

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Дата подписания: 29.09.2023 15:00:47
Уникальный программный ключ:
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb02446

Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего
образования
«Волгоградский
государственный
медицинский университет»
Министерства
здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Института НМФО
Н.И. Свиридова

«29» сентября 2023 г.
ПРИНЯТО

на заседании ученого совета
Института НМФО

№ 1 от «29» сентября 2023 г.

Фонд оценочных средств для проведения государственной (итоговой государственной аттестации).

Наименование дисциплины: **«Травматология и ортопедия»**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.66 «Травматология и ортопедия»**

Квалификация (степень) выпускника: **врач травматолог - ортопед**

Кафедра: **Кафедра хирургических болезней №2 института НМФО.**

Форма обучения – очная


Для обучающихся 2020, 2021, 2022, 2023 годов поступления
(актуализированная редакция)

Волгоград, 2023

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Тетерин О.Г.	Профессор кафедры	д.м.н./профессор	Кафедра хирургических болезней №2 Института НМФО
2.	Грунин С.В.	Доцент кафедры	к.м.н./доцент	Кафедра хирургических болезней №2 Института НМФО
3.	Жуликов А.Л.	Доцент кафедры	к.м.н./доцент	Кафедра хирургических болезней №2 Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.66 «Травматология и ортопедия» рассмотрен на заседании кафедры протокол № 3 от «01» 06 2023 года
Заведующий кафедрой хирургических болезней №2 Института НМФО,
к.м.н., доцент

 /П.И. Кушнирук/

Рецензент: заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ
ВолгГМУ, д.м.н.,
профессор: Д.А. Маланин

Актуализация ФОС согласована с учебно-методической комиссией
Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от «29» августа 2023
года

Председатель УМК



М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и
производственной практики



М.Л. Науменко

Актуализация ФОС утверждена на заседании Ученого совета Института
НМФО протокол № 1 от «29» августа 2023 года

Секретарь Ученого совета



В.Д. Заклякова

ФОС тестирования государственной (итоговой государственной) аттестации

001. Что входит в материально-техническую базу здравоохранения
сеть учреждений здравоохранения
количественный фонд
оснащенность аппаратурой
укомплектованность медицинскими кадрами
002. Принципы урбанизации:
рост численности городского населения
увеличение числа городов
рост удельного веса детей
раннее развитие детей
003. Демография – сложный предмет. Что является ее основным принципом
к планированию социально-экономического развития страны (территории)
к планированию учреждений здравоохранения и кадров
к оценке здоровья населения
к оценке качества медицинской помощи
004. Что характерно для нашей страны:
увеличение удельного веса лиц пожилого возраста
увеличение удельного веса детей
увеличение средней продолжительности жизни
изменение социальной структуры общества
005. Перечислите методы социально-гигиенических исследований.
исторический
экспериментальный
экономико-статистический
социологический
006. Как изменяется хозяйственный механизм в здравоохранении:
укрепление здоровья населения и продление жизни человека
повышение качества оказания медицинской помощи населению
повышение роли профилактики
усиление "человеческого фактора" в сфере здравоохранения
007. Методы управления в здравоохранении:
социальные
медицинские
административно-хозяйственные
ресурсные
008. Как снизить экономические затраты на профилактику в медицине:
относят
повышение квалификации врачей
повышение квалификации медицинских лаборантов
расширение функций среднего медицинского персонала
009. Где не оказывается специализированная медицинская помощь
бальнеологические лечебницы

многопрофильные и специализированные больницы
больницы скорой помощи
больницы восстановительного лечения
стационары, диспансеры и МСЧ

010. Что не относится к лечебно-диагностическим отделениям:
диспансерный кабинет
клиническая лаборатория
рентгеновское отделение
процедурный кабинет
отделение физиотерапии
011. На организацию медицинской помощи в сельской местности влияют
характер расселения
радиус обслуживания
сезонность сельскохозяйственных работ
специфика условий быта
012. Из перечисленных ниже сочетаний больничных показателей наиболее неблагоприятными являются
увеличение пропускной способности койки и увеличение летальности
увеличение пропускной способности и снижение летальности
уменьшение пропускной способности койки и снижение летальности
уменьшение пропускной способности и увеличение летальности
013. Сухожильный шлем состоит
из пяти мышечных брюшек
из двух мышечных брюшек
из трех мышечных брюшек
из четырех мышечных брюшек
из шести мышечных брюшек
014. Гнойные процессы мягких покровов свода черепа могут распространяться
в подкожно-жировой клетчатке
под апоневротическим шлемом
под надкостницей
015. Основная артерия, снабжающая твердую мозговую оболочку
средняя оболочечная
передняя мозговая
средняя мозговая
задняя оболочечная
передняя оболочечная
016. На направления линий переломов основания черепа не влияют
швы между костями
отверстия для сосудов и нервов
степень плотности костей
017. Истечение ликвора в носовую полость возникает при переломе основания черепа
в передней черепной ямке
в средней черепной ямке
в задней черепной ямке
018. Средняя оболочечная артерия отходит
от верхней челюстной артерии
от внутренней сонной артерии
от позвоночной артерии
от наружной сонной артерии

019. Возникновение симптома "очков" при переломе основания черепа объясняется
повреждением задней решетчатой вены
повреждением продырявленной пластинки в передней черепной ямке
разрывом позвоночной артерии
повреждением внутренней сонной артерии в полости черепа
повреждением передней решетчатой вены
020. Мимические мышцы лица иннервируют
лицевой нерв
тройничный нерв
добавочный нерв
блуждающий нерв
021. К временной и окончательной остановке кровотечений при повреждении сосудов и синусов относятся
наложение зажима
прошивание
тампонада
перевязка синусов
022. Шейное нервное сплетение формируется чаще всего
из C1-C4
из C2-C3
из C3-C4
из C2-C4
из C4-C5
023. Блокада шейного нервного сплетения осуществляется доступом
по середине грудино-ключично-сосцевидной мышцы, по заднему ее краю
по середине грудино-ключично-сосцевидной мышцы, по переднему ее краю
на уровне второго шейного позвонка
на уровне подъязычной кости
024. В состав основного сосудисто-нервного пучка шеи входят
общая сонная артерия, блуждающий нерв, внутренняя яремная вена, нисходящая ветвь подъязычного нерва, глубокий лимфатический коллектор шеи
внутренняя сонная артерия, наружная яремная вена, блуждающий нерв
внутренняя сонная артерия, наружная яремная вена, диафрагмальный нерв
общая сонная артерия, блуждающий нерв, внутренняя яремная вена
025. При ваго-симпатической блокаде уровень вкола иглы соответствует
границе верхней и средней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы
точке пересечения наружной яремной вены
с задним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы
уровню подъязычной кости
по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы
026. Количество местного анестетика (новокаина), используемого для блокады переломов костей на фоне шока, по сравнению с обычной дозировкой должно быть
уменьшено
увеличено
существенно не меняется
новокаин при шоке как местный анестетик желателно не использовать
027. Выбор способа анестезии в неотложной травматологии зависит
от общего состояния и возраста пострадавшего

**наличия аппаратуры и медикаментов
тяжести, предположительной длительности оперативного вмешательства
и кровопотери
квалификации специалиста (анестезиолога)**

028. В положении больного на боку во время операций под наркозом существует опасность
**возникновения неврита нижней руки
скопления секрета в нижележащем легком
ишемии нижележащей руки
снижения вентиляции нижележащего легкого**
029. Внутрикостная анестезия нашла практическое применение
**при операции остеосинтеза костей голени
при репозиции перелома лодыжек голени
при операции остеосинтеза бедренной кости**
030. К преимуществам внутрикостной анестезии относится все перечисленное, кроме
обладает противотромбоэмболическим действием
может быть выполнена в амбулаторных условиях
может быть выполнена хирургом любой квалификации
обладает хорошим обезболивающим эффектом
не сопровождается каким-либо осложнением
031. Внутрикостные методы обезболивания разрабатывались и внедрялись в практику всеми
перечисленными авторами, кроме
Школьникова Л.Г.
Воронцова А.В.
Дитерихса М.И.
Крупко И.Л.
Фраймана С.Б.
032. Для пролонгированной внутрикостной блокады используется
5% р-р новокаина
0.5% р-р новокаина
1% р-р новокаина
2% р-р новокаина
10% р-р новокаина
033. В зависимости от характера повреждений и их осложнений
в травматологии и ортопедии применяются все перечисленные типы блокады, кроме
**антисептической
гемостатической
противовоспалительной
антикоагуляционной
трофической**
034. Противопоказаниями к спинно-мозговой анестезии являются
**падение артериального давления ниже 100 мм
острая кровопотеря
опухоль головного мозга**
035. Клинически ось нижней конечности проходит через все следующие образования,
исключая
наружный край надколенника
передне-верхнюю ось подвздошной кости
внутренний край надколенника
сердину проекции голеностопного сустава
первый палец стопы

036. Клинически ось верхней конечности проходит через все следующие образования, кроме
акромиального отростка лопатки
середины проекции головки плечевой кости
центра головчатого возвышения плеча
головки лучевой кости
головки локтевой кости
037. Суммарная длина нижней конечности
включает в себя расстояние от передней верхней ости таза
до пяточного бугра
до большого вертела бедра
до суставной щели коленного сустава
до края наружной лодыжки
038. Суммарная длина верхней конечности измеряется от акромиального отростка
до конца пятого пальца
до середины проекции головки плеча
до наружного мыщелка
до шиловидного плеча отростка лучевой кости
до конца третьего пальца
039. При определении характера искривления позвоночника
учитывают все перечисленное, кроме
ширины таза
отклонения вершины остистых отростков от линии,
проведенной от заднего края большого затылочного отверстия,
7-го шейного позвонка до середины нижнего конца крестца
длины ног
величины реберного горба
отклонения от горизонтали линии, соединяющей ости таза
040. Линия и треугольник Гютера
применяется при исследовании нормального локтевого сустава.
Для его определения необходимо знать все перечисленные ориентиры, кроме
оси плеча
расположения надмыщелков
расположения вершины локтевого отростка
при разгибании указанные три точки (надмыщелки и локтевой отросток)
составляют прямую линию
при сгибании указанные три точки составляют равнобедренный треугольник
041. Линия Розер-Нелатона
применяется при исследовании нормального тазобедренного сустава.
Ее определяют все перечисленные образования, кроме
**точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135°,
которая располагается выше этой линии**
точки верхней подвздошной кости
точки седалищного бугра
точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135°,
которая располагается на этой линии
042. Треугольник Бриана применяется при исследовании тазобедренного сустава,
на нормальном суставе его определяет все перечисленное, кроме
**горизонтальной линии, проведенной через большой вертел у больного,
лежащего на спине**
из точки на верхней ости подвздошной кости опускается перпендикуляр
соединяют вершину большого вертела с верхней остью подвздошной кости

043. Линия Шумахера при патологии тазобедренного сустава
проходит ниже пупка, если линия соединяет точки А и Б
проходит через точку на вершине большого вертела
проходит через точку на передней верхней ости подвздошной кости
проходит через пупок или чуть выше его, если линия соединяет точки А и Б
044. При патологии тазобедренного сустава линия лонного сочленения,
соединяющая точку на вершине большого вертела с точкой на вершине
лонного сочленения горизонтальной линией
не перпендикулярна к оси туловища
перпендикулярна к оси туловища
составляет с осью туловища угол более 70°
045. Перкуссия не позволяет выявить
степени кровоснабжения конечностей
наличия жидкости в полости очага или сустава
наличия газа в полости или суставе
степени сращения переломов длинных трубчатых костей
наличия больших полостей в эпифизах или метафизах конечностей
046. Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать
как анкилоз
как контрактура
как ригидность
как патологическая подвижность
047. Показатель гемоглобина периферической крови в норме колеблется в пределах
120-160 г/л
90-100 г/л
110-115 г/л
170-185 г/л
190-210 г/л
048. Гематокрит в норме составляет в пределах
45-48%
26-30%
36-42%
49-52%
53-58%
049. Уровень общего белка в крови в норме составляет
66-85 г/л
25-30 г/л
32-40 г/л
45-52 г/л
56-63 г/л
050. Посттравматическая гипопропротеинемия обусловлена всем перечисленным, кроме
усиления анаболического процесса
кровопотери
аутогемоделиции
потребления белка при синдроме ДВС
нарушения процессов дезаминирования в печени
051. Повышение концентрации мочевины в крови и моче у больных после травмы
наиболее выражено
на 2-и сутки
на 1-е сутки

на 5-е сутки
на 7-е сутки
на 9-е сутки

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

8-10 ммоль/л
0.5-1.5 ммоль/л
3-5 ммоль/л
6-7 ммоль/л
10-12 ммоль/л

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

сокращением гладких мышц
расслаблением гладких мышц
расширением просвета кровеносных сосудов
снижением кровяного давления

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

на 15-е сутки
на 5-е сутки
на 10-е сутки
на 20-е сутки
на 25-е сутки

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

на 200%
на 50%
на 100%
на 150%
на 300%

056. Ударный объем сердца у здорового человека составляет

55-90 мл
35-40 мл
60-120 мл
80-140 мл
100-150 мл

057. Минутный объем сердца в норме равен

4.0-6.0 л/мин
1.5-2.5 л/мин
2.0-3.5 л/мин
3.5-4.5 л/мин
6.0-7.0 л/мин

058. Объем циркулирующей крови (ОЦК) составляет в норме

82-75 мл/кг
60-57 мл/кг
70-65 мл/кг
94-105 мл/кг
110-140 мл/кг

059. Общее периферическое сопротивление (ОПС) составляет в норме

1200-2500 дин/с² см⁵

2700-3000 дин/с □ см⁵
3000-3500 дин/с □ см⁵
3200-4000 дин/с □ см⁵
3500-4500 дин/с □ см⁵

060. Венозное давление поддерживают все перечисленные факторы, кроме
внутрикостного давления и давления в лимфатической системе
давления и кровотока в капиллярах
внутриплеврального давления
внутрибрюшного давления
061. Центральное венозное давление при нормоволемии равно
50-120 мм вод. ст.
30-45 мм вод. ст.
130-150 мм вод. ст.
свыше 160 мм вод. ст.
свыше 200 мм вод. ст.
062. Развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС)
в основном связано со всем перечисленным, кроме
трансфузий крови со сроком хранения от 2 до 3 дней **в объеме 15% ОЦК**
большого
обширной травмы мягких тканей и скелета
массивных гемотрансфузий
активации калликреин-кининовой системы
замедления кровотока
063. Развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания
сопровождается всем перечисленным, кроме
понижения активности тромбоцитов
гиперкоагуляции и гиперагрегации
повышения активности тромбоцитов, концентрации тромбина,
образования тромбофибриновых свертков (массивного тромбообразования)
геморрагии или явного кровотечения при наличии микросвертков фибрина
в системе микроциркуляции
064. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови в начальной стадии
проявляется всем перечисленным, исключая
геморрагический синдром, наличие острых язв желудочно-кишечного тракта
нарушение микроциркуляции в легких, почках, печени
острый канальцевый некроз почек
респираторную недостаточность
нарушение функции печени
065. К основным признакам диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови
относятся все перечисленные, кроме
повышения содержания VII и X факторов протромбинового комплекса
тромбоцитов ниже 100×10^9 г/л
фибриногена менее 1.5 г/л
несворачиваемости крови
коагулопатии потребления во 2-й стадии
066. Достоверным признаком диссеминированного внутрисосудистого свертывания
является снижение фибриногена
ниже 1.75 г/л
до 2.0 г/л
до 2.5 г/л
до 3.0 г/л

до 3.5 г/л

067. Потери фибриногена происходят
**в сгустках крови
на фильтрах систем
в сосудах микроциркуляции
при контактах крови с серозными оболочками**
068. К факторам, способствующим развитию нарушений гемостаза при острой кровопотере, относятся
**гиповолемия
ацидоз
агрегация форменных элементов, расстройство макро- и микроциркуляции
тромбоцитопения разведения**
069. Развитию диссеминированного внутрисосудистого свертывания при массивной и костной травмах способствует
накопление активного тромбoplastина (тканевого, эритроцитарного)
снижение гемоглобина и гематокрита
анемия
лейкоцитоз
правильно все перечисленное
070. При диагностике диссеминированного внутрисосудистого свертывания важное значение приобретает все перечисленное, кроме
определения группы крови
тромбоэластографии
определения протромбинового времени
определения протромбинового индекса
определения концентрации антитромбина
071. Диагностика геморрагического синдрома, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания и острого нарушения гемостаза основывается на следующих показателях
**фибриногена (1-1.5 г/л)
тромбоцитов (5-10 $\times 10^9$ /л)
фибриногена (2-5.0 г/л)
тромбоцитов (180-320 $\times 10^9$ /л)**
072. Причинами гиперкалиемии может быть все перечисленное, исключая
множественные переломы костей, со смещением отломков
быстрое восполнение объема циркулирующей крови консервированной кровью
массивные повреждения мягких тканей
местный ишемический гипертензионный синдром
сдавление мягких тканей
073. В норме парциальное давление кислорода (PaO₂) в артериальной крови составляет
95±1 мм рт. ст.
110±6 мм рт. ст.
80±5 мм рт. ст.
75±8 мм рт. ст.
68±2 мм рт. ст.
074. В норме парциальное давление углекислого газа (PaCO₂) артериальной крови составляет
40±5 мм рт. ст.
20±4 мм рт. ст.
26±2 мм рт. ст.
30±5 мм рт. ст.

