

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ/ПРАКТИКЕ
НАУЧНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Научная специальность: травматология и ортопедия (3.1.8)

код, наименование

Кафедра: травматологии, ортопедии и нейрохирургии им. М.В. Колокольцева

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2022

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Наименование дисциплины/практики» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Наименование дисциплины/практике». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Решение комплектов задач	реконструктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей;	Комплект разноуровневых задач и заданий
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------

<i>код и наименование формируемой компетенции</i>			

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тест, коллоквиум, решение комплекта задач, реферат

Оценочные средства для текущего контроля.

Тест

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

- а) передне-верхнюю ось подвздошной кости
- б) наружный край надколенника
- в) внутренний край надколенника
- г) середину проекции голеностопного сустава
- д) первый межпальцевой промежуток стопы

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

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

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

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

004. Суммарная длина верхней конечности измеряется от акроминального отростка

- а) до середины проекции головки плеча
- б) до наружного мыщелка
- в) до шиловидного плеча отростка лучевой кости
- г) до конца третьего пальца
- д) до конца пятого пальца

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

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

006. Линия и треугольник Гюнтера применяется при исследовании нормального локтевого сустава. Для его

определения необходимо знать все перечисленные ориентиры, кроме

- а) расположения надмыщелков
- б) расположения вершины локтевого отростка
- в) при разгибании указанные три точки (надмыщелки и локтевой отросток) составляют прямую линию
- г) при сгибании указанные три точки составляют равнобедренный треугольник
- д) проекция локтевого нерва

007. Линия Розера-Нелатона применяется при исследовании нормального тазобедренного сустава. Ее

определяют все перечисленные образования, кроме

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

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

008. Треугольник Бриана применяется при исследовании тазобедренного сустава, на нормальном суставе его

определяет все перечисленное, кроме

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

009. Линия Шумахера при патологии тазобедренного сустава

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

010. При патологии тазобедренного сустава линия лонного сочленения, соединяющая точку на вершине

большого вертела с точкой на вершине лонного сочленения горизонтальной линией

- а) перпендикулярна к оси туловища
- б) не перпендикулярна к оси туловища
- в) составляет с осью туловища угол более 70°

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

- а) определяют точки над вершинами обоих вертелов
- б) определяют точки над вершинами обоих вертелов и остей таза
- в) соединяют горизонтальными линиями две пары этих точек
- г) получают параллельные прямые
- д) параллельных прямых не получается

012. Перкуссия не позволяет выявить

- а) наличия жидкости в полости очага или сустава
- б) наличия газа в полости или суставе
- в) степени срастания переломов длинных трубчатых костей
- г) степени кровоснабжения конечностей
- д) наличия больших полостей в эпифизах или метафизах конечностей

013. Сукуссия суставов позволяет определять все перечисленное, кроме

- а) обычного (нормального) количества синовиальной жидкости в здоровом суставе
- б) наличия крови при гемартрозе
- в) наличия синовиальной жидкости при выраженном синовите
- г) наличия небольшого количества жидкости в больном или травмированном суставе
- д) наличия гноя в полости сустава при артрите

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

- а) щадящую хромоту
- б) нещадящую хромоту
- в) "утиную" походку
- г) подпрыгивающую

015. Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать

- а) как анкилоз
- б) как контрактура
- в) как ригидность
- г) как патологическая подвижность
- д) все правильно

016. Отведение и приведение конечностей - это движения

- а) в сагитальной плоскости

- б) во фронтальной плоскости
- в) в аксиальной плоскости
- г) внутреннее движение вокруг продольной оси
- д) наружное движение вокруг продольной оси

017. Разгибание и сгибание конечности - это движения

- а) в сагитальной плоскости
- б) во фронтальной плоскости
- в) в аксиальной плоскости
- г) внутреннее движение вокруг продольной оси
- д) наружное движение вокруг продольной оси

001. Показатель гемоглобина периферической крови в норме колеблется в пределах

- а) 90-100г/л
- б) 110-115 г/л
- в) 120-160 г/л
- г) 170-185 г/л
- д) 190-210 г/л

