перелома диафиза 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

034. У больного с огнестрельным переломом бедра, осложненным шоком, проведены противошоковые мероприятия.

С каких из них следует начать?

1) переливание крови

2) первичная хирургическая обработка раны

3) новокаиновая блокада

4) переливание глюкозо-новокаиной смеси или реополиглюкина

5) витаминотерапия

а) 1,2

б) 2,3

в) 3,4

г) 4, 5

д) 1,4

035. В приемно-сортировочное отделение МПП через 2 часа после ранения поступил раненый в голень с наложенной одной шиной Крамера. Повязка промокла кровью, влажная. Состояние раненного средней тяжести. Пульс – 92 в минуту, ритмичен, мягкий. Что в первую очередь следует сделать раненому?

а) эвакуировать в ОмедБ

б) направить в перевязочную для ревизии раны и остановки кровотечения, инфузионная терапия

в) подбинтовать и эвакуировать в специальный госпиталь ГБФ

г) наложить дополнительно две шины Крамера

д) наложить жгут на бедро и эвакуировать в ОмедБ в первую очередь

036. 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

037. 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

г) наложения аппарата Илизарова

д) эвакуации в специализированное отделение

038. 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

039. 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

040. 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

041 .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

042. 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

043. 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

044. 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

045. 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

046.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

047. Какая из перечисленных манипуляций должна быть выполнена обязательно при проникающих ранениях брюшной полости?

а) первичная хирургическая обработка раны

б) лапароцентез

в) рентгеноскопия брюшной полости

г) диагностическая лапаротомия

д) гастродуоденоскопия

048. у раненого с разрывом уретры и переполненным мочевым пузырем какое следует произвести мероприятие на МПП?

а) первичная хирургическая обработка огнестрельной раны

б) введение постоянного катетера

в) надлобковая пункция пузыря

г) эпицистостомия

д) пластика уретры на катетере

049. При проникающем ранении в живот в ОмедБ в первую очередь должны быть оперированы раненые

а) находящиеся в шоке

б) с признаками повреждения полых органов

в) находящиеся в удовлетворительном состоянии

г) с признаками внутреннего кровотечения

д) никто не оперируется, эвакуируются в ГБФ

050. Солдат был придавлен бензовозом к забору. Сдавление живота. При осмотре в ОмедБ через 2 часа состояние тяжелое, лежит на боку, ноги прижаты к животу, бледен. Живот вздут, умеренно напряжен, положительный симптом Щеткина, определяется притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. Укажите наиболее вероятный диагноз

а) ушиб и сдавление живота, шок

б) переломы нижних ребер

в) перелом костей таза

г) разрыв полого органа, перитонит

д) внутрибрюшное кровотечение

051. На каком этапе медицинской эвакуации раненый, находящийся в состоянии ожогового шока, должен быть окончательно выведен из него?

а) МПП

б) ОмедБ

в) ГБФ

г) ротный район

д) поле боя

052. Какой наиболее оптимальный объем помощи следует выполнять при синдроме длительного раздавливания на МПП?

а) переливание крови, оксигенотерапия, иммобилизация, наркотические анальгетики, тугое бинтование

б) внутривенное введение 4% раствора соды, тугое бинтование конечности, наркотические

анальгетики

в) футлярная новокаиновая блокада, иммобилизация, холод, оксигенотерапия, тугое бинтование

г) холод, паранефральная и футлярная блокады, иммобилизация, тугое бинтование конечности, наркотические анальгетики

д) переливание крови или кровезаменителей, введение раствора соды, наркотические анальгетики

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

а) промывания раны по Сызганову-Ткаченко

б) озвучивания, вакуумирования раны, магнитоте-рапии

в) полноценной хирургической обработки раны с последующим остеосинтезом сломанных фрагментов