50±2 мм рт. ст.

075. Артериальная гипоксия у больных с травмой возникает вследствие
альвеолярной гиповентиляции
нарушения вентиляционно-перфузионных отношений
внутрилегочного шунтирования венозной крови
076. Внутрилегочное шунтирование венозной крови составляет в норме
5-7%
1-3%
9-12%
13-15%
20-23%
077. Шоковый период травматической болезни характеризуется
гликозурией
гипергликемией
лактацидемией
078. Для неблагоприятного исхода
гнойно-септических осложнений травматической болезни характерно
развитие продолжительной умеренной гипергликемии
гиперинсулинемии
увеличение скорости глюконеогенеза
лактоцидемия
079. Осмолярность является интегральным показателем активности
катаболических процессов в организме
процесса транспортировки и утилизации кислорода в организме
процесса элиминации углекислого газа в организме
процесса анаэробного гликолиза
калликреин-кининовой системы крови
080. Транспортировка пострадавших
с открытым повреждением области сагитального синуса осуществляется
в полусидячем положении
в лежачем положении на спине
в лежачем положении на боку с приподнятой головой
в положении на животе
в положении на спине с приподнятой головой
081. В связи с тем, что в комплексе консервативного лечения
тяжелой черепно-мозговой травмы большое значение уделяется дегидратации
и введению достаточного количества жидкости,
наиболее отвечающим этим требованиям является
раствор А.Лабори
маннитол
мочевина
фуросемид
раствор 10% глюкозы
082. К хирургическим методам лечения больных с черепно-мозговой травмой
относятся все перечисленные, кроме
пневмографии
трепанации черепа
тенториотомии
дренирования желудочков
фальксотомии

083. При декомпрессивной трепанации черепа твердая мозговая оболочка должна быть рассечена
подковообразно
угообразно
крестообразно
Х-образным разрезом
Т-образным разрезом
084. Противопоказаниями к осуществлению костнопластической трепанации являются все перечисленные, кроме
субдуральной гематомы объемом 60 мл
крайне тяжелого состояния больного
выраженного отека головного мозга
ушиба-размозжения головного мозга
субдуральной гидромы, после удаления которой возникает необходимость дренирования субдурального пространства
085. К внутренней декомпрессии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой следует отнести все перечисленные методы, кроме
декомпрессивной трепанации в теменно-височной области
образованием дефекта костей свода черепа более 7 на 7 см
тенториотомии с одной стороны
тенториотомии с двух сторон
фальксотомии с перевязкой сагитального синуса
дренирования боковых желудочков
086. 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
наложение на рану головы умеренно давящей повязки
возмещение кровопотери
инфузию кровозаменителей с целью повышения артериального давления
удаление внедрившихся в полость черепа отломков
введение лекарственных препаратов,
повышающих ударный и минутный объем сердца
087. У пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой (ушиб головного мозга) наиболее неблагоприятным сочетанием является
перелом II и III ребер с гемопневмотораксом
закрытый поперечный перелом диафиза плечевой кости в средней трети со смещением отломков
закрытый косой перелом обеих костей голени в верхней трети со смещением отломков
перелом костей таза с нарушением переднего полукольца
закрытый перелом наружной и внутренней лодыжек голеностопного сустава с разрывом синдесмоза и подвывихом стопы кнаружи
088. 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
остеосинтез бедренной кости штифтом
наложение аппарата Илизарова
остеосинтез бедренной кости пластиной
фиксацию конечности кокситной гипсовой повязкой
наложение модуля аппарата Илизарова
089. Остеосинтез бедренной кости больному с ушибом головного мозга средней тяжести наиболее благоприятно произвести после травмы в первые

48-72 ч
3-6 ч
12-24 ч
4-6 суток
7-10 суток

090. Наиболее частые диагностические ошибки при травме черепа возникают при выявлении
подострой субдуральной гематомы
острой субдуральной гематомы
острой эпидуральной гематомы
внутричерепной гематомы
подострой эпидуральной гематомы
091. Во время люмбальной пункции после удаления 5 мл кровянистого ликвора у больного наступила внезапно остановка дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Это произошло вследствие того, что врач, производивший пункцию, не учел в первую очередь
ЭхоЭГ-исследование - M=68 мм, M=76 мм, трансм.=72 мм
повышение артериального давления до 200/100 мм рт. ст.
PaCO₂ 40 мм рт. ст.
перелом верхней челюсти фор. III степени
перелом основания черепа в области передней и средней черепной ямки
092. 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
арахноидита
менингита
гидроцефалии
гипертензионного синдрома
кисты головного мозга
093. При поражении подкрыльцового нерва имеет место все перечисленное, исключая
атрофию надостной мышцы
атрофию дельтовидной мышцы
невозможность поднятия плеча во фронтальной плоскости до 90°
нарушения чувствительности кожи наружной поверхности плеча
паралич малой круглой мышцы
094. Двигательные волокна лучевого нерва иннервируют все перечисленные мышцы, кроме
плечевой мышцы
трехглавой мышцы плеча
анконеуса
лучевых разгибателей кисти
локтевого разгибателя кисти
095. При поражении лучевого нерва на уровне верхней трети плеча выпадают функции и возникают расстройства чувствительности, исключая
нарушение чувствительности на ладонной поверхности лучезапястного сустава
функцию всех разгибателей плеча
функцию всех разгибателей кисти
нарушение чувствительности дорзальной поверхности предплечья
096. При повреждении срединного нерва в средней трети предплечья

страдают или полностью выпадают двигательные функции всех перечисленных мышц, кроме
круглого пронатора
длинного сгибателя первого пальца
глубокого сгибателя пальцев
мышцы большого возвышения
червеобразных мышц

097. Двигательная функция локтевого нерва состоит в выполнении всех перечисленных действий, исключая
сгибание срединных фаланг II и III пальцев
ладонное сгибание кисти
сгибание IV-V пальцев
приведение большого пальца
приведение и разведение пальцев
098. При поражении локтевого нерва кисть принимает вид
"когтеобразной" кисти
"обезьяньей" кисти
"свисающей" кисти
"акушерской" кисти
099. Повреждение всех стволов плечевого сплетения происходит
при тракции (тракционном механизме)
при нанесении резаной раны
при нанесении колотой раны
при сдавлении конечности
при огнестрельном ранении
100. Клиническая картина поражения всего плечевого сплетения включает все перечисленные симптомы, кроме
меняющегося тонуса мышц плеча
вялого паралича руки
отсутствия сухожильных рефлексов
выпадения суставно-мышечного сустава до лучезапястного сустава включительно
симптома Горнера
101. При повреждении бедренного нерва ниже пупартовой связки клиническая картина характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме
утраты чувствительности на внутренней поверхности бедра
атрофии четырехглавой мышцы бедра
утраты коленного рефлекса
нарушения чувствительности на передне-внутренней поверхности голени
невозможности сгибания голени
102. Поражение запирательного нерва сопровождается всеми приведенными нарушениями двигательного и чувствительного характера, кроме
невозможности сгибания бедра и приподнимания туловища в лежачем положении
значительного затруднения приведения ноги
невозможности положить одну ногу на другую
затруднения поворота ноги наружу
чувствительных расстройств, возникающих на внутренней поверхности бедра
103. При поражении седалищного нерва выше ягодичной складки имеют место все перечисленные симптомы, исключая
положительный симптом Вассермана
невозможность сгибания голени
нарушения чувствительности на наручно-задней поверхности голени
нарушения чувствительности на тыльной и подвздошной поверхности стопы

утрату рефлекса ахиллова сухожилия

104. Клиническая картина поражения большеберцового нерва определяется всеми нижеперечисленными двигательными и чувствительными нарушениями, за исключением **нарушения чувствительности наружной поверхности голени**
нарушения чувствительности задне-внутренней поверхности голени
невозможности поворачивания стопы кнутри
невозможности сгибания пальцев стопы
атрофии задней группы мышц голени
105. При поражении малоберцового нерва наблюдается все перечисленное, кроме **нарушения суставно-мышечного чувства в пальцах стопы**
нарушения разгибания пальцев стопы
невозможности повернуть стопу кнаружи
невозможности стоять и ходить на пятках
нарушения чувствительности на тыле стопы в промежутке первого и второго пальцев
106. 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 **бедренного и большеберцового нервов**
запирательного и бедренного нервов
седалищного нерва
большеберцового и малоберцового нервов
бедренного и малобедренного нервов
107. При ранении режущим предметом наиболее часто сочетанное повреждение нерва и кровеносного сосуда имеет место в области **бедра**
плеча
предплечья
голени
голеностопного сустава
108. Гиперпатические ощущения и боли, являясь одним из осложнений повреждений периферических нервов, имеют клиническую картину, состоящую из всех перечисленных симптомов, кроме **часто возникающих сильных болей сжимающего характера**
парестезии и небольших болей в области конечных разветвлений нервов в соседних поврежденному нерву областях
болевого синдрома снимается или заметно уменьшается при местном применении тепла
анестезии и гипестезии ствола пораженного нерва
боль при гиперпатии строго сопровождается в зоне топографии нерва (новокаиновая блокада узлов пограничного симпатического ствола снимает боль)
109. Наиболее типичными признаками каузалгии являются все перечисленные, кроме **почти постоянно существующего гипертонуса мышц, сопровождающегося кратковременными приступами судорожных сокращений**
мучительных, жгучих, стреляющих болей
постепенно распространяющейся боли на всю пораженную конечность,

затем на здоровую и на другие участки тела
как правило, вызываемых приступообразных усиления болей
до нестерпимой степени в области пораженной конечности,
физическими и эмоциональными раздражениями
снимающиеся или значительно уменьшающиеся боли
после новокаиновой блокады узлов пограничного ствола симпатического нерва

110. Каузалгия развивается, главным образом, после
частичного повреждения срединного нерва
ранения бедренного нерва
частичного повреждения малоберцового нерва
полного пересечения седалищного нерва
полного пересечения лучевого нерва
111. Средние сроки восстановления трудоспособности
после переломов хирургической шейки плеча составляют
8-10 недель
3-4 недели
5-6 недели
10-12 недель
13-15 недель
112. Характер смещения диафизных переломов плеча всех 3 уровней
(проксимального, среднего и дистального отделов)
**только от действующей внешней силы, нарушившей целостность кости
от сокращения и тяги определенной группы мышц,
по-новому влияющих на кость в условиях ее перелома
от особенностей иннервации**
113. При консервативном лечении диафизных переломов плеча на отводящей шине
оптимальный угол отведения должен составлять
90°
30°
60°
70°
100°
114. Признаками мышечной интерпозиции при диафизарных переломах плеча являются
**смещение фрагментов
отсутствие "костного хруста"
неудача при попытке репозиции**
115. При благоприятных условиях диафизарные переломы плеча
при консервативном лечении срастаются
к 6-8 неделе
к 4-5 неделе
к 12-14 неделе
к 20-22 неделе
116. При консервативном лечении диафизарного перелома плеча
и клинических признаках замедленной консолидации
для иммобилизации может потребоваться
5-6 месяцев
3-4 месяца
10-12 месяцев
1-1.5 года
117. При оперативном лечении переломов диафиза плеча для остеосинтеза
предпочтительны

деротационные наkostные пластинки
различные внутрикостные штифты
винты
проволока

118. При консервативном лечении переломов плеча самой грубой ошибкой будет
перерастяжение фрагментов с образованием диастаза между ними
сохранившееся незначительное смещение фрагментов
слабое натяжение фрагментов, отсутствие тяги
119. При оперативном лечении ошибкой будет
неправильная оценка общего состояния при операции
неправильный выбор конструкции
укорочение сроков иммобилизации
120. Среди внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза плеча следует выделять
надмыщелковые переломы плеча (разгибательные и сгибательные)
чрезмыщелковые переломы плеча и переломы мыщелков
мышцелковые переломы плеча
переломы головчатого возвышения
121. При консервативном лечении перелома дистального отдела плеча
разгибательного типа угол сгибания предплечья должен составлять
60°
20°
90°
110-140°
122. При разгибательном переломе плеча угол между фрагментами открыт
кзади и кнутри
кпереди и кнаружи
кпереди и кнутри
углового смещения нет
123. Повреждение лучевого нерва при переломе в нижней трети плеча
вызывает все перечисленное, кроме
расстройства чувствительности в 4 и 5 пальцах
свисания кисти и невозможности активного разгибания ее
и основной фаланги пальцев
понижения чувствительности на лучевой стороне кисти
понижения чувствительности на разгибательной части предплечья
124. При переломе плеча в нижней трети,
осложненным повреждением срединного нерва,
возникает расстройство чувствительности
в 1, 2, 3 пальцах кисти и внутренней поверхности 4 пальца
4 и 5 пальцев
во 2-м пальце
только в 1-м пальце
только в 3-м пальце
125. Треугольник Гютера определяется в положении
при согнутом предплечье под углом 40°
полного разгибания предплечья
частичного разгибания в локтевом суставе
при пронированном предплечии
126. Линия Гютера - это
линия, соединяющая надмыщелки плеча в положении разгибания предплечья