002. Гематокрит в норме составляет в пределах

- а) 26-30%
- б) 36-42%
- в) 45-48%
- г) 49-52%
- д) 53-58%

003. Уровень общего белка в крови в норме составляет

- а) 25-30 г/л
- б) 32-40 г/л
- в) 45-52 г/л
- г) 56-63 г/л
- д) 66-85 г/л

004. Посттравматическая гипопропротеинемия обусловлена всем перечисленным, кроме

- а) кровопотери
- б) аутогемоделиции
- в) усиления анаболического процесса
- г) потребления белка при синдроме ДВС
- д) нарушения процессов дезаминирования в печени

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

- а) на 1-е сутки
- б) на 2-й сутки
- в) на 5-е сутки
- г) на 7-е сутки
- д) на 9-е сутки

006. При тяжелой травме следующее содержание лактата в крови в прогностическом значении является критическим
- а) 0.5-1.5 ммоль/л
 - б) 3-5 ммоль/л
 - в) 6-7 ммоль/л
 - г) 8-10 ммоль/л
 - д) 10-12 ммоль/л
007. Активность калликреин-кининовой системы крови при тяжелых повреждениях проявляется
- а) сокращением гладких мышц
 - б) расслаблением гладких мышц
 - в) расширением просвета кровеносных сосудов
 - г) снижением кровяного давления
 - д) всем перечисленным
008. При неосложненном клиническом течении травматической болезни концентрация мочевины в крови нормализуется
- а) на 5-е сутки
 - б) на 10-е сутки
 - в) на 15-е сутки
 - г) на 20-е сутки
 - д) на 25-е сутки
009. Прогноз летального исхода при тяжелой травме очевиден, если концентрация мочевины в крови с третьих суток превышает верхнюю границу нормы
- а) на 50%
 - б) на 100%
 - в) на 150%
 - г) на 200%
 - д) на 300%
010. Ударный объем сердца у здорового человека составляет
- а) 35-40 мл
 - б) 55-90 мл
 - в) 60-120мл
 - г) 80-140 мл
 - д) 100-150 мл
011. Минутный объем сердца в норме равен
- а) 1.5-2.5 л/мин
 - б) 2.0-3.5 л/мин
 - в) 3.5-4.5 л/мин
 - г) 4.0-6.0 л/мин
 - д) 6.0-7.0 л/мин
012. Объем циркулирующей крови (ОЦК) составляет в норме
- а) 60-57 мл/кг
 - б) 70-65 мл/кг
 - в) 82-75 мл/кг
 - г) 94-105 мл/кг
 - д) 110-140 мл/кг
013. Общее периферическое сопротивление (ОПС) составляет в норме
- а) 1200-2500 дин/сгсм⁵
 - б) 2700-3000 дин/сгсм⁵
 - в) 3000-3500 дин/сгсм⁵

- г) 3200-4000 дин/сгсм5
д) 3500-4500 дин/сгсм5
014. Венозное давление поддерживают все перечисленные факторы, кроме
а) давления и кровотока в капиллярах
б) внутриплеврального давления
в) внутрибрюшного давления
г) внутрикостного давления и давления в лимфатической системе
015. Центральное венозное давление при нормоволемии равно
а) 30-45 мм вод. ст.
б) 50-120 мм вод. ст.
в) 130-150 мм вод. ст.
г) свыше 160 мм вод. ст.
д) свыше 200 мм вод. ст.
016. Развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) в основном связано со всем перечисленным, кроме
а) обширной травмы мягких тканей и скелета
б) массивных гемотрансфузий
в) трансфузий крови со сроком хранения от 2 до 3 дней в объеме 15% ОЦК больного
г) активации калликреин-кининовой системы
017. Развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания сопровождается всем перечисленным, кроме
а) гипокоагуляции
б) гиперкоагуляции и гиперагрегации
в) понижения активности тромбоцитов
г) повышения активности тромбоцитов, концентрации тромбина, образования тромбофибриновых свертков (массивного тромбообразования)
д) геморрагии или явного кровотечения при наличии микросвертков фибрина в системе микроциркуляции
018. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови в начальной стадии проявляется всеми перечисленным, исключая
а) геморрагический синдром, наличие острых язв желудочно-кишечного тракта
б) нарушение микроциркуляции в легких, почках, печени
в) острый канальцевый некроз почек
г) респираторную недостаточность
д) нарушение функции печени
019. К основным признакам диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови относятся все перечисленные, кроме
а) тромбоцитов ниже 100×10^9 г/л
б) фибриногена менее 1.5 г/л
в) несворачиваемости крови
г) коагулопатии потребления во 2-й стадии
д) повышения содержания VII и X факторов протромбинового комплекса
020. Достоверным признаком диссеминированного внутрисосудистого свертывания является снижение фибриногена
а) ниже 1.75 г/л
б) до 2.0 г/л
в) до 2.5 г/л
г) до 3.0 г/л