г) направленной антибиотикотерапии

д) воздействия теплом

**ОТВЕТЫ**

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 -Б | 21-Г | 41-Д | 61-Б | 81-Б | 101-Б |
| 2-Г | 22-В | 42-В | 62-Б | 82-А | 102-Б |
| 3-Г | 23-Б | 43-Г | 63-А | 83-Д | 103-Б |
| 4-Г | 24-В | 44-Б | 64-А | 84-Б | 104-А |
| 5-А | 25-Г | 45-Б | 65-А | 85-А | 105-Б |
| 6-Б | 26-В | 46-А | 66-В | 86-В | 106-В |
| 7-А | 27-Б | 47-В | 67-А | 87-Б | 107-Б |
| 8-А | 28-А | 48-Г | 68-А | 88-Б | 108-Б |
| 9-Д | 29-А | 49-Д | 69-Б | 89-В | 109-А |
| 10-А | 30-В | 50-Д | 70-Г | 90-Б | 110-В |
| 11-Г | 31-Д | 51-А | 71-Б | 91-Б | 111-А |
| 12-Д | 32-В | 52-Б | 72-В | 92-В | 112-А |
| 13-Г | 33-В | 53-Б | 73-Б | 93-Б | 113-А |
| 14-Д | 34-Д | 54-А | 74-Б | 94-В | 114-Г |
| 15-Г | 35-А | 55-В | 75-Б | 95-Г | 115-А |
| 16-Б | 36-В | 56-А | 76-В | 96-В |  |
| 17-Г | 37-Б | 57-Г | 77-Г | 97-А |  |
| 18-Г | 38-Б | 58-А | 78-Г | 98-Б |  |
| 19-Д | 39-А | 59-Г | 79-А | 99-Б |  |
| 20-А | 40-А | 60-В | 80-В | 100-Б |  |

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-В | 013 -Г | 025-Г | 037-В | 049-Г |
| 002-А | 014-А | 026-В | 038-Д | 050-Д |
| 003-Б | 015-Б | 027-Д | 039-Г | 051-Д |
| 004-Г | 016-Д | 028-Г | 040-Д | 052-Г |
| 005-В | 017-Б | 029-Д | 041-В | 053-В |
| 006-Г | 018-А | 030-Д | 042-Д | 054-Г |
| 007-А | 019-Б | 031-Д | 043-В | 055-Г |
| 008-В | 020-Г | 032-Г | 044-Г | 056-Б |
| 009-Г | 021-Д | 033-Д | 045-Г | 057-Д |
| 010- В | 022-Г | 034-Г | 046-Д | 058-В |
| 011-Б | 023-Д | 035-Д | 047-Г | 059-Б |
| 012-Д | 024-Г | 036-Д | 048-Г | 060-Б |

АНЕСТЕЗИЯ, ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАНИМАЦИЯ

В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-А | 019-В | 037-А | 055-Г | 073-А | 091-В | 109-Б |
| 002-Д | 020-В | 038-А | 056-Г | 074-Д | 092-А | 110-В |
| 003-Д | 021-А | 039-А | 057-В | 075-Д | 093-А | 111-А |
| 004-Б | 022-Б | 040-В | 058-Д | 076-Г | 094-Б | 112-Г |
| 005-Г | 023-Б | 041-А | 059-В | 077-Б | 095-В | 113-Д |
| 006-В | 024-В | 042-Г | 060-Д | 078-А | 096-А | 114-Г |
| 007-Г | 025-Д | 043-Г | 061-Д | 079-А | 097-Д | 115-Д |
| 008-В | 026-А | 044-А | 062-Г | 080-Б | 098-Д | 116-Б |
| 009-Д | 027-Д | 045-Б | 063-Д | 081 -А | 099-Г |  |
| 010-Д | 028-Б | 046-А | 064-А | 082-В | 100-Г |  |
| 011-Д | 029-Б | 047-В | 065-Б | 083-А | 101-Д |  |
| 012-Г | 030-Д | 048-Б | 066-А | 084-Б | 102-А |  |
| 013-В | 031 -А | 049-Б | 067-Г | 085-Д | 103-В |  |
| 014-Б | 032-Д | 050-А | 068-Д | 086-Г | 104-В |  |
| 015-Д | 033-Д | 051-В | 069-Д | 087-Б | 105-Г |  |
| 016-Б | 034-Д | 052-А | 070-В | 088-Д | 106-В |  |
| 017-Б | 035-Г | 053-В | 071-Д | 089-В | 107-Д |  |
| 018-А | 036-Д | 054-Б | 072-А | 090-Г | 108-Б |  |

ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001 -Б | 010-В | 019-Г | 028-А | 037-Б | 046-Д |
| 002-Б | 011 -Б | 020-Д | 029-Б | 038-Г | 047-Б |
| 003-Д | 012-Б | 021 -А | 030-А | 039-Д | 048-А |
| 004-Б | 013-В | 022-А | 031 -Б | 040-В | 049-Г |
| 005-А | 014-В | 023-Д | 032-Г | 041-Б | 050-Г |
| 006-А | 015-А | 024-Д | 033-А | 042-Г | 051-В |
| 007-В | 016-А | 025-Б | 034-Г | 043-Б | 052-В |
| 008-В | 017-Г | 026-А | 035-Г | 044-Г |  |
| 009-Г | 018-Г | 027-В | 036-А | 045-Г |  |

ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 -А | 16-В | 31 -Д | 46-Д | 61-Д | 76-Д | 91-Б |
| 2-Г | 17-Д | 32-Г | 47-Д | 62-Б | 77-Д | 92-Г |
| 3-А | 18-Д | 33-Г | 48 -Д | 63-А | 78-А | 93-А |
| 4-А | 19-Д | 34-Д | 49 -Д | 64-А | 79-В | 94-Г |
| 5-А | 20-Г | 35-Д | 50-Д | 65-Д | 80-Г | 95-Б |
| 6-В | 21-А | 36-А | 51-В | 66-Д | 81-Д | 96-Д |
| 7-Б | 22-А | 37-Г | 52-В | 67-А | 82-В |  |
| 8-Д | 23-Д | 38-Б | 53-В | 68-Г | 83-А |  |
| 9-Д | 24-В | 39-Д | 54-Д | 69-Д | 84-А |  |
| 10-д | 25-Д | 40-Б | 55-Д | 70-Д | 85-В |  |
| 11-Д | 26-Г | 41-Г | 56-Г | 71-Д | 86-Д |  |
| 12-В | 27-А | 42-Д | 57 -Д | 72-Д | 87-Д |  |
| 13-Д | 28-Д | 43-Д | 58-Д | 73-Д | 88-А |  |
| 14-Г | 29-В | 44-Д | 59-Д | 74-Д | 89-Д |  |
| 15-А | 30-Г | 45-Д | 60-Д | 75-Д | 90-А |  |

РЕГЕНЕРАЦИЯ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1- Б | 4-Д | 7-А | 10-Д | 13-Б | 16-Д | 19-В |
| 2-Д | 5-Г | 8-Д | 11-Д | 14-А | 17-Д | 20-А |
| 3-Г | 6-А | 9-Д | 12-Б | 15-Д | 18-Д | 21 - Г |

ПОВРЕЖДЕНИЯ СВЯЗОК, СУХОЖИЛИЙ И МЫШЦ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-А | 5-Д | 9- В | 13-В | 17-Б | 21-Б | 25-А | 29 - В | 33 - В | 37 - Б |
| 2-Г | 6-Г | 10-В | 14-В | 18-А | 22-В | 26 -А | 30 - В | 34 - Д | 38 - Б |
| 3-В | 7-Д | 11-В | 15-Б | 19- Г | 23-В | 27-Б | 31 - В | 35 - Б |  |
| 4-А | 8-Г | 12-Д | 16-Б | 20-В | 24-Г | 28-Д | 32 - Д | 36 - В |  |