- линия оси плеча
линия оси предплечья
линия, соединяющая большой и малый бугорки плеча
127. Предплечье при переломе наружного мыщелка
отведено
приведено
кнутри
ротировано внутрь
ротировано внутрь и приведено
128. Контрактура Фолькмана возникает вследствие
продолжительного значительного, но не полного нарушения артериального кровотока
повреждения плечевого сплетения
короткого, измеряемого минутами, полного прекращения кровотока
двойного перелома плечевой кости
129. Наиболее опасной локализацией для развития контрактуры Фолькмана
перелом плеча в нижней трети
при переломе плеча является
внутрисуставной перелом проксимального отдела плеча
перелом плеча в верхней трети
перелом плеча в средней трети
130. К развитию контрактуры Фолькмана после наложения гипсовой повязки
увеличения местной температуры конечности
может привести все перечисленное, кроме
увеличения отека
общего давления повязки
давления повязки или костных фрагментов на магистральные сосуды
131. Контрактура Фолькмана может возникнуть
при ушибе конечности
при сдавлении конечности
при тромбозе, эмболии магистральных сосудов
при частичном или полном повреждении плечевой артерии
132. При переломе головки лучевой кости резко ограничены
вращение предплечья
сгибание предплечья
разгибание предплечья
133. Для изолированного перелома лучевой или локтевой кости более характерна
поперечная линия излома
косая линия излома
винтообразная линия излома
продольная линия излома
134. Ротационные смещения при переломе костей предплечья зависят
от соотношения локализации линий излома (верхней, средней и нижней трети)
от действия той или иной степени силы
от положения сгибания или разгибания предплечья в момент травмы
135. При сгибательном типе повреждения Монтеджа головка луча вывихивается
кпереди
кзади
кнутри
кнаружи
136. При разгибательном типе перелома Монтеджа

угол между отломками локтевой кости открыт

кзади
кпереди
кнутри
кнаружи

137. Повреждение Галиацци - это

перелом лучевой кости и вывих головки локтевой
изолированный перелом локтевой кости
изолированный перелом лучевой кости
перелом локтевой кости и вывих головки лучевой

138. Радио-ульнарный угол в норме равен

30°
5°
10°
20°
40°

139. Различают следующие виды вывихов

свежий
несвежий
застарелый
привычный

140. Вывих акромиального конца ключицы характеризуется

симптомом "клавиши"
признаком Маркса
симптомом "треугольной подушки"
пружинящим движением в плечевом поясе

141. Неполный вывих акромиального конца ключицы происходит

при разрыве только акромиально-ключичной связки
при полном разрыве акромиально-ключичной и ключично-клювовидной связок
при разрыве только клювовидно-ключичной связки
при растяжении ключично-акромиальной связки

142. Для уточнения диагноза "полный" или "неполный" вывих

обоих надплечий, стоя, с грузом в руке с поврежденной стороны
acroмиального конца ключицы необходима рентгенограмма
надплечья, в положении больного лежа
надплечья, в положении больного стоя
обоих надплечий в положении больного "лежа"

143. Направленный вывих ключицы считается застарелым через

3-4 недели
2 часа
1 сутки
5 суток
3-4 месяца

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

быстрой утомляемости верхней конечности на стороне повреждения
выступания акромиального конца ключицы вверх
ограничения отведения руки
боли в надплечье при движении с нагрузкой
ослабления силы в руке

145. Оперативное лечение застарелого вывиха акромиального конца ключицы еще возможно через
3 месяца
6 месяцев
1 год
2 года
146. Срок иммобилизации верхней конечности после оперативного вправления и восстановления связок по поводу полного вывиха ключицы составляет
4-5 недель
2 недели
8 недель
12 недель
147. Из стернальных вывихов ключицы наиболее часто встречается
предгрудинный
надгрудинный
загрудинный
двусторонний
148. После вправления вывиха грудинного конца ключицы иммобилизация накладывается
в сгибании плеча на 90°
в отведении плеча на 90°
во внутренней ротации плеча
в наружной ротации плеча
149. Срочно оперировать следует
загрудинный вывих ключицы с нарушением дыхания
надгрудинный вывих ключицы
предгрудинный вывих ключицы
загрудинный вывих ключицы
150. В зависимости от положения головки различают все перечисленные вывихи плеча, за исключением
верхнего
нижнего
переднего
заднего
151. Наиболее часто вывихи возникают
в плечевом суставе
в тазобедренном суставе
в коленном суставе
в локтевом суставе
в лучезапястном суставе
152. К типу "передних" относятся вывихи плеча
подключовидный
внутриключовидный
подлопаточный
153. Вывих плеча часто сопровождается переломом
большого бугорка
малого бугорка
шиловидного отростка лопатки
ключовидного отростка лопатки
ключицы

154. Плечо при вывихе, как правило
отведено
приведено
согнуто
разогнуто
155. Плечо при вывихе кажется
удлиненным
укороченным
не меняет длины
деформировано
156. Плечо при внутриклювовидном вывихе кажется
укороченным
удлиненным
длина не изменена
деформированным
157. Для переломо-вывиха головки плеча характерно
укорочение плеча
плечо не отведено
"пружинящие" движения отсутствуют
при пассивных движениях ощущается "костный хруст"
158. После вправления вывиха плечо следует фиксировать с помощью
гипсовой повязки
косыночной повязки
мягкой повязки
торако-бронхиальной повязки
159. Срок иммобилизации плеча после вправления вывиха составляет
4 недели
1-2 недели
6 недель
8 недель
10 недель
160. Ограничение нагрузки на плечо после вправления вывиха составляет
3 месяца
1.5 месяца
2 месяца
6 месяцев
10 месяцев
161. Причиной возникновения привычного вывиха является
повреждения в момент травматического вывиха
в сочетании с неправильной тактикой ведения после вывиха
родовая травма
инфекционный артрит
вывих плеча, сопровождающийся переломом ключицы
162. Ожоговый шок по виду относится
к гиповолемическому
к бактериальному
к анафилактическому
к травматическому
163. Из перечисленных показателей наиболее информативны при ожоговом шоке:

ЦВД (центральное венозное давление)
объем циркулирующей крови (ОЦК)
АД (артериальное давление)
Р (пульс)
лейкоцитоз

164. Нормальные величины объема циркулирующей крови соответственно у мужчин и у женщин составляют
75 мл/кг и 65 мл/кг
50 мл/кг и 45 мл/кг
60 мл/кг и 50 мл/кг
90 мл/кг и 80 мл/кг
165. Минимальный градиент в температуре кожи и центральной температуре, указывающий на нарушения микроциркуляции, составляет
более 2°
0.5°
1.0°
1.5°
166. В первые 8 часов ожогового шока больному нужно перелить из рассчитанного на первые сутки объема жидкости
2/3 части
1/3 часть
1/2 часть
1/4 часть
167. Во вторые сутки ожогового шока больному следует перелить из рассчитанного на первые сутки объема жидкости
1/2 часть
1/3 часть
2/3 части
1/4 часть
168. Критерием перехода больного из ожогового шока в стадию острой ожоговой токсемии является
повышение температуры
нормализация диуреза
нагноение в ранах
тахикардия
169. Ведущими симптомами острой ожоговой токсемии являются:
гипо- и диспротеинемия,
анемия,
выраженная интоксикация
нагноение ран,
бактериемия,
170. Уровень общего белка плазмы в стадии острой ожоговой токсемии
снижен значительно
умерено снижен
умеренно повышен
близок к норме
171. Наибольшее число пневмоний при ожоговой болезни приходится на период шока
острой ожоговой токсемии

ожоговой септикотоксемии
реконвалесценции

172. Изменениями на ЭКГ, указывающими на токсическое поражение миокарда при ожоговой болезни, являются
синусовая тахикардия
снижение вольтажа ЭКГ
изменение зубцов ЭКГ
нарушение проводимости
173. Мази на водорастворимой основе при лечении ожоговых ран используются следующие:
борная мазь,
левосин,
диоксидиновая мазь,
йодопирон
пропоцеум,
манефид,
174. Гормональные препараты содержатся в следующих аэрозолях:
оксикорт,
оксициклозол
легразол,
олазол,
пантенол,
175. Основными симптомами ожогов вольтовой дугой являются все перечисленные, кроме
меток тока
характерной локализации
металлизации кожи
поражения органа зрения
176. Для активной иммунопрофилактики синегнойной инфекции применяются
вакцины
пиоиммуноген
□-глобулин
гипериммунная антисинегнойная плазма
177. Этиологическим фактором для врожденной кривошеи является
дисплазия
родовая травма
порок первичной закладки
неправильное родовспоможение
178. Наиболее часто встречающимися формами кривошеи являются
мышечная
костная
рефлекторная
воспалительная
179. При левосторонней мышечной кривошее
подбородок отклонен вправо
подбородок отклонен влево
подбородок расположен по средней линии туловища
180. При правосторонней мышечной кривошее
подбородок отклонен влево
подбородок отклонен вправо
подбородок расположен по средней линии туловища

181. Рентгенологически при мышечной форме кривошее
изменений нет
добавочный полупозвонок
синостоз тел позвонков
незаращение дужек позвонков
182. Консервативное лечение мышечной формы кривошеи
в первые недели и месяцы жизни ребенка включает
рассасывающий массаж больной стороны
фиксированное положение головы
ношение воротника Шанца
183. Физиотерапевтическое лечение врожденной мышечной кривошеи предусматривает
ионизацию с йодистым калием
УВЧ-терапию
ионизацию с хлористым кальцием
ионофорез с гидрокортизоном
184. Медикаментозное лечение врожденной мышечной кривошеи включает применение
не существует
мумие
инъекции лидазы
инъекции гидрокортизона
185. По клиническому течению гематогенный остеомиелит может быть
острым
хроническим
первично-хроническим
постинфекционным
186. Гематогенный остеомиелит чаще встречается
у детей
у подростков
у взрослых
одинаково часто во всех возрастных группах
187. Гематогенный остеомиелит чаще встречается
у мальчиков
у девочек
с одинаковой частотой
188. Начало острого гематогенного остеомиелита характеризуется
резкими болями и болевой контрактурой
реактивным артритом
высокой температурой
повышенной СОЭ
189. Рентгенологическими признаками гематогенного остеомиелита являются
местное утолщение мягких тканей
периостальное костеобразование и экзофитные наросты
слоистые напластования периоста (луковичный периостит)
остеопороз
190. Принципами лечения гематогенного остеомиелита является воздействие
на очаг воспаления
на возбудителя болезни
на иммунитет организма
на создание покоя

191. Оперативное лечение гематогенного остеомиелита заключается
во внутрикостном промывании
в некросеквестрэктомии и костной пластике
в резекции сустава
192. Кортикальный абсцесс характеризуется наличием
коркового секвестра
центрального секвестра
проникающего секвестра
трубчатого секвестра
циркулярного секвестра
193. Для субпериостального абсцесса характерны
местная температура и распирание боли
утолщение периоста
игльчатый периостит (спикул в виде частокола)
наличие треугольника Кадмана (симптома козырька)
194. Хронический посттравматический остеомиелит
диагностируется на основании наличия
гнойного свища
костного секвестра
рецидивирующего течения
травмы в анамнезе
195. Хронический посттравматический остеомиелит следует дифференцировать
с посттравматическим периоститом
с абсцессом Броди и склерозирующим остеомиелитом Гарре
с эхинококком кости
с остеогенной саркомой
196. Остеомиелит Гарре (хронический склерозирующий остеомиелит Гарре)
диагностируется на основании
веретенообразного утолщения длинной трубчатой кости (чаще большеберцовой)
со склерозированием кортикального слоя
гектической температуры и ночных болей
вялого течения
облитерации костно-мозгового канала на отдельных участках
197. Консервативное лечение хронического посттравматического остеомиелита состоит
в антимикробной терапии
в иммунотерапии
в пирогенной терапии
в гормонотерапии
198. Диспластический процесс имеет в основе
неправильное незавершенное формирование органа или системы
нарушение сосудистой трофики
нарушение нервной трофики
199. Фиброзная остеодисплазия относится
к остеодисплазиям
к хондродисплазиям
к гиперостозу
к костному эозинофилезу
200. При фиброзной остеодисплазии в костях определяется эмбриональная ткань
фиброзная

хрящевая
фиброзно-хрящевая
воспалительная

201. При фиброзной остеодисплазии чаще поражаются
длинные трубчатые кости
плоские кости
позвоночник
мелкие кости кистей и стоп
202. Патологическая ткань при фиброзной остеодисплазии чаще локализуется
в метафизе
в эпифизе
в зоне роста
в диафизе
203. Патологический очаг в костях при фиброзной остеодисплазии распространяется, как правило
по ходу костно-мозгового канала
в ширину
проходит через зону роста
204. Периостальная реакция при фиброзной остеодисплазии
отсутствует
имеет место
в виде луковичного периостита
в виде наличия спикул
205. Возможны все перечисленные формы фиброзной остеодисплазии, кроме
полиоссальной
мономелической
олигооссальной
монооссальной
acroforms
206. При фиброзной остеодисплазии возможно наличие сопутствующих синдромов
Олбрайта
Фюрмайера
Маффучи
207. Первые признаки фиброзной остеодисплазии появляются
до 5-летнего возраста
сразу после рождения
до 10-летнего возраста
в период полового созревания
у взрослого человека
208. Синдром Олбрайта включает все перечисленное, кроме
изменений в костях
пигментных пятен
раннего полового созревания
гемангиомы и лимфангиомы
209. К первым признакам заболевания фиброзной остеодисплазией относятся
патологический перелом и деформации конечностей
повышение температуры тела
изменения в показателях крови
карликовость

210. Рентгенологические изменения в костях при фиброзной остеодисплазии характеризуются
патологический перелом и деформации конечностей
очагом деструкции с фестончатыми краями и "луковичным" периоститом
вздутыми костями, наличием кист
очагом деструкции, захватывающим метафизарный отдел, зону роста и эпифиз
очагом деструкции по типу "матового стекла" и "таящего" сахара
211. Дифференциальный диагноз фиброзной остеодисплазии
остеогенной саркомы и саркомы Юинга
проводится со всеми перечисленными поражениями, кроме
osteобластокластомы
кисты кости
эозинофильной гранулемы
212. Консервативное лечение фиброзной остеодисплазии предусматривает
не проводится
медикаментозное лечение
физиотерапевтическое лечение
грязелечение
аппаратотерапию
213. Видами оперативного лечения фиброзной остеодисплазии являются
краевая резекция кости
ампутация
околосуставная резекция
сегментарная резекция поднадкостничная
выскабливание
214. Послеоперационный дефект кости при фиброзной остеодисплазии
замещается аллопластикой
не замещается
замещается аутопластикой
замещается мышечной тканью
215. Оптимальный возраст для операции при фиброзной остеодисплазии
до 10-летнего возраста
до 5-летнего возраста
после окончания роста больного
у взрослого больного
216. "Усталостные" переломы, переломы от перенапряжения,
ползучие переломы, стрессовые переломы, нагрузочные остеохондропатии,
патологическая функциональная перестройка костной ткани - это
различные названия одного и того же патологического состояния
различные нозологические формы
патологические состояния различных участков костной ткани
различных сегментах конечностей и туловища
повреждения костной ткани травматической этиологии
заболевание костной ткани обменного характера
217. Наиболее правильно и всесторонне объясняет причины возникновения
патологической функциональной перестройки костной ткани
воспалительно-эмболическая теория происхождения
теория суммирования микропереломов
сосудистый генез перестроенного процесса (нарушение микроциркуляции) -
врожденные сосудистые аномалии
результат нарушения костно-мышечного равновесия