- д) до 3.5 г/л
021. Потери фибриногена происходят
- а) в сгустках крови
 - б) на фильтрах систем
 - в) в сосудах микроциркуляции
 - г) при контактах крови с серозными оболочками
 - д) при всем перечисленном
022. К факторам, способствующим развитию нарушений гемостаза при острой кровопотере, относятся
- а) гиповолемия
 - б) ацидоз
 - в) агрегация форменных элементов, расстройство макро- и микроциркуляции
 - г) тромбоцитопения разведения
 - д) все перечисленное
023. Развитию диссеминированного внутрисосудистого свертывания при массивной и костной травмах способствует
- а) снижение гемоглобина и гематокрита
 - б) анемия
 - в) лейкоцитоз
 - г) накопление активного тромбопластина (тканевого, эритроцитарного)
 - д) правильно все перечисленное
024. При диагностике диссеминированного внутрисосудистого свертывания важное значение приобретает все перечисленное, кроме
- а) определения группы крови
 - б) тромбоэластографии
 - в) определения протромбинового времени
 - г) определения протромбинового индекса
 - д) определения концентрации антитромбина
025. Диагностика геморрагического синдрома, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания и острого нарушения гемостаза основывается на следующих показателях
- а) фибриногена (1-1.5 г/л)
 - б) фибриногена (2-5.0 г/л)
 - в) тромбоцитов ($180-320 \times 10^9$ г/л)
 - г) тромбоцитов ($5-10 \times 10^9$ г/л)
 - д) правильно а) и г)
026. Причинами гиперкалиемии может быть все перечисленное, исключая
- а) быстрое восполнение объема циркулирующей крови консервированной кровью
 - б) массивные повреждения мягких тканей
 - в) местный ишемический гипертензионный синдром
 - г) сдавление мягких тканей
 - д) множественные переломы костей, со смещением отломков
027. В норме парциальное давление кислорода (P_{aO_2}) в артериальной крови составляет
- а) 10 ± 6 мм рт. ст.
 - б) 95 ± 1 мм рт. ст.
 - в) 80 ± 5 мм рт. ст.
 - г) 75 ± 8 мм рт. ст.
 - д) 68 ± 2 мм рт. ст.
028. В норме парциальное давление углекислого газа (P_{aCO_2}) артериальной крови составляет
- а) 20 ± 4 мм рт. ст.
 - б) 26 ± 2 мм рт. ст.

- в) 30±5 мм рт. ст.
- г) 40±5 мм рт. ст.
- д) 50±2 мм рт. ст.

029. Артериальная гипоксия у больных с травмой возникает в следствие
- а) альвеолярной гиповентиляции
 - б) нарушения вентиляционно-перфузионных отношений
 - в) внутрилегочного шунтирования венозной крови
 - г) правильно а) и б)
 - д) правильно все
030. Внутрилегочное шунтирование венозной крови составляет в норме
- а) 1-3%
 - б) 5-7%
 - в) 9-12%
 - г) 13-15%
 - д) 20-23%
031. Шоковый период травматической болезни характеризуется
- а) глюкозурией
 - б) гипергликемией
 - в) лактацидемией
 - г) правильно а) и б)
 - д) правильно все перечисленное
032. Для неблагоприятного исхода гнойно-септических осложнений травматической болезни характерно
- а) развитие продолжительной умеренной гипергликемии
 - б) гиперинсулинемии
 - в) увеличение скорости глюкотогенеза
 - г) лактоцидемия
 - д) правильно все перечисленное
033. Осмолярность является интегральным показателем активности
- а) катаболических процессов в организме
 - б) процесса транспортировки и утилизации кислорода в организме
 - в) процесса элиминации углекислого газа в организме
 - г) процесса анаэробного гликолиза
 - д) калликреин-кининовой системы крови
034. Гиперосмолярность крови и плазмы возникает при уровне
- а) 120 мосмоль/л
 - б) 186 мосмоль/л
 - в) 295 мосмоль/л
 - г) 310 мосмоль/л
 - д) 326 мосмоль/л
035. Гиперосмолярность крови определяется при уровне
- а) 150 мосмоль/л
 - б) 210 мосмоль/л
 - в) 386 мосмоль/л
 - г) 605 мосмоль/л
 - д) 1205 мосмоль/л
036. Осмотически активными веществами в крови и плазме являются все нижеперечисленные, кроме
- а) мочевины
 - б) натрия и калия
 - в) глюкозы