ПОВРЕЖДЕНИЕ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ТРОМБОЗЫ. ЭМБОЛИИ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-Д | 4-В | 7-Д | 10 - Г | 13-Г | 16-Д | 19-Д | 22-Б | 25 - В |
| 2-Б | 5-Б | 8-Д | 11-Г | 14-Б | 17-А | 20-В | 23-В | 24-В |
| 3-Д | 6-В | 9-Г | 12-А | 15 -Г | 18-В | 21-А |  |  |

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ВЫВИХИ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-Г | 7-В | 13-Г | 19-Б | 25-А | 31-В | 37-Б | 43-А | 49-Г |
| 2-В | 8-Б | 14-А | 20-Б | 26 - В | 32-А | 38 -Д | 44-Г | 50-В |
| 3-Г | 9-В | 15 -Г | 21 -Д | 27-Д | 33 -Г | 39-А | 45-Д | 51-Г |
| 4-Г | 10-Г | 16 -В | 22-В | 28-А | 34-Б | 40-А | 46-Б |  |
| 5-Д | 11-Б | 17-Б | 23-Г | 29-А | 35-Г | 41-Д | 47-Б |  |
| 6-В | 12-Б | 18-А | 24-Б | 30-Г | 36-А | 42-Б | 48-Г |  |

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-А | 4-А | 7-В | 10-В | 13-Б | 16-А | 19-Г | 22-В | 25-Г |
| 2-Б | 5-В | 8-В | 11-Д | 14-В | 17-В | 20-Г | 23-Г | 26-А |
| 3-А | 6-Г | 9-Д | 12-А | 15--А | 18-В | 21-Г | 24-Г |  |

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ НАДПЛЕЧЬЯ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-Г | 3-А | 5-Г | 7-Г | 9-Д | 11-Б | 13-Б | 15 -Д |
| 2-А | 4-А | 6-Г | 8-Б | 10-В | 12-В | 14 -Д | 16-Б |

ПЕРЕЛОМЫ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-Г | 4-Б | 7-А | 10-В | 13-Б | 16-Г | 19-В | 22-А | 25-В | 28-А | 31-Б |
| 2-Г | 5-А | 8-В | 11-Б | 14-В | 17-А | 20-Б | 23-Д | 26-Б | 29–Б | 32-Д |
| 3-Б | 6-А | 9-Б | 12- Г | 15-Б | 18-Б | 21-Б | 24-В | 27-А | 30-Г | 33-Б |

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-Д | 3-В | 5-Б | 7-Б | 9-Г | 11-Д | 13-А | 15-А | 17-Б |
| 2-Б | 4-А | 6-Д | 8-А | 10-Б | 12-Г | 14-Г | 16 -Д |  |

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ КИСТИ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-А | 2-Д | 3-Г | 4-Б | 5-Д | 6-Д | 7-Г | 8-В |

ПОВРЕЖДЕНИЯ ТАЗА

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-Г | 3-Г | 5-А | 7-Б | 9-В | 11 -А | 13-А |
| 2-Г | 4-Г | 6-В | 8-В | 10-Г | 12-Г |  |

ПЕРЕЛОМЫ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-Д | 4-Д | 7-А | 10 -Д | 13-Г | 16-А | 19-А | 22-В | 25-В | 28-Б |
| 2-Д | 5-Г | 8-А | 11-В | 14-Г | 17-Б | 20-Д | 23-Д | 26-Д |  |
| 3-Д | 6-Г | 9-Г | 12-Г | 15-В | 18-Д | 21-Г | 24-Б | 27-Д |  |