218. При патологической перестройке костной ткани основные жалобы больного на боли разлитого характера в определенном сегменте конечности
которые появились после интенсивной и продолжительной физической нагрузки и исчезающие в период отдыха
возникшие без видимой причины
возникшие после конкретной травмы того или иного сегмента конечности
возникшие после воспалительного или простудного заболевания
219. Основными клиническими признаками при патологической функциональной перестройке костной ткани являются
припухлость ограниченного или разлитого характера
наличие деформации
патологическая подвижность
укорочение конечности
хруст костных отломков, крепитация
220. При патологической функциональной перестройке костной ткани в начальном периоде рентгенологическая картина характеризуется
отсутствием изменений (рентгенонегативный период)
грубыми изменениями костной ткани в виде надломов, кортикальных надломов
наличием линии перелома кости без смещения отломков
наличием пятнистого остеопороза в зоне нагрузки кости
221. В позднем периоде патологической функциональной перестройке костной ткани рентгенологически определяется
локальный или распространенный гиперостоз, спикулообразные разрастания в виде "бахромчатости", лакунарная тень в виде зоны Лоозера
перелом кости без смещения отломков
грубые изменения костной ткани в зоне поражения
в виде пятнистого остеопороза
222. Морфологические изменения костной ткани при функциональных перестроечных процессах в ранние сроки характеризуются
резорбцией кортикального слоя,
расширением гаверсовых каналов, появлением остеокластов,
образованием полостей, гибелью остецитов
повышением количества остеобластов, утолщением костных балок,
отсутствием пролиферативного процесса в периосте
223. Морфологические изменения костной ткани при функциональных перестроечных процессах в поздние сроки характеризуются
микрорезорбциями трабекул разного срока давности,
рассасыванием отдельных из них, пролиферативным процессом в периосте,
набуханием коллагеновых волокон, увеличением количества капилляров
тотальным утолщением трабекул, уменьшением количества капилляров,
увеличением коллагеновых волокон
морфологической картиной нормальной костной ткани
224. При патологической функциональной перестройке костной ткани метод радионуклидного исследования
высокоинформативен, так как даже незначительные изменения, невидимые на рентгенограммах, отчетливо выделяются в виде фокального накопления радиофармпрепарата в зоне перестройки костной ткани
неинформативен, потому что не происходит накопления радиофармпрепаратов в зоне повреждения костной ткани
данная методика является методом выбора, так как накопление радиофармпрепарата происходит только при наличии грубых изменений костной ткани, видимых на рентгенограммах

225. При патологической функциональной перестройке костной ткани клиника достаточно специфична и нет необходимости дифференцировать с другими заболеваниями и травмами костной ткани **необходимо дифференцировать с гематогенным остеомиелитом, системным заболеванием костной ткани, остеонидной остеомой** необходимо дифференцировать с сифилитическим и туберкулезным поражением костей
226. Использование ангиографии у пациентов с патологической функциональной перестройкой костной ткани **целесообразно, потому что эта методика позволяет выявить характерные особенности сосудистой сети при данной патологии** нецелесообразно, так как изображение сосудистой сети неспецифично при данной патологии является методом выбора, так как методика инвазивная и не всегда помогает выявить сосудистые изменения, характерные для патологической функциональной перестройки костной ткани
227. Ангиографическое исследование при патологической функциональной перестройке костной ткани **выявляет неполноценность артериальной сети в виде сужения или полного отсутствия некоторых артериальных ветвей в данной зоне или сегменте. Отмечается медленное заполнение контрастом магистральных артериальных ветвей. Имеет место объединение венозной подкожной сети, что выражается в замедлении венозной фазы ангиографии** выявляет большое количество дополнительных артериальных веточек, отходящих от магистрального ствола в зоне перестройки костной ткани. Венозная фаза ускорена не выявляет характерных изменений, артериальная и венозная сеть заполняются контрастом так же, как области с неизменной костной тканью
228. Основной принцип лечения при патологической функциональной перестройке костной ткани предусматривает **создание условий повышения репаративной регенерации кости** лечение не отличается от принципа лечения переломов костей без смещения отломков устранение нагрузок, которые явились причиной возникновения данного заболевания
229. Показаниями к консервативному лечению при патологической функциональной перестройке костной ткани являются **наличие начальных явлений в виде гиперостоза костей запястья, предплюсны и таза** все стрессовые переломы и перестроечные гипертрозы лечатся консервативно, фиксация гипсовой повязкой консервативное лечение патологической функциональной перестройки костной ткани неэффективно
230. При наличии патологической перестройки длинных трубчатых костей в виде распространенного гиперостоза кортикального слоя показана **теномиофасциотомия окружающих мышц с отсечением от места прикрепления к костному гребню, что способствует снятию напряжения на периост и декомпрессии мышечного футляра** тоннелизация кости по Беку накостный остеосинтез пластиной декортикация области перестройки костной ткани
231. Методика оперативного лечения при патологической функциональной перестройке костной ткани

в виде зоны Лоозера или перелома кортикального слоя предусматривает
накостный остеосинтез компрессирующей пластиной
osteoperforацию по Беку
внеочаговый остеосинтез

232. При возникновении сколиотической деформации позвоночника первые патологические изменения происходят
в телах позвоночника
в мышцах спины
в спинном мозге
в межпозвонковых дисках
233. Основными условиями сращения костей являются
идеальная репозиция костных отломков,
восстановление конгруэнтности суставных поверхностей
использование для фиксации костных отломков малотравматичных способов,
обеспечивающих между ними динамическую компрессию
до полной консолидации перелома
включение в комплекс лечебной гимнастики в ранние сроки
пассивных и активных движений в поврежденном суставе
разрешение через 1-2 недели от начала фиксации осевой нагрузки
величиной 30% веса тела
234. При лечении переломов может не учитываться принцип
сохранения микроподвижности для усиления катаболической фазы
полного сопоставления отломков,
восстановление функции - через восстановление анатомии
высокой прочности фиксации
сохранения кровоснабжения кости
регенерации костной ткани в зоне перелома
сохранения опорной и двигательной функции поврежденной конечности
235. К механическим и физическим требованиям, предъявляемым к конструкциям, используемым для остеосинтеза в травматологии и ортопедии, относятся
упругость (модуль упругости, модуль Юнга)
предел текучести, прочности, усталости
пластичность
сопротивление износу
236. Отторжение фиксатора связано
с коррозией металлов
с аллергией к металлу
с электромагнитным напряжением ткани
с многооскольчатым характером перелома
237. Предупреждение коррозии фиксаторов при остеосинтезе достигается
конструкцией фиксатора с учетом циклического напряжения в трех плоскостях
хорошей шлифовкой поверхности фиксатора
совмещением в конструкции фиксаторов различных металлов
238. Хорошо переносятся тканями, инертны в организме,
нержавеющая сталь, содержащая молибден
механически прочные и дешевые сплавы
виталлиум - сплав кобальта, хрома, молибдена
тантал
цирконий
титан

239. Металлические конструкции в тканях организма под влиянием растворенного кислорода, хлоридов, фосфатов и органических кислот становятся термодинамически неустойчивы и подвергаются **электрохимической коррозии**
фреттинговой коррозии
парадифференциальной аэрации
гальванической коррозии
240. К факторам, способствующим коррозии фиксаторов, относятся **неправильные химические составы и металлургические процессы**
некачественная обработка поверхности фиксатора или повреждение его
совместное употребление разных металлов
действием циклических напряжений на металлический фиксатор
241. Высокие механические свойства и коррозиестойкость металлических имплантатов обеспечивается в следующих специальных процессах изготовления
плавка в вакууме
электрошлаковая переплавка
оптимальные условия холодной обработки давлением
хромоникелемолибденовая сталь с особым химическим составом (хром-17.5%, никель-14.0%, молибден-2.5%, углерод-0.03%)
242. Титан и его сплавы легче других, обладают отличной коррозионной устойчивостью и усталостным сопротивлением, но применение их ограничивается из-за **низкого модуля упругости (уступает в прочности)**
низкой сопротивляемости на срезе (перелом титановых винтов от вращающего момента)
малой устойчивостью к износу (истирание при скольжении)
сложности производства и механической обработки (нельзя перегревать, низкая скорость резания)
243. Повторное применение металлических фиксаторов опасно по причине **повреждения поверхности фиксатора при удалении и установке**
усиления щелевой и контактной коррозии
изменения кристаллической структуры фиксатора
в связи с явлением усталости металла
склонности к точечной коррозии в солевых растворах имеет сталь марки X18H9T
244. Непригодным для остеосинтеза диафизарных переломов являются **фиксаторы типа шелк, проволока, лента, спицы, винты, шурупы**
экстремедулярный плотный остеосинтез
внутрикостный плотный остеосинтез
чрескостный остеосинтез аппаратами и устройствами
245. Основную механическую нагрузку на костный фиксатор несет **над областью перелома**
на 2 см в сторону от линии перелома
на концах пластины
на дистальном конце пластины
246. Механические и физические требования, предъявляемые к конструкциям, используемым в травматологии и ортопедии, включают **упругость (модуль упругости, модуль Юнга)**
предел текучести марки сплава, прочности, усталости
пластичность
сопротивление износу
247. При остеосинтезе металлическими конструкциями возникают рычаги I и II рода,

вызывающие разрушающее действие. Для его снижения следует
использовать скрепители, имеющие большую поверхность контакта с костью
уменьшить резорбцию кости при качательных знакопеременных нагрузках
использовать скрепители с небольшой поверхностью контакта с костью
использовать дополнительную гипсовую повязку
применять углеродистые фиксаторы

248. Медицинские винты предназначены для соединения отломков костей в чистом виде и в сочетании с применением пластины. Они должны легко входить в отверстия и выдерживать все перечисленные нагрузки, кроме
продольной нагрузки
напряжения растяжения
напряжения вращения
напряжения сдвига
249. Необходимая жесткость фиксации при остеосинтезе винтами достигается
при достаточной длине винта, когда он проходит оба кортикальных слоя кости
внешнем диаметре до 4 мм (для бедра, голени, плеча)
упорном характере резьбы с трапецевидным профилем
когда виток резьбы врезается в кость на общую глубину 1.5 мм
250. При косых и винтообразных переломах не менее 2 винтов вводится
по средней линии между двумя перпендикулярами:
к линии перелома и к линии оси кости
при косых переломах все винты должны располагаться в одной плоскости,
а при винтообразных - в разных плоскостях соответственно линии перелома
и перпендикулярно к ней
перпендикулярно линии перелома
перпендикулярно оси кости
251. Для пациента аутотрансплантацией тканей является
пересадка собственных тканей
пересадка тканей от ближайших родственников (отца, матери)
пересадка тканей от другого человека,
имеющего ту же группу крови и резус-принадлежность
пересадка от брата, сестры (близнецов)
пересадка искусственно полученных тканей
252. Для пациента изотрансплантацией является
от брата, сестры (близнецов)
пересадка собственных тканей
пересадка от ближайших родственников
от другого человека, ткани которого подверглись химическому,
физическому или биологическому воздействию
пересадка искусственно полученных тканей
253. Для пациента аллотрансплантацией является
пересадка трупных тканей,
подвергшихся глубокому замораживанию и лиофилизации
от ближайших родственников, ткани которых подвергнуты
действию ионизирующего излучения большой мощности
пересадка искусственно созданных тканей
пересадка тканей от животных,
подвергнутых действию холода и формализованных
от брата, сестры (близнецов)
254. Примером ксенотрансплантации служит
пересадка свиной лиофилизированной кожи обожженному
пересадка тазобедренного сустава от трупа,

подвергнутого действию глубокого замораживания
пересадка I-го плюсне-фалангового сустава со стопы пациента
на дефект локтевого сустава
пересадка керамического протеза головки и шейки бедра
пересадка почки от живого человека-донора

255. Примером эксплантации служит

**пересадка специально выращенной в теле пациента фиброзной грубки
в качестве сухожильного влагиалища сгибателя его пальца кисти
при его восстановлении**

пересадка костного трансплантата с голени пациента на дефект его бедра
вживление фарфорового зуба в челюсть пациента
замещение тазобедренного сустава металлическим эндопротезом К.М.Саваша
замещение тазобедренного сустава керамическим эндопротезом

256. Эндопротезированием можно назвать

замещение резецированной грудины танталовой металлической пластиной
пластика грыжевого канала больного прокипяченной кожей с его бедра
восстановление пищевода больного из его тонкого кишечника
пластика ложного сустава бедра больного костным трансплантатом
из гребешка его таза на сосудистой ножке
пластика ложного сустава голени передвижным костным трансплантатом

257. Основные принципы реабилитации больных и инвалидов

включают все перечисленное, кроме
юридической реабилитации
медицинской реабилитации
социально-бытовой реабилитации
профессиональной реабилитации

258. К средствам медицинской реабилитации могут относиться

лечебная физкультура
механотерапия и трудотерапия
мануальная терапия
массаж ручной и механический
(подводный, вибрационный, пневмоударный, точечный)

259. Показанием к ручному и аппаратному массажу является все перечисленное, исключая

тромбофлебиты поверхностных и глубоких вен
снижение функциональной способности мышц
или их болевое рефлекторное напряжение
вторичные изменения со стороны элементов, образующих сустав (капсулы, связки)
нарушение условий периферического кровообращения (отеки, застойные явления)

260. Подводный массаж имитирует приемы ручного массажа во всех случаях, кроме

глубокого растирания
поглаживания (движения в продольном направлении)
разминания (спиралеобразные движения)
поколачивания
(приближение и отдаление кончика от массируемой поверхности)
вибрации (зигзагообразные движения)

261. У больной в период иммобилизации гипсовой повязкой или скелетным вытяжением
рекомендуются изометрические мышечные напряжения
(без изменения длины мышц и без движений в суставах).