- г) лактата
- д) микроэлементы (железо, цинк, медь)

037. Из применяемых для трансфузии растворов у травматологических больных являются гипоосмотическими

все перечисленные, кроме

- а) альбумина 5%
- б) гемодеза
- в) раствора Гартмана
- г) аминокептида
- д) глюкозы 5%

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

- а) желатиноль
- б) аминокептид
- в) интралипид 10%
- г) гидролизат казеина
- д) глюкоза 10%

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

- а) ферментообразования
- б) ферментовыведения
- в) переваривания в самой железе
- г) правильно а) и в)
- д) все перечисленное

040. Ферментообразовательная и ферментовыделительная функции поджелудочной железы у больных с

травмой нарушаются вследствие всех перечисленных причин, исключая

- а) гипоксию
- б) ацидоз
- в) дискинезию желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки
- г) инактивацию протеаз поджелудочной железы
- д) нарушение проходимости протоков

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

- а) активизацией кининовой системы
- б) активизацией протеолиза
- в) активизацией коагулопатии
- г) кардиотоксической реакцией
- д) всем перечисленным

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

а) понижения артериального и портального кровотока печени до 30-40% от исходного
б) возникновения внутрипеченочной вазоконстрикции, сменяющейся застоем крови в печени и

развитием ДВС

- в) элиминации ферментов с гиперферментемией ЛДГ, АЛТ, АСТ
- г) уменьшения потребления АТФ и уменьшения проницаемости мембран
- д) дистрофии гепатоцитов, развития холестаза и цитолиза

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

перечисленным, исключая повышение

- а) выработки и активности катехоламинов
- б) концентрации норадреналина до 2 раз

- в) концентрации адреналина до 6 раз
- г) возможности возникновения ДВС в первые 3 дня
- д) обменных процессов и функциональной деятельности систем организма

044. С целью профилактики возникновения гипергидратации головного мозга у пострадавших с сочетанной

черепно-мозговой травмой объем внутривенных инфузий не должен превышать

- а) 800 мл/сут
- б) 1200мл/сут
- в) 2000 мл/сут
- г) 2500 мл/сут
- д) 3000 мл/сут

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

- а) компенсацию глюкозы, расходуемой в гликолитической цепи
- б) стимуляцию инсулина
- в) угнетение глюкагона
- г) правильно а) и б)
- д) правильно все перечисленное

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

- а) $P_{aO_2} < 50$ мм рт. ст.
- б) $P_{aCO_2} > 50$ мм рт. ст.
- в) $S_{O_2} < 78\%$
- г) правильно б) и в)
- д) все перечисленное

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

- а) потерянная кровь должна замещаться только кровью и возмещение должно быть ранним
- б) должно соблюдаться количественное равенство
- в) переливать следует с запасом, превышающим кровопотерю на 0.5 л
- г) должен соблюдаться закон длительности переливания
- д) кровь должна переливаться только по жизненным показаниям

048. Для определения группы крови кровь следует забирать

- а) до переливания высокомолекулярного декстрана
- б) до переливания низкомолекулярного декстрана
- в) после переливания высокомолекулярного декстрана
- г) после переливания низкомолекулярного декстрана
- д) правильно а) и б)

049. Переливание несовместимой крови вызывает

- а) отек легких
- б) тромбоз клубочков почек
- в) диссеминированное внутрисосудистое свертывание
- г) гемолитическую анемию
- д) поражение почечных канальцев

050. При переливании плазмы

- а) требуется учет групповой принадлежности
- б) не требуется учета групповой принадлежности
- в) возможна агглютинация эритроцитов реципиента с антителами донорской плазмы при введении 1 л иногруппной плазмы больным с анемией
- г) не наблюдается агглютинация эритроцитов реципиента с антителами донорской плазмы при введении 1 л иногруппной плазмы больным с анемией