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЛЕННОГО И ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВОВ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-Д | 5-Б | 9-А | 13-В | 17-В | 21-Г | 25-А | 29-В | 33-В | 37-Д | 41-Д |
| 2-Г | 6-А | 10-Б | 14-А | 18-Д | 22-Г | 26-Д | 30-Г | 34-Г | 38-В | 42-Г |
| 3-Д | 7-Б | 11-Г | 15-Д | 19-Д | 23-Г | 27-Г | 31-Г | 35-Б | 39-В | 43-Д |
| 4-Г | 8-В | 12-Г | 16 -Б | 20-Б | 24 - Д | 28-Д | 32-Г | 36-Г | 40-Д |  |

ПОВРЕЖДЕНИЯ СТОПЫ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-А | 3-А | 5-Д | 7-Г | 9-В | 11-Г | 13-В | 15-Д | 17-В | 19-В |
| 2-А | 4-В | 6-Г | 8-Д | 10-А | 12- Б | 14-А | 16-Д | 18-Д |  |

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕРЕПА, ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА. ПОВРЕЖДЕНИЕ НЕРВОВ.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 -Г | 12-Д | 23-В | 34-Г | 45-Г | 56-В | 67-Г | 78-Б | 89-В |
| 2-Д | 13-Д | 24-Г | 35-Д | 46-Д | 57-Б | 68-В | 79-Б | 90-Г |
| 3-В | 14-В | 25-Г | 56-Д | 47-В | 58-Г | 69-Г | 80-Г | 91-Д |
| 4-Д | 15-В | 26-Д | 37-В | 48-Г | 59-Г | 70-Г | 81 -А | 92-В |
| 5-Б | 16-Б | 27-Г | 38-А | 49-А | 60-Г | 71-А | 82-Г | 93-А |
| 6-Г | 17-А | 28-Г | 39-Г | 50-Б | 61-Б | 72-Г | 83-Б | 94-А |
| 7-Б | 18-Г | 29-Б | 40-В | 51-Б | 62-Г | 73-Б | 84-Д | 95-Б |
| 8-В | 19-Д | 30-Б | 41-В | 52-Г | 63-Г | 74-Б | 85-Д |  |
| 9-Б | 20-Д | 31 -Г | 42-Б | 53-Г | 64-А | 75-Д | 86-Г |  |
| 10-Г | 21-Б | 32-Б | 43-В | 54-Б | 65-Д | 76-Б | 87-Б |  |
| 11-В | 22-Б | 33-Г | 44-Г | 55-В | 66-Б | 77-Г | 88-Б |  |

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-А | 5-Д | 9-В | 13-Д | 17-А | 21-Б |
| 2-Б | 6-Д | 10-В | 14-А | 18-Г | 22-Д |
| 3-Д | 7-Г | 11-Д | 15-Г | 19-Д | 23-Д |
| 4-Г | 8-Д | 12-В | 16-А | 20-Д |  |

ТОРОКАЛЬНАЯ ТРАВМА

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 -Г | 13-Д | 25-Г | 37-Б | 49-Д | 61-Б | 73-В | 85-Д | 97-В |
| 2-Г | 14-В | 26-В | 38-А | 50-В | 62-Б | 74-Д | 86-Д | 98-Б |
| 3-Г | 15-Б | 27-Б | 39-Б | 51-Б | 63-Г | 75-В | 87-Д |  |
| 4-Б | 16-Г | 28-Б | 40-В | 52-В | 64-Б | 76-Г | 88-Г |  |
| 5-Б | 17-Г | 29-В | 41-Д | 53-В | 65-А | 77-В | 89-В |  |
| 6-В | 18-А | 30-В | 42-В | 54-Г | 66-Г | 78-В | 90-Д |  |
| 7-Б | 19-А | 31-В | 43-А | 55-Г | 67-Б | 79-В | 91-В |  |
| 8-В | 20-Д | 32-А | 44-В | 56-В | 68-В | 80-Б | 92-А |  |
| 9-В | 21-Г | 33-Г | 45-Б | 57-Д | 69-Д | 81-Б | 93-А |  |
| 10-В | 22-А | 34-Г | 46-В | 58-А | 70-Д | 82-Б | 94-Д |  |
| 11-В | 23-В | 35-В | 47-Д | 59-Д | 71-А | 83-Б | 95-А |  |
| 12-А | 24-В | 36-Г | 48-Г | 60-Б | 72-В | 84-А | 96-В |  |