Это способствует
улучшению кровообращения сегмента
поддержанию тонуса мышц
тренировке мышечного чувства

улучшению консолидации отломков после перелома

262. Для большего расслабления мышц конечностями и корпусу больного должно быть придано положение, при котором
точки прикрепления напряженных мышц сближены
точки прикрепления напряженных мышц удалены
активные движения большой амплитуды
"безвольное" расслабление мышц
безмаховые движения в плавном режиме
263. Обучению навыку ходьбы и тренировке в ходьбе способствуют
толчок передним отделом стопы в конце опорной фазы
перенос ноги
вынос вперед голени
опора на пятку, перекаат стопы
264. Последовательными этапами в обучении ходьбе могут быть все перечисленные моменты, кроме
предварительного раскачивания туловища
ходьбы с опорой руками на неподвижную установку (параллельно укрепленные поручни и один поручень)
ходьбы с опорой руками на приспособление, перемещаемое больным (каталка, манеж, сани)
ходьбы с попеременной опорой рук на приспособление, выносимое больным одновременно с шагом левой и правой ноги (козелки, треножник, трости)
предварительной выработки и у больного устойчивости, равновесия, правильного положения тела с усилением зрительного контроля и без него, с ориентировкой на мышечное чувство
265. Показанием к назначению механотерапии (на маятниковом аппарате) являются
стойкие контрактуры на почве рубцовых процессов
контрактуры паралитического происхождения
контрактуры в поздние сроки после травмы, длительной иммобилизации
контрактуры после перенесенного артрита
266. Трудотерапия при деформациях и последствиях травм верхних конечностей дает хорошие результаты при всем перечисленном, кроме
использования трудотерапии при острой травме
восстановления нарушенных функций двигательного аппарата через труд приспособления (адаптации) к труду при стойких деформациях профессиональной ориентации и переобучение больных интенсивного общеукрепляющего действия на весь организм
267. Применяются все перечисленные физические упражнения при переломах хирургической шейки плеча, кроме
упражнений пассивного характера с посторонней помощью
маховых движений в плечевом суставе
движений, выполняемых рукой в условиях обычной нагрузки (стоя, лежа)
облегченных движений в плечевом суставе
облегченных упражнений, производимых самостоятельно и укорочением рычага (полусогнутая рука)
268. При повреждении локтевого сустава применяются все перечисленные физические упражнения, кроме
массажа и интенсивного теплечения, ношения груза на вытянутой руке
облегченных движений с опорой руки на гладкой поверхности
облегченных движений на роликовой тележке, чередующихся с пассивными движениями

специальных укладок на столе в положении крайнего разгибания и сгибания в локтевом суставе после лечебной гимнастики

269. При разрыве лонного сочленения и переломе переднего полукольца таза лечебная гимнастика во втором периоде включает все перечисленное, кроме **упражнений лежа на животе**
упражнений для обеих ног
изометрического напряжения мышц ног, таза, туловища
дыхательных упражнений
упражнений лежа на спине и на боку
270. При разрыве лонного сочленения и перелома переднего полукольца таза в третьем периоде методика лечебной гимнастики включает **специальные упражнения для укрепления мышц туловища таза**
общеукрепляющие упражнения в положении на спине, на боку, на животе и стоя
тренировку опорной функции нижних конечностей
и ходьбы с полной осевой нагрузкой
271. При переломе вертлужной впадины, осложненным вывихом бедра, методика лечебной гимнастики во втором периоде включает все перечисленное, кроме **упражнения в положении стоя на четвереньках и коленях**
упражнений лежа на спине, животе и здоровом боку
профилактики, приводящей к разгибательной контрактуре положением больного
изометрического напряжения мышц тазового кольца, бедра, голени
на стороне перелома
изометрических напряжений мышц, переходящих с таза на бедро
272. Реабилитационные мероприятия при остеохондрозе позвоночника включают **разгрузочное положение для позвоночника и вытяжение**
лечебную гимнастику
массаж спины
бальнеофизиотерапию
273. Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является **дисплазия бедренного сустава**
врожденная косорукость
амниотические перетяжки
патологический вывих бедра
болезнь Клиппеля - Фейля
274. В основе остеохондропатии лежит **дисфункция роста**
дисфункция созревания
механическое воздействие
неправильное внутриутробное развитие
тератогенное воздействие
275. В основе патогенеза врожденного вывиха бедра у детей лежит **дисфункция созревания**
дисфункция роста
родовая травма
внутриутробная инфекция
онкогенное воздействие
276. Первичный наиболее общий этиологический фактор, определяющий нарушение жизненно важных функций при шоке у детей, состоит в **нарушении центральной гемодинамики**
в торможении центров коры головного мозга,

обусловленных болевой чувствительностью в "вегетативной буре", с напряжением функций коры надпочечников и гипофиза в интоксикации, вызванной продуктами распада органов и тканей в острой дыхательной недостаточности

277. Максимальное снижение объема циркулирующей крови, при котором детский организм удерживает нормальный уровень артериального давления, составляет
- 40%
 - 80%
 - 70%
 - 60%
 - 50%
278. Объем необходимых первоочередных лечебных мероприятий до назначения специальных методов обследования у ребенка с травматическим разрывом легкого и закрытым напряженным пневмотораксом включает
- пункцию плевральной полости,**
 - удаление воздуха и проведение дренирования по Бюлау,**
 - выполнение шейной вагосимпатической блокады по А.В.Вишневскому**
- ингаляцию кислорода и направление больного на рентгенологическое исследование
- пункцию плевральной полости и удаление скопившегося воздуха с противошоковой целью введения наркотиков
- до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается
279. Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на догоспитальном этапе включает
- оксигенацию, временную остановку кровотечения,**
 - местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию,**
 - искусственное дыхание, временную остановку кровотечения**
- переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения
- транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков
 - транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации
 - транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков
280. При верхнем родовом параличе Дюшенна - Эрба имеет место
- внутренняя ротация и приведения плеча при наличии движений в пальцах кисти**
- отсутствие движения в пальцах кисти
- полное отсутствие движений в пораженной конечности
 - односторонний спастический гемипарез
 - отсутствие движений в пальцах кисти при сохраненных движениях плечевом суставе
281. Наиболее частой локализацией родового эпифизолиза является
- дистальный эпифиз плечевой кости**
 - проксимальный эпифиз плечевой кости
 - проксимальный эпифиз бедренной кости
 - дистальный эпифиз бедренной кости
 - проксимальный эпифиз большой берцовой кости
282. Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родового эпифизолиза дистального конца плечевой кости, является
- нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья**

деструкция метафиза плечевой кости
наличие видимого костного отломка
видимая костная мозоль
луковичный периостит

283. Рациональная лечебная тактика при родовом эпифизеолизе головки бедренной кости в первые часы после рождения включает
закрытое вправление с последующим вытяжением на горизонтальной плоскости с отведением и внутренней ротацией поврежденной ножки
открытое вправление
вытяжение по Шеде
вытяжение по Блаунту
закрыто вправление
284. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает
вытяжение по Блаунту
открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
вытяжение по Шеде
не требуется лечения
285. Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы без существенного смещения отломков, является
беспричинный плач и реакция на болевое ощущение при пеленании
гематома в области плечевого сустава
крепитация отломков
гемипарез
нарушение кровообращения
286. Рациональным методом лечения при родовом повреждении плечевой кости в средней трети является
торакобронхиальная гипсовая повязка с отведением плеча (90°) и сгибанием предплечья в локтевом суставе (90°)
фиксация ручки к туловищу ребенка
лейкопластырное вытяжение
гипсовая повязка
повязка Дезо
287. При параличе Клюбке имеет место
отсутствие движений в пальцах кисти при сохранении движений в плечевом суставе
отсутствие движений в пальцах кисти
внутренняя ротация и приведение плеча при наличии движений в пальцах кисти
полное отсутствие движения в пораженной конечности
односторонний спастический гемипарез
288. Оптимальное положение ручки при лечении паралича Дюшенна - Эрба
фиксировать руку в положении отведения плеча под углом 90° с наружной ротацией
прибинтовать руку к туловищу
наложить повязку Дезо
фиксация не обязательна
фиксация при запрокидывании руки за спину
289. Комбинированным радиационным повреждением называется
был подвергнут действию термический ожог, полученный пожарным, который ионизирующей радиации мощностью в 4 Гр

при тушении пожара на 4-м блоке Чернобыльской АЭС

перелом, полученный пострадавшим,
имеющим обширную лучевую язву с поражением кости
патологический перелом, возникший в результате лучевого остеомиелита,
осложнившего рентгенотерапию опухоли кости
лучевой ожог IV степени наружной поверхности бедра,
возникший при случайном контакте при ношении радиоактивной ампулы
в кармане брюк
тяжелое состояние пострадавшего,
имевшего множественные переломы конечностей
и подвергнутого многочисленным рентгенографическим исследованиям

290. При сочетании лучевой болезни и обширного ожога происходит
взаимное отягощение ожога и лучевой болезни
обычное тяжелое течение ожоговой болезни
арифметическое суммирование тяжести течения лучевой болезни и ожоговой
более легкое течение лучевой и ожоговой болезнью
образование новой болезни - нового качества
291. При комбинации открытого перелома бедра и лучевой болезни тяжелой степени
в течение первой недели преобладает клиника
открытого перелома бедра
лучевой болезни в периоде первичных реакций
разгара лучевой болезни тяжелой степени
сепсиса
мнимого благополучия
292. Скрытый (инкубационный) период комбинированного радиационного повреждения
характеризуется
прогрессирующим падением числа лейкоцитов
прогрессирующим падением числа эритроцитов в периферической крови
прогрессирующим падением процента гемоглобина
уменьшением гематокрита
увеличением числа лимфоцитов
293. Прямую хирургическую обработку и остеосинтез открытого перелома бедра,
протекающего на фоне лучевой болезни, предпочтительно проводить
в скрытом (инкубационном) периоде
в период первичных реакций
в разгар комбинированного радиационного повреждения
в период восстановления
в отдаленный период
294. Средняя условно смертельная доза для человека
(так называемая л/д - 50/30, т.е. летальная доза, когда 50% нелеченных людей
погибают в течение 30 дней) составляет
6 Гр
2 Гр
3 Гр
4 Гр
5 Гр
295. В классификации лучевой болезни выделяют все следующие стадии, кроме
полутяжелой
легкой
средней
тяжелой
молниеносной

296. В результате аварии на ЧАЭС воздействию радиоактивного йода подверглись следующие контингенты
ликвидаторы и население, находившееся в зоне радиоактивного загрязнения в первые два месяца после аварии
все ликвидаторы аварии
ликвидаторы 1987-1990 гг.
дети, родившиеся в зоне радиоактивного загрязнения после 1987 г
297. В 1986 г наиболее высокие дозы облучения щитовидной железы чаще всего встречались у следующих контингентов
дошкольники
школьники
подростки
взрослое население
ликвидаторы
298. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место
в системе органов кроветворения
в центральной нервной системе
в сердечно-сосудистой системе
в пищеварительной системе
в иммунной системе
299. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является
тошнота и рвота
лейкопения
эритема кожи
выпадение волос
жидкий стул
300. Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет
1 Гр
0.5 Гр
2 Гр
3 Гр
4 Гр

ФОС практических навыков государственной (итоговой государственной) аттестации.

1. Пункция плечевого сустава (показания, местная анестезия, точка пункции, последовательность действий).
2. Определить объем движения в суставах, определить уровень мышечной силы.
3. Провести антропометрические измерения, выявить угловые деформации и асимметрию сегментов конечностей.
4. Проведение пункции лучезапястного сустава (показания, местная анестезия, точка пункции, последовательность действий).
5. Вправление вывиха плеча (анестезия, способы и этапы вправления, средства и сроки иммобилизации).
6. Остеосинтез по Веберу (зоны применения, показания, этапы выполнения).
7. Определить объем движения в суставах, определить уровень мышечной силы.
8. Пункция тазобедренного сустава (показания, местная анестезия, точка пункции, последовательность действий).
9. Пункция локтевого сустава (показания, местная анестезия, точка пункции, последовательность действий).
10. Изучить состояние позвоночника (кифоз, лордоз, ротация, нарушение осанки).
11. Пункция коленного сустава (показания, местная анестезия, точка пункции, последовательность действий).
12. Провести антропометрические измерения, выявить угловые деформации асимметрию сегментов конечностей.
13. Исследовать неврологический статус больного.
14. Пункция голеностопного сустава (показания, местная анестезия, точка пункции, последовательность действий).
15. Изучить состояние позвоночника (кифоз, лордоз, ротация, нарушение осанки).
16. Первичная хирургическая обработка (показания, анестезия, этапы).
17. Наложение скелетного вытяжения за пяточную кость, надлодыжечную область, бугристость большеберцовой кости, мышелки бедра, локтевую кость.
18. Определить объем движения в суставах, определить уровень мышечной силы.
19. Вправление вывиха плеча (анестезия, способы и этапы вправления, средства и сроки иммобилизации).
20. Закрытая репозиция шейки бедра по Уитмену.
21. Первичная хирургическая обработка (показания, анестезия, этапы)
22. Вправление вывиха предплечья (анестезия, способы и этапы вправления, средства и сроки иммобилизации)
23. Люмбальная пункция. Положение больного, точка пункции, анестезия, измерение давления спинномозговой жидкости.
24. Исследовать неврологический статус больного.
25. Вправление вывиха стопы (анестезия, способы и этапы вправления, средства и сроки иммобилизации).
26. Гипсовая иммобилизация при переломе ладьевидной кости запястья (сроки иммобилизации).
27. Первичная хирургическая обработка (показания, анестезия, этапы)
28. Люмбальная пункция. Положение больного, точка пункции, анестезия, измерение давления спинномозговой жидкости.
29. Вправление подвывиха головки лучевой кости у детей (анестезия, способы и этапы вправления, средства и сроки иммобилизации).
30. Определить объем движения в суставах, определить уровень мышечной силы.

31. Закрытая репозиция и иммобилизация при переломе луча в типичном месте (точка анестезии, сроки иммобилизации).
32. Гипсовая иммобилизация при переломе ладьевидной кости запястья (сроки иммобилизации).
33. Провести антропометрические измерения, выявить угловые деформации асимметрию сегментов конечностей.
34. Закрытая репозиция перелома шейки плечевой кости (типичные смещения отломков, вид анестезии, последовательность этапов устранения смещений, средства и сроки иммобилизации)
35. Скелетное вытяжение при вертельных переломах.
36. Блокады новокаиновые (в гематому, межреберная, паравертебральная, по типу поперечного сечения).
37. Закрытая репозиция перелома лодыжек (вид анестезии, последовательность этапов устранения смещений, средства и сроки иммобилизации).
38. Виды остеосинтеза при переломах ключицы (показания, накостный, внутрикостный, доступы, анестезия, последовательность этапов оперативного пособия, средства и сроки послеоперационной иммобилизации).
39. Провести антропометрические измерения, выявить угловые деформации асимметрию сегментов конечностей.
40. Блокады новокаиновые (в гематому, межреберная, паравертебральная, по типу поперечного сечения).
41. Виды остеосинтеза плеча (показания, доступы, анестезия, последовательность этапов оперативного пособия, средства и сроки послеоперационной иммобилизации).
42. Первичная хирургическая обработка (показания, анестезия, этапы).
43. Блокада новокаиновая внутритазовая по Школьникову-Селиванову-Цодыксу, вагосимпатическая по Вишневскому (показания, противопоказания, этапы выполнения).
44. Виды остеосинтеза диафиза бедра (показания, доступы, анестезия, последовательность этапов оперативного пособия, средства и сроки послеоперационной иммобилизации).
45. Закрытая репозиция шейки бедра по Уитмену.
46. Проводниковые блокады (бедренного, б/берцового, м/берцового, седалищного нерва).
47. Остеосинтез по Веберу (зоны применения, показания, этапы выполнения).
48. Гипсовая иммобилизация при переломе ладьевидной кости запястья (сроки иммобилизации).
49. Футлярная новокаиновая блокада плеча, бедра, голени. Противовоспалительная блокада по И.И. Дерябину - А.С. Рожкову.
50. Основные виды шва сухожилия. Пластика ахиллова сухожилия.
51. Вправление вывиха голени (анестезия, способы и этапы вправления, средства и сроки иммобилизации).
52. Шов сухожилия двуглавой мышцы плеча (показания, доступы, анестезия, последовательность этапов оперативного пособия, средства и сроки послеоперационной иммобилизации).
53. Скелетное вытяжение (точки проведения, расчет начального груза, сроки рентгенологического контроля).
54. Люмбальная пункция. Положение больного, точка пункции, анестезия, измерение давления спинномозговой жидкости.
55. Плевральная пункция (точки выполнения, инструменты, этапы).
56. Внеочаговый остеосинтез (виды, показания, этапы выполнения).
57. Первичная хирургическая обработка (показания, анестезия, этапы)
58. Торакцентез при пневмотораксе и гемотораксе (обезболивание, методика выполнения).
59. Накостный остеосинтез (виды, методика выполнения, реабилитация).