- д) правильно а) и в)
051. Уровень гематокрита консервированной крови составляет
- а) 20%
 - б) 30%
 - в) 40%
 - г) 50%
 - д) 60%
052. Уровень гематокрита эритроцитарной массы составляет
- а) 30%
 - б) 40%
 - в) 50%
 - г) 60%
 - д) 70%
053. Для стабилизации аутокрови требуется гепарин в количестве
- а) 1000 ед гепарина на 500 мл крови
 - б) 2000 ед гепарина на 500 мл крови
 - в) 3000 ед гепарина на 500 мл крови
 - г) 5000 ед гепарина на 500 мл крови
054. Для стабилизации аутокрови требуется 4% раствор цитрата натрия в количестве
- а) 10 мл на 100 мл крови
 - б) 20 мл на 100 мл крови
 - в) 30 мл на 100 мл крови
 - г) 40 мл на 100 мл крови
055. В консервированной крови содержится все перечисленное, кроме
- а) избытка ионов калия и натрия
 - б) недостатка ионов калия и натрия
 - в) недостатка ионов кальция, тромбоцитов, V-VIII факторов свертываемости крови
 - г) избытка ионов кальция, тромбоцитов, V-VIII факторов свертываемости крови
 - д) правильно а) и в)
056. "Цитратная интоксикация" может быть вызвана тем, что
- а) цитрат натрия сам по себе не токсичен, но образует блоки с кальцием, резко снижая его уровень в крови, вызывая образование гипокальциемии, которая в свою очередь оказывает отрицательное влияние на сократимость и проводимость миокарда и ведет к фибрилляции
 - б) цитрат натрия вызывает расширение сосудов малого круга кровообращения, легочную гипотензию
 - в) цитрат натрия вызывает сужение сосудов малого круга кровообращения, гипертензию сосудов малого круга, а ослабленная сердечная сократимость приводит к сердечной недостаточности
 - г) правильно а) и в)
 - д) правильно а) и б)
057. Сывороточная гомологическая желтуха наблюдается наиболее часто при внутривенном переливании
- а) цельной крови от одного донора
 - б) крови или плазмы от многих доноров
 - в) плазмы от одного донора
 - г) эритромаcсы от одного донора
 - д) крови и плазмы от одного донора

058. Трансфузионная реакция во время наркоза проявляется всеми перечисленными симптомами, кроме
- а) одышки
 - б) примеси крови в моче
 - в) гипотонии
 - г) диффузионного кровотечения из операционной раны
 - д) цианоза
059. Ранним признаком острого тромбоза артерий является
- а) боль
 - б) отек
 - в) похолодание конечности
 - г) мраморность кожных покровов
 - д) пощипывание, парестезии
060. Фильтрация аутокрови осуществляется через несколько слоев марли
- а) 2 слоя
 - б) 3 слоя
 - в) 6 слоев
 - г) 8 слоев
 - д) 10 слоев
061. Фильтрацию аутокрови через 8 слоев марли нужно применять при наличии жировой пленки или капель жира
- а) однократно
 - б) двукратно
 - в) трехкратно
 - г) четырехкратно
062. Уровень разжижения крови нужно считать опасным при показателе гематокрита, равном
- а) 10-15ед.
 - б) 20-30 ед.
 - в) 31-40ед.
 - г) 41-50ед.
063. Минимальный уровень гематокрита, при котором имеются благоприятные условия для микроциркуляции и переноса кислорода
- а) в пределах 15-20%
 - б) в пределах 30-35%
 - в) в пределах 35-40%
 - г) в пределах 40-45%
 - д) в пределах 45-50%
064. При внутривенном введении аутокрови нужно вводить 10% раствор хлористого кальция из расчета
- а) 10 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
 - б) 20 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
 - в) 30 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
 - г) 40 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
 - д) 50 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
065. Синдром "массивная трансфузия" включает все следующие компоненты, кроме
- а) повышения артериального давления
 - б) сердечно-сосудистого коллапса
 - в) кровоточивости раны
 - г) почечно-печеночной недостаточности
 - д) полиорганной недостаточности