ТУПАЯ ТРАВМА ЖИВОТА

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1-Д | 5-А | 9-А |
| 2-А | 6-В | 10-А |
| 3-Б | 7-А | 11-Д |
| 4-В | 8-Д | 12-В |

ПХО РАН

|  |  |
| --- | --- |
| 1-Д | 5-Б |
| 2-Г | 6-В |
| 3-Д | 7-В |
| 4-Б | 8-Д |

ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЭЛЕКТРОТРАВМА

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 -Б | 19-В | 37-Д | 55-Д | 73-Д | 91-Д | 109-Г | 127-Г |
| 2-Г | 20-Д | 38-В | 56-Д | 74-Д | 92-Б | 110- Г | 128-В |
| 3-Д | 21-Д | 39-А | 57-Д | 75-Д | 93-Д | 111- В | 129-В |
| 4-Г | 22-В | 40-Д | 58-А | 76-Д | 94-Д | 112-Б | 130-А |
| 5-Д | 23-Г | 41-Б | 59-В | 77-А | 95-А | 113-Д | 131-Г |
| 6-Б | 24-В | 42-Б | 60-Д | 78-Г | 96-Г | 114-Д |  |
| 7-Д | 25-Г | 43-В | 61 -В | 79-Д | 97-Д | 115 -Г |  |
| 8-Д | 26-В | 44-Г | 62-Г | 80-Д | 98-В | 116 -Г |  |
| 9-А | 27-Б | 45-Б | 63-А | 81-Б | 99-Д | 117-Г |  |
| 10-А | 28-Д | 46-Б | 64-Б | 82-В | 100-Б | 118-А |  |
| 11-Б | 29-Г | 47-Д | 65-А | 83-Д | 101-Г | 119-Д |  |
| 12-А | 30-Д | 48-Б | 66-Б | 84-Б | 102-Д | 120-Г |  |
| 13-В | 31-Б | 49-Д | 67-Б | 85-Д | 103-Б | 121-Д |  |
| 14-В | 32-В | 50-В | 68-Б | 86-Д | 104-Д | 122-Д |  |
| 15-А | 33-Г | 51-А | 69-А | 87-Б | 105-Б | 123-Д |  |
| 16-В | 34-Б | 52-Д | 70-Д | 88-Б | 106-В | 124-В |  |
| 17-Г | 35-Г | 53-Г | 71-Д | 89-Д | 107-Д | 125-А |  |
| 18-Б | 36-Б | 54-Б | 72-Д | 90-Д | 108-Д | 126-Б |  |

СДР синдром

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-Б | 5-А | 9-В | 13-А | 17-А | 21-А | 25-Д |
| 2-В | 6-А | 1-д | 14-А | 18-Г | 22-Б | 26-Г |
| 3-Б | 7-В | 11- Г | 15- Г | 19-А | 23-Б | 27-Г |
| 4-Г | 8-Д | 12-Г | 16-Д | 20-Г | 24-А |  |

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-А | 12-А | 23-А | 34-А | 45-Д | 56-Б | 67-А |
| 2-Г | 13-Г | 24-Г | 35-Д | 46-В | 57-Д | 68-Д |
| 3-В | 14-А | 25-Д | 36-Г | 47-Д | 58-А | 69-Д |
| 4-В | 15- Б | 26-А | 37-А | 48-Г | 59-Г | 70-Д |
| 5-Г | 16-А | 27-Д | 38-А | 49-В | 60-Г | 71-Д |
| 6-А | 17-Г | 28-А | 39-Д | 50-Д | 61 -Г | 72 -Г |
| 7-В | 18-В | 29-Д | 40-А | 51-Б | 62-В |  |
| 8-Д | 19-Д | 30-В | 41 -Б | 52-Г | 63-А |  |
| 9-В | 20-Г | 31-Б | 42-Д | 53-Д | 64-Г |  |
| 10-А | 21-В | 32-Г | 43-Д | 54-Д | 65-Г |  |
| 11-Г | 22-Г | 33-Д | 44-Г | 55-В | 66-В |  |