60. Пункция голеностопного сустава (показания, местная анестезия, точка пункции, последовательность действий).

ФОС К УСТНОМУ СОБЕСЕДОВАНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ (ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ) АТТЕСТАЦИИ.

1. Организация травматолого-ортопедической помощи в Российской Федерации. Узкоспециализированные отделения, клиники ВУЗов, НИИ.
2. Переломы пяточной кости: классификация, клиника, диагностика. Виды остеосинтеза, хирургическая техника, сроки реабилитации. Осложнения переломов пяточной кости.
3. Вторичные метастатические поражения костной ткани. Основные клинические проявления. Диагностика. Методы и способы лечения метастазов в костную систему в зависимости от характера первичной опухоли.
4. Механизм травмы и биомеханика переломов. Классификация. Общие принципы консервативного и оперативного лечения переломов, достоинства и недостатки.
5. Нарушения сращения переломов: замедленное сращение, несросшиеся переломы, ложные суставы. Причины возникновения нарушений консолидации переломов, диагностика. Способы консервативного и хирургического лечения.
6. Полиомиелит и его последствия. Ортопедическое лечение полиомиелита: в зависимости от стадии заболевания. Восстановительные операции, стабилизирующие, корригирующие, комбинированные. Социальная и трудовая реабилитация больных.
7. Погружной стабильно-функциональный остеосинтез. Биологические и биомеханические основы остеосинтеза. Принципы накостного и интрамедуллярного остеосинтеза. Преимущества и недостатки.
8. Ложные суставы. Определение. Клинические проявления. Классификация. Оперативное лечение. Виды костной пластики при ложных суставах, туннелизация, декорткация, способы резекции ложных суставов, погружной и компрессионно-дистракционный остеосинтез.
9. Детский церебральный паралич. Этиология и патогенез. Родовые и послеродовые параличи. Клиника поражения. Стадии болезни. Консервативное и хирургическое лечение. Медицинская и социальная реабилитация.
10. Чрескостный остеосинтез. Чрескостные аппараты внешней фиксации. Показания и противопоказания к применению. Назначение, технические характеристики, особенности аппаратной репозиции отломков.
11. Остеомиелит. Этиология и патогенез. Классификация. Консервативное и хирургическое лечение. Трансмиопластика в лечении остеомиелита.
12. Сколиоз. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Лечение сколиоза: консервативное – методы активной и пассивной коррекции.
13. Венозный тромбоз и тромбоэмболия: локализация, клиника, диагностика. Стандарт по профилактике и лечению тромбэмболических осложнений в травматологии и ортопедии.
14. Ампутации. Показания к ампутации. Ранние и поздние ампутации. Выбор уровня ампутации. Способы ампутации (одномоментные, двухмоментные и трехмоментные). Ошибки при ампутациях: тактические, технические, деонтологические.
15. Деформирующий остеоартрит. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Рентгендиагностика. Консервативное и оперативное лечение.
16. Жировая эмболия: формы, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
17. Туберкулез костей и суставов. Стадии течения туберкулезного процесса. Консервативное и хирургическое лечение. Роль санаторно-курортного лечения.
18. Остеохондроз позвоночника. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению.
19. Синдром длительного сдавления: патогенез, клиника и диагностика. Стадии и формы клинического течения. Оказание первой медицинской помощи и лечение пострадавших с синдромом длительного сдавления на этапах квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

20. Контрактуры и анкилозы суставов. Виды и характеристика контрактур. Клиника. Консервативное и оперативное лечение.
21. Спондилолиз и спондилолистез: характеристика, клиника, диагностика. Профилактика у детей и взрослых. Оперативные методы лечения.
22. Острый и хронический футлярный синдром (компаратмент синдром). Клиника. Методы диагностики. Лечение. Показания к выполнению фасциотомии. Виды фасциотомий. Хирургическая техника фасциотомий.
23. Вывихи ключицы: классификация, клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение. Реконструктивно-пластические операции при застарелых вывихах акромиального конца ключицы.
24. Асептический некроз эпифизарных отделов костей у взрослых. Этиологические факторы. Патогенез. Стадии развития заболевания. Клиника, диагностика, лечение.
25. Кровотечение: виды, патофизиология кровопотери, определение кровопотери, восстановление ОЦК. Показания для переливания препаратов крови.
26. Вывихи плеча: классификация, клиника. Повреждение Банкарта, дефект Хилл-Сакса. Способы устранения вывиха. Привычный вывих плеча: причины возникновения, клиника, способы лечения.
27. Коксартроз. Этиология и патогенез. Биомеханика. Патологическая анатомия. Клиника и диагностика. Хирургическое лечение – виды оперативных вмешательств. Эндопротезирование тазобедренного сустава с учетом стандарта медицинской помощи при коксартрозе.
28. Огнестрельное ранение. Раневая баллистика. Морфология раневого процесса в огнестрельной ране. Патофизиологические механизмы раневого процесса. Репаративная регенерация костной ткани в условиях заживления огнестрельных переломов. Специализированная хирургическая помощь при боевых повреждениях конечностей.
29. Импинджмент синдром плечевого сустава. Повреждение ротаторной манжеты плеча. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Эффективность традиционных способов лечения
30. Гонартроз. Этиология и патогенез. Биомеханика. Патологическая анатомия. Клиника и диагностика. Хирургическое лечение – виды оперативных вмешательств. Эндопротезирование коленного сустава с учетом стандарта медицинской помощи при гонартрозе.
31. Политравма. Классификация: множественные, сочетанные, комбинированные повреждения, их характеристика. Социальное значение политравмы как причины смертности от повреждений и инвалидности. Особенности обследования пострадавших с политравмой и оценка тяжести их состояния. Тактика лечения.
32. Повреждения капсульно-связочного аппарата коленного сустава: клиника, диагностика, тактика лечения при свежих и застарелых разрывах. Особенности реабилитации. Сроки нетрудоспособности.
33. Отклонение 1 пальца стопы кнаружи (Hallux valgus). Этиологические факторы. Характеристика и степени деформации. Консервативное и хирургическое лечение. Способы хирургической коррекции деформации.
34. Множественные и сочетанные повреждения опорно-двигательного аппарата. Классификация. Патофизиологические основы политравмы. Периоды развития травматической болезни. Принципы лечения. Концепция «контроль повреждений» при лечении пострадавших с политравмой.
35. Повреждение менисков, суставного гиалинового хряща в коленном суставе. Диагностика. Артроскопические способы лечения, виды хондропластики.
36. Определение осанки. Факторы, влияющие на формирование осанки. Виды осанок. Признаки отличия от сколиоза. Лечение.
37. Ожоги. Классификация. Определение площади и глубины ожогов. Общие изменения при термических ожогах. Классификация, клиника, диагностика периодов ожоговой болезни. Лечение ожогов. Виды кожной пластики.

38. Вывихи бедра: классификация, клиника, особенности лечения, сроки иммобилизации и нагрузки на конечность. Возможные осложнения и способы их лечения.
39. Дегенеративный тендовагинит: клиника, диагностика, лечение.
40. Холодовая травма (отморожение, общее переохлаждение). Классификация, клиника, диагностика отморожений. Осложнения холодовой травмы. Особенности хирургического лечения.
41. Вывихи голени: классификация, клиника, диагностика, возможные осложнения. Тактика лечения. Реабилитация.
42. Крепитирующий тендовагинит: симптоматика, диагностика, лечение.
43. Болезнь Зудека-Турнера: патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.
44. Повреждения сухожилий сгибателей пальцев кисти. Классификация. Диагностика. Первичные восстановительные операции. Одно- и двухэтапная тендопластика. Особенности реабилитации.
45. Стенозирующий тендовагинит: клиника, диагностика, лечение.
46. Открытые переломы. Классификация. Принципы и тактика лечения. Первичная и повторная хирургическая обработка. Виды остеосинтеза. Возмещение дефектов мягких тканей.
47. Разрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча: клиника, диагностика, лечение. Способы первичного восстановления и пластики сухожилия.
48. Классификация инфекционных осложнений ран. Характеристика микрофлоры ран. Факторы, влияющие на развитие инфекционных осложнений в ране. Сепсис и различные его формы. Диагностика, лечение.
49. Огнестрельные ранения суставов. Современные представления патогенезе огнестрельных ранений суставов конечностей. Клиника и диагностика. Принципы лечения. Чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации в лечении огнестрельных ранений суставов.
50. Разрыв собственной связки надколенника: клиника, диагностика, способы оперативного лечения при свежих и застарелых разрывах.
51. Врожденный вывих бедра. Этиология. Понятие - дисплазия сустава. Роль сухожильно-мышечного аппарата в формировании дисплазии и вывиха бедра. Симптоматика. Лечение в зависимости от возраста. Способы и методы оперативного лечения. Исходы лечения врожденного вывиха бедра. Ошибки и осложнения.
52. Черепно-мозговые травмы: механизм, классификация, симптоматика. Дополнительные методы исследования при черепно-мозговой травме. Сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга. Субдуральная гидрома, внутримозговые, желудочковые гематомы и субарахноидальное кровоизлияние. Дифференциальный диагноз. Лечение. Виды и техника трепанаций черепа.
53. Разрыв сухожилия четырехглавой мышцы бедра: клиника, диагностика, лечение. Первичное восстановление сухожилия, способы пластики при застарелых разрывах. Реабилитация.
54. Высокое стояние лопатки (болезнь Шпренгеля). Порочное развитие плечевого пояса и верхнего отдела позвоночника. Сочетание с синдромом Клиппель-Фейля. Клиника. Диагностика. Лечение.
55. Травмы позвоночника. Клиника, диагностика повреждений переднего и заднего отделов. Консервативное лечение неосложненных переломов. Оперативное лечение нестабильных переломов тел позвонков в шейном, грудном и поясничном отделах.
56. Повреждения пяточного (ахиллова) сухожилия: классификация, клиника, диагностика, лечение. Виды швов повреждений пяточного сухожилия (открытые, чрескожные). Пластика сухожилия. Особенности реабилитационного лечения.
57. Клиника, диагностика и лечение повреждений таза без нарушения непрерывности тазового кольца.
58. Повреждения таза. Механизмы травм и классификация повреждений таза по А.В.Каплану и АО -Tile. Основные принципы лечения переломов таза. Тактика лечения при осложненных повреждениях таза (травма мочевого пузыря, уретры, прямой кишки, повреждение магистральных сосудов).

59. Миозит. Посттравматический оссифицирующий миозит: патогенез, клиника, диагностика, лечение. Миозиты от функционального перенапряжения: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
60. Вывихи таранной кости и подтаранный вывих: причины, клиника, особенности тактики и лечения, сроки иммобилизации и нагрузки на ногу.
61. Переломы проксимального отдела плечевой кости: классификация, клиника и лечение. Накостный, внутрикостный остеосинтез с блокированием, реабилитация, результаты лечения.
62. Фиброзная остеодисплазия. Полиоссальные, монооссальные и региональные формы. Очаговая и диффузные формы. Клиника, диагностика, лечение.
63. Повреждения таза в области тазобедренного сустава. Классификация переломов вертлужной впадины по Letournel – АО – ASIF. Диагностика. Центральный вывих бедра. Методы лечения. Осложнения переломов вертлужной впадины.
64. Перелом головки лучевой кости и локтевого отростка: классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения. Сроки реабилитации.
65. Несовершенное костеобразование: клиника, диагностика, тактика, лечение.
66. Раны. Первичная хирургическая обработка. Тактика при обширных ранах. Кожная пластика по Красовитову. Первичная кожная пластика. Другие виды кожной пластики.
67. Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости (переломы Коллеса, Смита): клиника, диагностика, методы лечения.
68. Врожденная косолапость. Характеристика деформации. Классификация. Этиология и патогенез. Консервативное лечение. Оперативное лечение. Ошибки и осложнения при лечении врожденной косолапости.
69. Остеотомии (поперечная, косая, овальная, окончатая, фигурные). Остеоклазии. Резекция кости. Костная пластика.
70. Диафизарные переломы предплечья: типичные смещения отломков, клиника, диагностика и лечение. Переломо-вывихи Монтеджа и Галеацци: механизм травмы, клиника, диагностика и лечение.
71. Плоскостопие. Этиология, патогенез статических деформаций стоп. Классификация. Продольное и поперечное плоскостопие и плоско-вальгусная стопа. Клиника и методы выявления статических деформаций стоп. Методы профилактики и лечения статических деформаций стопы.
72. Операции на суставах: артролиз, артропластика, артрориз, артрорез, артроскопия, эндопротезирование.
73. Переломы проксимального отдела бедренной кости: особенности травмы, классификация, клиника, диагностика, хирургическое лечение. Остеосинтез с использованием спонгиозных винтов, проксимального заблокированного штифта, конструкций DHS и DCS. Эндопротезирование: показания, виды, техника. Сроки реабилитации.
74. Врожденная кривошея. Характеристика деформаций. Виды деформации. Классификация. Клиника. Рентгенологические признаки. Рефлекторная кривошея. Консервативные и оперативные методы лечения.
75. Операции на сухожилиях: шов сухожилия, виды шва, тенолиз, реинсерция, пересадка, трансмиссия. Операции на мышцах: шов мышцы, миолиз, миопластика.
76. Диафизарные переломы бедренной кости: клиника, диагностика, хирургическое лечение. Виды остеосинтеза (внутрикостный с блокированием, наkostный, аппаратами внешней фиксации), показания, особенности хирургической техники, сроки реабилитации.
77. Воронкообразная деформация грудной клетки. Этиология и патогенез заболевания. Состояние внутренних органов и систем при «впалой груди». Клиническая картина. Степени деформации. Стадии болезни. Лечение.
78. Реабилитация в комплексном лечении ортопедо-травматологических больных. Виды реабилитации. Реабилитация больных в стационаре и в амбулаторных условиях.
79. Переломы дистального отдела бедренной кости: классификация, клиника, диагностика, хирургическое лечение, виды остеосинтеза, реабилитация.

80. Остеодистрофии. Классификация. Основные нозологические формы. Клиника, диагностика и лечение.
81. Психотерапевтическая реабилитация. Медикаментозная реабилитация. Функциональная реабилитация (ЛФК активного, пассивного, активно-пассивного и статического типа). Физическая реабилитация (тепло, электропроцедуры, светолечение, ГБО-терапия, гравитационная терапия, массаж, мануальная терапия и т.д.).
82. Диафизарные переломы костей голени: клиника, диагностика, лечение. Блокируемый интрамедуллярный и внеочаговый чрескостный остеосинтез в лечении переломов большеберцовой кости.
83. Остеохондропатии (Легг-Кальве-Пертеса, болезнь Келлер I, II, Кинбека, Кальве, Осгуд-Шляттера, Хагlund-Шинца, Шойермана-Мау, Кёнига и др.). Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Консервативное и оперативное лечение. Роль санаторно-курортного лечения.
84. Бытовая реабилитация – обучение самообслуживанию в домашних условиях. Трудовая реабилитация – восстановление возможности работать по старой специальности или обучение новой. Социально-экономическая реабилитация.
85. Внутрисуставные переломы дистального метаэпифиза большеберцовой кости (переломы «пилона»): классификация, диагностика, хирургическая тактика и способы оперативного лечения.
86. Доброкачественные опухоли костей. Клиника. Роль инструментальных методов исследования в диагностике. Остеома, остеоид-остеома, остеобластокластома, хондрома, солитарная киста кости. Способы хирургического лечения, возмещение дефектов костной ткани.
87. Трудовая экспертиза, сроки временной нетрудоспособности, ВК (1-4 уровней), МСЭК. Сроки оформления этапного эпикриза в истории болезни и назначения ВК.
88. Переломы лодыжек: классификация, клиника, консервативное и оперативное лечение, сроки консолидации переломов и реабилитации.
89. Злокачественные опухоли костей. Остеогенная саркома, хондросаркома, саркома Юинга. Клиника, диагностика. Общие вопросы хирургического лечения злокачественных образований (сохранные и разрушительные операции, ампутация и экзартикуляция, лучевая и химиотерапия).
90. Травматический шок: стадии, степени тяжести, клиника, тактика, лечение.

ФОС ситуационных задач государственной (итоговой государственной) аттестации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больная 27 лет. При госпитализации в травматологическое отделение беспокоит боль в области левого голеностопного сустава, в основном постоянная, усиливается по ночам, носит ноющий характер. Также беспокоит небольшая боль при пальпации грудины. Анамнез заболевания. Две недели назад попала в ДТП. Была водителем автомобиля. Не справилась с управлением – съехала в кювет, перевернулась. Транспортирована в ближайшую больницу. Первая врачебная помощь оказана в хирургическом отделении ЦРБ. Выставлен диагноз: сочетанная травма. ДТП. Закрытая травма грудной клетки. Перелом тела грудины. Ушибы, ссадины грудной клетки, передней брюшной стенки. Закрытый пронационный перелом лодыжек со смещением отломков. После проведения лечения хирургической патологии больная переведена в травматологическое отделение для дальнейшего лечения пронационного перелома.

Локально. Левый голеностопный сустав иммобилизован гипсовой лонгетной повязкой. После ее снятия выявляется отечность области голеностопного сустава + 2см, болезненность при поверхностной пальпации, значительное ограничение амплитуды движения в голеностопном суставе как при активном, так и при пассивном движении. На рентгенограмме, датированной днем травмы, имеется пронационный «завершенный» перелом Дюпюитрена.

Вопросы.

1. Какой диагноз необходимо выставить данной пациентке?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте план лечения данной пациентки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Мужчина 38 лет. Находится в алкогольном опьянении. Беспокоит небольшая боль в левом плече, невозможность пользования левой верхней конечностью, наличие патологической подвижности в плече. Травма сегодня около 19-40, пошел в состоянии алкогольного опьянения (выпил около 0,5 литра водки) на родник (была гололедица), поскользнулся, упал. Друзьями была вызвана бригада СМП, сотрудники которой наложили иммобилизацию шинами Крамера по «Турнеру», и больного доставили в приемный покой травмоцентра. В приемном покое АД 110/70 мм рт ст, пульс 80 в 1 мин. Больной в состоянии алкогольного опьянения, не помнит, что с ним случилось.

Локально. Осмотр после снятия иммобилизации. Деформация, патологическая подвижность диафиза плечевой кости. Кисть «висит», отведение первого пальца невозможно. Отсутствует активное разгибание в лучезапястном и пястно-фаланговых суставах. Невозможно сжатие кисти в кулак. На рентгенограмме левой плечевой кости в прямой проекции выявляется винтообразный перелом диафиза левой плечевой кости на границе средней – нижней трети. Больной госпитализирован в травматологическое отделение.

Вопросы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте план лечения данного пациента при госпитализации и в отделении.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Мужчина 52 лет. Беспокоит постоянная ноющая боль в левом коленном суставе. Не может выполнять разгибательные движения в коленном суставе и передвигаться. При попытке разогнуть ногу боль усиливается. Два дня назад при спуске с лестницы оступился, почувствовал резкую боль по передней поверхности бедра и дальше не смог самостоятельно передвигаться. Госпитализирован в хирургическое отделение по месту жительства. Наложена гипсовая лонгета, которая на другой день была заменена ортезом. Переведен в травматологическое отделение для оперативного лечения. В анамнезе гипертоническая болезнь, нарушение ритма сердца по типу частой желудочковой экстрасистолии. Принимает этацизин 50 мг x 3 раза / сутки, нерипрел 5/1,25 x 1 раз сутки. Операции: 20 лет назад по поводу узлового токсического зоба – принимает элтероксин 75 мг/сутки. 4 года назад артроскопия правого коленного сустава. Локально. Левая нижняя конечность находится в ортопедическом ортезе в разогнутом состоянии. После снятия ортеза – кожные покровы бледноватые, чистые, имеется отечность области коленного сустава +5 см. При пальпации выявляется болезненность мягких тканей по передней поверхности левого бедра и коленного сустава. В области проекции сухожилия 4-х главой мышцы бедра западение, усиливающееся при попытке разогнуть голень.

Вопросы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте план лечения данного пациента.
5. Ваши рекомендации при выписке.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Женщина 60 лет доставлена бригадой СМП в приемный покой в экстренном порядке. Жалобы на резкие боли в левом бедре, усиливающиеся при малейшем движении, невозможность пользоваться левой нижней конечностью. Со слов пациентки травму получила сегодня утром – во дворе своего дома поскользнулась, упала на левую ногу с высоты своего роста, сразу же почувствовала резкую боль, вызвала СМП, которая доставила ее в БСМП. В анамнезе детские инфекции, простудные заболевания, эпизоды повышения АД до 170/100 мм. рт. ст., периодические боли в области сердца. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, ЧСС - 76 ударов в минуту, АД рабочее 150/80 мм. рт. ст., физиологические отправления в норме.

Локальный статус. При осмотре пациентка лежит на каталке. Кожные покровы без повреждений. Левое бедро галифеобразно деформировано. Левая нижняя конечность несколько укорочена. В верхней трети левого бедра обширный кровоподтек 15x10 см 17 бордового цвета. При пальпации резкая болезненность в верхней трети, отек +3,0 см, крепитация отломков, патологическая подвижность, положительный симптом «осевой нагрузки» по оси левого бедра. Объем движений в левом тазобедренном и коленном суставах резко ограничен из-за болей. Чувствительных, двигательных расстройств не выявлено. Пульсация на артериях левой стопы определяется.

Вопросы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте план лечения данного пациента при госпитализации и в отделении.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Женщина 68 лет. Жалобы на ноющие боли в области левого голеностопного сустава, усиливающиеся при движении, невозможность в полной мере пользоваться левой нижней конечностью. Со слов пациентки травму получила 2 недели назад – подвернула на улице левую ногу, почувствовала боль, за помощью обратилась в районную больницу, где диагностировали перелом. Наложили гипсовую лонгету без попытки репозиции и направили в травматологическое отделение. В анамнезе детские инфекции, простудные заболевания, сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертония II-й ст. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, ЧСС - 76 ударов в минуту, АД рабочее 155/90 мм. рт. ст., физиологические отправления в норме.

Локальный статус. При осмотре – гипсовая лонгета от кончиков пальцев до верхней трети голени. Значительный отек левой голени, стопы. Кожные покровы без повреждений. В области левого голеностопного сустава кровоподтек 10x8 см желтушного цвета. При пальпации болезненность в проекции внутренней и 18 наружной лодыжки левой голени, отек +3,0 см, крепитация отломков, патологическая подвижность. Объем движений в левом голеностопном суставе резко ограничен из-за болей. Чувствительных, двигательных расстройств не выявлено. Пульсация на артериях левой стопы определяется. Проведено УЗИ вен левой нижней конечности. Выявлено: флотирующий тромб в задней большеберцовой вене, окклюзирующие тромбы в суральных, подколенной венах. На рентгенограмме: перелом обеих лодыжек левой голени со смещением, разрыв дистального межберцового синдесмоза, подвывих стопы кнаружи.

Вопросы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данной пациентки?
2. Составьте и обоснуйте план обследования.
3. Первоочередная тактика.
4. Составьте план лечения данной пациентки в приемном покое скелетное вытяжение и в отделении.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Пациент 27 лет. Доставлен в приемное отделение в экстренном порядке бригадой СМП. Жалобы больного на резкую боль в области обеих голени, невозможность пользоваться обеими нижними конечностями. Травма в результате ДТП, был пассажиром легкового автомобиля, который столкнулся с а/м Газель. Сидел на переднем пассажирском сидении. Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, несколько заторможен, ориентирован в пространстве и времени. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 100/60 мм. рт. ст. ЧСС – 92 уд в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Локальный статус. При осмотре пациент лежит на каталке. В верхней трети обеих голени видимая деформация, кровоподтек бордового цвета. Кожные покровы целые. При пальпации резкая болезненность в той же области, отек + 3,0 см, крепитация 26 отломков, патологическая подвижность, положительный симптом осевой нагрузки. Объем движений в обоих коленных суставах резко ограничен из-за болей.

Чувствительность, движения пальцев левой кисти сохранены. Пульсация на дистальном участке лучевой и локтевой артерии определяется. Помимо травматолога пациент осмотрен хирургом, нейрохирургом – свою патологию они исключили. По данным рентгенографии определяется оскольчатый перелом обеих костей в верхней трети правой и левой голени со смещением отломков.

Вопросы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте план лечения данного пациента (консервативное и оперативное), количество раствора необходимого при данной степени шока за сутки.
5. Ваши рекомендации при выписке.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

Женщина 50 лет доставлена бригадой СМП в приемный покой в экстренном порядке. Жалобы на резкие боли в левом тазобедренном суставе, усиливающиеся при малейшем движении, невозможность пользоваться левой нижней конечностью. Со слов пациентки травму получила сегодня днем – во дворе своего дома упала на левую ногу с высоты своего роста, сразу же почувствовала резкую боль, вызвала СМП, которая доставила ее в дежурную травматологию. В анамнезе детские инфекции, простудные заболевания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, ЧСС - 78 ударов в минуту, АД рабочее 135/80 мм. рт. ст., физиологические отправления в норме.

Локальный статус: при осмотре пациентка лежит на каталке. Кожные покровы без повреждений. Левая нижняя конечность слегка согнута в коленном суставе, несколько укорочена, 27 ротирована наружу. Левый тазобедренный сустав деформирован. Положительный симптом пружинящего сопротивления. Объем движений в левом тазобедренном суставе отсутствует. Чувствительных, двигательных расстройств не выявлено. Пульсация на артериях левой стопы определяется. Описание рентгенограммы в прямой проекции: определяется надлонный вывих головки левой бедренной кости.

Вопросы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте план лечения данной пациентки.
5. Сроки скелетного вытяжения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

Больной 20 лет. Обратился в кабинет неотложной помощи травматолого-ортопедической поликлиники с жалобами на боль в правом плече. Анамнез заболевания. Два часа назад упал на правую руку. Почувствовал резкую боль, не смог пользоваться конечностью. Локальный статус: правое надплечье опущено. Правая рука находится в положении отведения, согнута в локтевом суставе. Ось правого плеча проходит через ключицу. В области дельтовидной мышцы определяется неровная плоская поверхность вследствие отсутствия головки в суставной впадине. Над этой поверхностью пальпируется акромиальный отросток лопатки. Активные движения в правом плечевом суставе отсутствуют. При пассивных движениях определяется «упругая фиксация» плеча, пружинящее сопротивление. Локтевой сустав невозможно привести к туловищу. Определяется разлитая болезненность в проекции плечевого сустава. При пальпации головка правого плеча пальпируется в нижнем отделе подмышечной впадины. Пульсация лучевой артерии четкая до и после вправления. Чувствительность и функция пальцев правой кисти не нарушены. На рентгенограмме определяется подклювовидный вывих головки правой плечевой кости. 51

Вопросы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

4. Допустимая одномоментная доза новокаина при выполнении обезболивания при лечении данной травмы.
5. Составьте план лечения данного пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

Больной 20 лет. Обратился в кабинет неотложной помощи травматолого-ортопедической поликлиники с жалобами на боль в правой ноге. Анамнез заболевания. Два часа назад во время игры в футбол подвернул правую ногу и упал на правый коленный сустав. Почувствовал резкую боль, не смог пользоваться конечностью.

Локальный статус: имеется отек правого коленного сустава, его окружность больше окружности левого коленного сустава на 3 см. При пальпации определяется разлитая болезненность по внутренней поверхности коленного сустава в проекции внутренней боковой связки. В верхнем завороте правого коленного сустава определяется выпот. Положительный симптом «баллотирования» надколенника правого коленного сустава. Функция правого коленного сустава 0/5/90 град. Ходит без нагрузки на правую ногу. Функция и чувствительность пальцев правой нижней конечности не нарушены. Пульсация магистральных сосудов правой нижней конечности четкая. На рентгенограмме костных повреждений нет.

Вопросы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте план лечения данного пациента.
5. Ваши рекомендации при выписке.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10

Больной 78 лет. Обратился в кабинет неотложной помощи травматолого-ортопедической поликлиники с жалобами на боль в правом плече. Анамнез заболевания. Два часа назад упал на отведенную правую руку. Почувствовал резкую боль, хруст кости, не смог пользоваться конечностью. В анамнезе инфаркт миокарда (три года назад), сахарный диабет первого типа 12 лет.

Локальный статус: контуры правого плечевого сустава сглажены, сохранены. Имеется отек правого плечевого сустава, верхней трети правого плеча, окружность увеличена на 4 см в верхней трети правого плеча. Пальпация верхней трети правого плеча резко болезненна, определяется патологическая подвижность, крепитация костных отломков. Движения в правом плечевом суставе ограничены, резко болезненны. Пальцы правой кисти подвижны, чувствительность сохранена, пульсация на a radialis справа четкая. На рентгенограмме перелом хирургической шейки правой плечевой кости с небольшим смещением отломков под углом примерно 10 градусов, открытым снаружи с отрывом большого бугорка.

Вопросы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте план лечения данного пациента (консервативный и оперативный методы) обоснуйте.
5. Ваши рекомендации при выписке.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11

Мужчина 48 лет. В приемный покой травматологического отделения доставлен на скорой помощи в алкогольном опьянении после бытовой травмы около 3:00. Жалобы на боли в области левой ключицы и выраженную боль в грудной клетке. Из анамнеза: за 2 часа до поступления в больницу упал во дворе дома, находясь в алкогольном опьянении. При осмотре в области левой ключицы имеется дефект, при пальпации определяется крепитация. При пальпации грудной клетки определяется болезненность по передней поверхности слева. 32 Произведена рентгенография грудной клетки и ключицы - выявлен перелом ключицы со смещением. На ЭКГ острый инфаркт миокарда.

Вопросы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте план лечения данного пациента.
5. Ваши рекомендации при выписке.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12

Больной Я. находился на зимней рыбалке, принимал алкоголь, курил. Вечером мороз усилился до минус 30 градусов Цельсия. Пациент почувствовал онемение стоп, колющие и жгучие боли в пальцах ног. Домой приехал ночью, в сильном алкогольном опьянении и лег спать. На следующий день боли в стопах усилились, появились цианоз, онемение. Растирал ноги водкой, прикладывал горячую грелку.

Локальный статус. Обе стопы сине-багровые, чувствительность и движение в них отсутствует, кожа цианотичная, имеются единичные пузыри с геморрагическим содержимым.

Вопросы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
2. Факторы, способствовавшие развитию этой патологии.
3. Составьте и обоснуйте Ваши действия в дореактивном периоде.
4. Определите возможные осложнения (в дореактивном и раннем реактивном периоде) общие и местные.
5. План лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13

Больная ,23 лет, упала дома со стремянки. Почувствовала редкую боль в правом коленном суставе, сустав резко "опух". Родственниками доставлена на личном автотранспорте в травматологический пункт.