АМПУТАЦИИ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-Б | 5-А | 9-Г | 13-Б | 17-В |
| 2-Б | 6-Г | 10- В | 14-В | 18-Д |
| 3-Г | 7-В | 11-Г | 15-Б | 19-Б |
| 4-В | 8-Г | 12-Д | 16-Б |  |

ШОК

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-Д | 16-Б | 031-В | 046-Д | 061-А | 076 -Г | 091-Д |
| 2-Б | 17-Б | 032-А | 047-В | 062-Д | 077-Д | 092-А |
| 3-Г | 18-Г | 033-Д | 048-Д | 063-Г | 078-Б | 093-Б |
| 4-В | 19-В | 034-А | 049 -Г | 064-Б | 079-А | 094-В |
| 5-В | 20-А | 035-Д | 050-Г | 065-А | 080-А | 095-Г |
| 6-А | 021-В | 036-Д | 051-Д | 066-Д | 081-А | 096-А |
| 7-Б | 022-Б | 037-В | 052 -А | 067-Б | 082-А | 097-Д |
| 8-Г | 023-Г | 038-А | 53-Г | 068-Г | 083-Д | 098-Д |
| 9-Г | 024-Д | 039-А | 054-Г | 069-Б | 084-Б | 099-Д |
| 10-Б | 025-В | 040-Г | 055-Г | 070-В | 085-А | 100-В |
| 11 -В | 026-Г | 041-А | 056-Г | 071-Д | 086-Д | 101-А |
| 12-В | 027-В | 042-Д | 057-Д | 072-Г | 087-Г | 102-Д |
| 13-Б | 028-А | 043-Д | 058-А | 073-Б | 088-А |  |
| 14-Д | 029-В | 044-Д | 059-Д | 074-В | 089-В |  |
| 15-Д | 030-Г | 045-Б | 060-В | 075-Д | 090-А |  |

ПОЛИТРАВМА

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 -В | 8-В | 15-А | 22-Г | 29-Д | 36-Г | 43-Б | 50-А |
| 2-В | 9-Д | 16-Д | 23-Г | 30-Д | 37-В | 44-Г | 51-Г |
| 3 - В | 10-Д | 17-Д | 24-Б | 31-Г | 38-В | 45-Г | 52-В |
| 4-Д | 11-Г | 18-Г | 25-В | 32-В | 39-А | 46-Б | 53-Г |
| 5-А | 12-Д | 19-Б | 26-Г | 33-Б | 40-Г | 47-Д | 54-А |
| 6-А | 13-В | 20-Д | 27-Г | 34-Г | 41-Д | 48-В |  |
| 7-Г | 14-Г | 21-Д | 28-Д | 35-Г | 42-Д | 49-Б |  |

ВОЕННО - ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-Д | 8-В | 15- Г | 22-Г | 29-Г | 36-Г | 43-Д | 50-Г |
| 2-Д | 9-А | 16-В | 23-Г | 30-Г | 37-Г | 44-Г | 51-Б |
| З-Г | 10-Б | 17-А | 24-Г | 31-Г | 38-А | 45-Г | 52-Г |
| 4-Б | 11 -Д | 18-Д | 25-В | 32-Б | 39-Д | 46-В | 53-А |
| 5-Д | 12-Д | 19 - Г | 26-Д | 33-Б | 40-Д | 47-Г |  |
| 6-Г | 13-А | 20-А | 27-Г | 34-В | 41-В | 48-В |  |
| 7-Г | 14-В | 21-Д | 28-Г | 35-Б | 42-В | 49-Г |  |