При осмотре: правый коленный сустав резко увеличен в объеме , в полости сустава определяется выпот (симптом "баллотирования" надколенника положительный). При пальпации болезненность по внутренней поверхности коленного сустава. Больная полностью разгибает сустав, сгибание возможно до угла 150 градусов, но вызывает усиление боли. Правая голень при исследовании стабильности сустава отводится от анатомической оси конечности на 20 градусов, левая - на 5 градусов. При отведении правой голени возникает резкая боль.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какова должна была бы быть транспортная иммобилизация коленного сустава?
3. Какую первую врачебную помощь необходимо оказать этой больной?
4. Какие дополнительные методы исследования показаны?
5. Какие методы лечения подобных повреждений используются в клинике?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14

Рядовой 20 лет, из роты охраны аэродрома. Получил слепое осколочное ранение левого бедра с переломом кости. В ОМО доставлен через 20 часов после ранения в очень тяжелом состоянии. Сознание затемнено, возбужден, рвота. Дыхание учащено. Пульс слабого наполнения 150 в 1 мин. А/Д = 90/40.

По снятии шины Дитрикса и повязки обнаружено, что раненое бедро вздуто. На кожи синеватого и бронзового оттенка пятна. При пальпации бедро холодное, ткани плотные. Определяется крепитация в мягких тканях, преимущественно вокруг раны. Рана располагается на передне-внутренней поверхности бедра размерами около 4х6 см. Из раны выпирает тусклая, вареного вида мышца. Выделения довольно обильные, сукровичные, почти без запаха. Вместе с жидкостью из раны выделяются пузырьки газа. Стопа и голень холодные. Пульсация сосудов стопы не определяется.

Вопросы.

1. Какое осложнение раневого процесса возникло у пострадавшего?
2. Как Вы классифицируете данное осложнение?
3. Какое оперативное вмешательство показано раненому?
4. На каком этапе медицинской эвакуации следует оперировать раненого?
5. Каков прогноз состояния пострадавшего?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15

Молодой человек упал и ударился левым локтевым суставом о твердый предмет, при этом рука была согнута. Обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре левая рука выпрямлена, свисает. Больной щадит ее, придерживая здоровой рукой. Локтевой сустав увеличен в объеме, по задней поверхности определяется припухлость. Пальпация сустава болезненна, боль особенно усиливается при надавливании на локтевой отросток. Между отростком и локтевой костью прощупывается поперечная щель. Локтевой отросток слегка смещается в боковых направлениях. Пассивные движения в локтевом суставе свободны, но болезненны. Активное разгибание невозможно, а сгибание сохранено, но болезненно.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. В каких случаях при данном повреждении возможно консервативное лечение?
4. Какова тактика лечения в данном случае?
5. Как будет осуществляться лечебная иммобилизация?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16

Мужчина поднял двухпудовую гирю. Когда выпрямленная правая рука с гирей была над головой, он не смог зафиксировать ее в этом положении. Гиря по инерции стала тянуть

руку назад. В плечевом суставе что-то хрустнуло, появились сильные боли и он вынужден был бросить гирию. После этой травмы плечевой сустав принял необычный вид. Пациент обратился в травматологический пункт. При осмотре правая рука согнута в локтевом суставе, несколько отведена от туловища и больной придерживает ее за предплечье здоровой рукой. Плечевой сустав деформирован. Округлость плеча у дельтовидной мышцы исчезла. Отчетливо выступает край акромиального отростка лопатки, а ниже - запустевшая суставная впадина. Под клювовидным отростком определяется шаровидное выпячивание. Активные движения в плечевом суставе невозможны. Пассивные движения очень болезненны. Отмечается пружинистое сопротивление плеча - симптом "клавиши".

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Уточните диагноз в соответствии с направлением смещения.
3. Какова тактика лечения?
4. Какой способ анестезии следует избрать?
5. Как будет осуществляться лечебная иммобилизация?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17

Женщина, 24 лет, сотрудница клининговой компании «Блеск-сервис» во время мытья окна упала с высоты второго этажа жилого дома по адресу ул. Пушкина, 18, приземлившись на обе ноги. Отметила резкую боль в правой пяточной области и незначительную – в области поясницы. При попытке идти не смогла из-за сильных болей в правой пяточной области. Сотрудники приехавшей на вызов бригады СМП наложили на правую голень и стопу лестничную шину Крамера и на носилках транспортировали больную в стационар. В приемный покой из машины ее отвезли на сидячей каталке, где уложили на спину на кушетку.

Вопросы.

1. Назовите характер повреждения по анатомическому признаку.
2. Дайте интерпретацию изменениям, определяющимся в указанной анатомической области.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Назовите исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.
5. Тактика лечения в условиях травм. пункта?
6. Тактика лечения в условиях травм. центра?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18

Женщина, 43 лет за сутки до обращения в травм. пункт Советского района вешала шторы дома по адресу ул. Даурская, 11 и упала с подоконника на спину. Подробнее механизм травмы рассказать не может. Появились боли в области поясницы. После этого вставала, ходила, однако боли сохранялись. Она легла в постель и на следующий день вызвала врача. После осмотра бригадой СМП транспортирована в травм. пункт. При осмотре в области поясницы видимых изменений нет. Локальная пальпаторная болезненность в области остистых отростков 12 грудного и 1 поясничного позвонков.

Вопросы.

1. Назовите характер повреждения по анатомическому признаку.
2. Дайте интерпретацию изменениям, определяющимся в указанной анатомической области.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Назовите исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.
5. Тактика лечения в условиях травм. пункта?

6. Тактика лечения в условиях травм. центра?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19

Доставлен машиной СМП в приемное отделение Травм. центра ГКБ мужчина, 37 лет. Со слов пострадавшего, сбит неизвестным автомобилем по адресу ул. Авиамоторная 29. Отмечается выраженная болезненность в области костей таза с обеих сторон, припухлость и выраженная гематома в обеих паховых областях с переходом на мошонку. Абсолютного и относительного укорочения нижних конечностей нет. Справа уменьшено на 2 см расстояние от передней верхней ости до мечевидного отростка грудины. Живот умеренно напряжен во всех отделах.

Вопросы.

1. Назовите характер повреждения по анатомическому признаку.
2. Дайте интерпретацию изменениям, определяющимся в указанной анатомической области.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Назовите исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.
5. Тактика лечения в условиях травм. пункта?
6. Тактика лечения в условиях травм. центра?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20

Больной, 34 лет. Сортировщик продукции комбината «Нэфис-косметикс». Жалобы на боли в левом коленном суставе на протяжении последнего года после травмы при падении с велосипеда. Отмечает частые боли в суставе, «блокады», появление выпота и боли. Боли возникают после работы, или во время ее. Иногда отмечает под кожей наличие «инородного тела». При осмотре: уверенная отечность левого коленного сустава. Небольшое баллотирование надколенника. Временами ощущает «хруст» в суставе.

Вопросы.

1. Назовите характер повреждения по анатомическому признаку.
2. Дайте интерпретацию изменениям, определяющимся в указанной анатомической области.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Назовите исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.
5. Тактика лечения в условиях травм. пункта?
6. Тактика лечения в условиях травм. центра?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21

Больной, 43 лет. Доставлен попутной машиной в приемное отделение Травм. центра ГКБ. Поскользнулся на улице по адресу ул. Мира 17 и упал. При этом, как отметил пострадавший, правая голень резко подвернулась и появилась сильная боль в коленном суставе. Ясно услышал «хруст» в суставе. При осмотре: правая нижняя конечность в состоянии «блокады» коленного сустава, местно выражена припухлость тканей, особенно в области медиальной щели, кровоподтек. При пальпации резкая болезненность сустава и выраженный симптом бокового качения. Надколенник баллотирует.

Вопросы.

1. Назовите характер повреждения по анатомическому признаку.
2. Дайте интерпретацию изменениям, определяющимся в указанной анатомической области. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Назовите исследования, которые необходимы для подтверждения
4. диагноза. Тактика лечения в условиях травм. пункта?
5. Тактика лечения в условиях травм. центра?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22

Больной, 29 лет, доставлен в приемное отделение Травм. центра ГКБ через 40 мин после травмы: при прыжке с подножки троллейбуса №6 подвернул ногу, отметил «хруст» в коленном суставе. Опороспособность нарушена, коленный сустав согнут под углом, не может полностью разогнуть ногу в коленном суставе. Пальпаторно болезненность по ходу медиальной щели коленного сустава, контуры сустава сглажены, надколенник баллотирует.

Вопросы.

1. Назовите характер повреждения по анатомическому признаку.
2. Дайте интерпретацию изменениям, определяющимся в указанной анатомической области. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения в условиях травм. пункта?
5. Тактика лечения в условиях травм. центра?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23

Доставлен в приемное отделение Травм. центра ГКБ мужчина, 36 лет, через 3,5 часа после падения со 2-го этажа жилого дома по адресу ул. Гоголя 9. Жалобы на сильные боли в правом плечевом суставе. Активные движения невозможны, пассивные - резко болезненны и ограничены, Поддерживает правую руку левой рукой. При осмотре: область плечевого сустава утолщена, резко выделяется акромиальный отросток. Пальпаторно определяется пустая суставная впадина, головка плеча прощупывается в подмышечной впадине. Попытка поднять руку больного или отвести ее вызывает пружинистое сопротивление в суставе.

Вопросы.

1. Назовите характер повреждения по анатомическому признаку.
2. Дайте интерпретацию изменениям, определяющимся в указанной анатомической области. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения в условиях травм. пункта?
5. Тактика лечения в условиях травм. центра?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24

Мужчина, 41 год, обратился в травм. пункт Кировского района по поводу травмы левого плечевого сустава. Со слов пациента, упал со ступенек возле магазина «Пятерочка», с момента травмы прошло 2,5 часа. При осмотре: голова наклонена влево, левую руку поддерживает правой, в средней трети левой ключицы – деформация, движения болезненны. При пальпации отмечается резкая болезненность, крепитация отломков в средней трети левой ключицы.

Вопросы.

1. Назовите характер повреждения по анатомическому признаку.
2. Дайте интерпретацию изменениям, определяющимся в указанной анатомической области. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.

4. Тактика лечения в условиях травм. пункта?
5. Тактика лечения в условиях травм. центра?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25

Доставлен в приемное отделение Травм. центра ГКБ мужчина 31 год, через 1,5 часа после падения со 2-го этажа жилого дома по адресу ул. Достоевского, 12. Жалобы на сильные боли в левом плечевом суставе. Активные движения невозможны, пассивные – резко болезненны и ограничены, поддерживает правую руку левой рукой. При осмотре: область плечевого сустава утолщена, выделяется акромиальный отросток, пальпаторно определяется пустая суставная впадина, головка плеча прощупывается в подмышечной впадине. Попытка поднять руку или отвести ее вызывает пружинистое сопротивление в суставе.

Вопросы.

1. Назовите характер повреждения по анатомическому признаку.
2. Дайте интерпретацию изменениям, определяющимся в указанной анатомической области.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Назовите исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.
5. Тактика лечения в условиях травм. пункта?
6. Тактика лечения в условиях травм. центра?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26

Доставлен в приемное отделение Травм. центра ГКБ мужчина, 36 лет, через 3,5 часа после падения со 2-го этажа жилого дома по адресу ул. Горького, 9. Жалобы на сильные боли в правом плечевом суставе. Активные движения невозможны, пассивные – резко болезненны и ограничены, поддерживает правую руку левой рукой. При осмотре: область плечевого сустава утолщена, резко выделяется акромиальный отросток. Пальпаторно определяется пустая суставная впадина, головка плеча прощупывается в подмышечной впадине. Попытка поднять руку больного или отвести ее вызывает пружинистое сопротивление в суставе.

Вопросы.

1. Назовите характер повреждения по анатомическому признаку.
2. Дайте интерпретацию изменениям, определяющимся в указанной анатомической области.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Назовите исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.
5. Тактика лечения в условиях травм. пункта?
6. Тактика лечения в условиях травм. центра?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 27

Вызов по скорой помощи на место происшествия по адресу ул. 8 Марта, д. 8. Пострадавший мужчина, 32 лет, находится в положении лежа на земле, встать не может из-за резких болей в левой ноге. Механизм травмы: при переходе проспекта Маршала Г.К. Жукова в неполюженном месте был сбит неизвестным автомобилем, при этом получил сильный удар по левой ноге и тазовой области. Объективно: конечность ротирована наружу. При выведении в обычное положение – резкая боль, приподнять конечность не может. При постукивании по оси конечности выражены боли в тазобедренном суставе.

Вопросы.

1. Назовите характер повреждения по анатомическому признаку.
2. Дайте интерпретацию изменениям, определяющимся в указанной анатомической области.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Назовите исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.
5. Тактика лечения в условиях травм. пункта?
6. Тактика лечения в условиях травм. центра?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 28

Доставлен машиной СМП в приемное отделение Травм. центра ГКБ мужчина, 27 лет. Обстоятельства травмы: на пересечении улиц Николая Ершова и Сеченова - столкновение легковых автомобилей Renault Logan и Nissan Teana. Водитель Renault Logan, сидя за рулем, получил удар в область левого тазобедренного сустава. При осмотре имеется кровоподтек, ссадина в проекции большого вертела левого бедра. Попытки движения в левом тазобедренном суставе резко болезненны, отмечается относительное укорочение левого бедра на 2 см, умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки.

Вопросы.

1. Назовите характер повреждения по анатомическому признаку.
2. Дайте интерпретацию изменениям, определяющимся в указанной анатомической области.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Назовите исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.
5. Тактика лечения в условиях травм. пункта?
6. Тактика лечения в условиях травм. центра?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 29

Больной, 59 лет, доставлен машиной СМП в приемное отделение Травм. центра ГКБ. Обстоятельства травмы: поскользнулся дома и при этом резко согнул правую ногу. Жалобы на боли в коленном суставе, особенно при сгибании, в положении «на корточках», не может полностью разогнуть ногу в коленном суставе из-за резкой боли. При осмотре: пальпация медиальной щели болезненна, чувствительность здесь же повышена, контуры сустава сглажены, надколенник баллотирует, ходит с опорой на палочку.

Вопросы.

1. Назовите характер повреждения по анатомическому признаку.
2. Дайте интерпретацию изменениям, определяющимся в указанной анатомической области.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Назовите исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.
5. Тактика лечения в условиях травм. пункта?
6. Тактика лечения в условиях травм. центра?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 30

Больной, 29 лет, доставлен в приемное отделение Травм. центра ГКБ через 40 мин после травмы: при прыжке с подножки троллейбуса №6 подвернул ногу, отметил «хруст» в коленном суставе. Опороспособность нарушена, коленный сустав согнут под углом, не может полностью разогнуть ногу в коленном суставе. Пальпаторно болезненность по ходу медиальной щели коленного сустава, контуры сустава сглажены, надколенник баллотирует.

Вопросы.

1. Назовите характер повреждения по анатомическому признаку.
2. Дайте интерпретацию изменениям, определяющимся в указанной анатомической области.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Назовите исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.
5. Тактика лечения в условиях травм. пункта?
6. Тактика лечения в условиях травм. центра?

*Протокол дополнений и изменений к «ФОС итоговая (государственная итоговая) аттестация» от _____ года