066. Показаниями к прямому переливанию крови являются
- а) синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания
 - б) массивные кровотечения в акушерстве
 - в) отсутствие банка консервированной крови
 - г) отсутствие возможности проведения реинфузии
 - д) все перечисленное
067. Кальций, вводимый при массивных гемотрансфузиях с целью устранения гипокальциемии
- а) оказывает токсическое действие на сердце
 - б) уменьшает цитратную интоксикацию
 - в) уменьшает содержание калия
 - г) токсическое действие более выражено при гиперкальциемии, чем при гипокальциемии
 - д) правильно б) и г)
068. На каждые 500 мл крови с целью "защиты от цитрата" необходимо ввести
- а) 1 г кальция
 - б) 2 г кальция
 - в) 3 г кальция
 - г) 4 г кальция
 - д) 5 г кальция
069. Недостаточная реакция на введение 2 л лактасола свидетельствует о том, что
- а) кровопотеря превышает 1 л
 - б) кровопотеря значительно меньше 1 л
 - в) требуется переливание донорской крови
 - г) не требуется переливания донорской крови
 - д) правильно а) и в)
070. Показаниями к переливанию плазмозаменителей являются
- а) гиперволемиа
 - б) нормоволемиа
 - в) гиповолемиа
 - г) уровень гематокрита 45-50%
 - д) высокий лейкоцитоз
071. Плазмозаменители вызывают все перечисленное, кроме
- а) повышения гидростатического давления
 - б) повышения онкотического давления
 - в) перемещения внеклеточной жидкости в сосудистое русло
 - г) повышения транспортной функции
 - д) тромбоцитопении разведения
072. Низкомолекулярные декстраны
- а) увеличивают опасность кровотечения
 - б) ухудшают микроциркуляцию
 - в) не увеличивают опасность кровотечения
 - г) улучшают микроциркуляцию
 - д) правильно в) и г)
073. Максимальная доза лактасола при внутривенном введении не должна превышать
- а) 1-2л
 - б) 2-4л
 - в) 5-6л
 - г) 7-8л
 - д) максимальный объем не определен
074. Возрастные особенности регенерации костной ткани обусловлены
- а) механизмом травмы
 - б) состоянием белковой матрицы кости

- в) минерализацией кости
 - г) всем перечисленным
075. Регенерация костной ткани наиболее продолжительна
- а) в раннем возрасте
 - б) в юности
 - в) в среднем возрасте
 - г) в старческом возрасте
076. В течение раневого процесса целесообразно различать периоды
- а) сосудистых изменений и очищения раны от некротических тканей
 - б) образования и созревания грануляционной ткани
 - в) реорганизации рубца
 - г) эпителизации
 - д) верно все перечисленное
077. Участие гистамина в раневом процессе заключается в нижеперечисленных действиях,
- а) расширение просвета артериол, венул, капилляров
 - б) сужение просвета артериол, венул, капилляров
 - в) повышение проницаемости капилляров
 - г) стимуляцию фагоцитоза
 - д) укорочение времени кровотечения
078. Бактериальное обсеменение "чистых" операционных ран оказывается наиболее высоким на этапе
- а) сразу после разреза кожи
 - б) в наиболее травматический момент операции
 - в) перед зашиванием раны
 - г) при первой послеоперационной перевязке
 - д) верно б) и в)
079. Острое гнойное воспаление ран в основном определяют следующие возбудители, кроме
- а) золотистого стафилококка и стрептококка
 - б) протей и неклостридиальных анаэробов
 - в) протей и энтерококков
 - г) синегнойной палочкой
 - д) клостридиальных анаэробов
080. Причинами возникновения гнойной инфекции травматических ран являются
- а) "уличная" микрофлора
 - б) "госпитальная" микрофлора
 - в) эндогенная микрофлора
 - г) верно а) и в)
 - д) верно б) и в)
081. Наиболее эффективными против синегнойной инфекции являются все дезинфицирующие средства, исключая
- а) борную кислоту
 - б) муравьиную кислоту
 - в) перманганат калия
 - г) дегмициды
 - д) антисептики, содержащие соединения четвертичного аммония
082. В ранней фазе воспаления раневого процесса ведущую роль играют
- а) макрофаги
 - б) тромбоциты и тучные клетки
 - в) нейтрофилы
 - г) фибробласты
 - д) верно а) и в)

083. Основными клетками, принимающими участие в очищении ран от тканевого детрита в фазу воспаления, являются
- а) макрофаги
 - б) тромбоциты и тучные клетки
 - в) нейтрофилы
 - г) фибробласты
 - д) верно в) и г)
084. К факторам, повреждающим локальную тканевую защиту в ранах и способствующим развитию инфекции, относят
- а) местную ишемию, наличие некротизированных тканей, гематом
 - б) хронические заболевания (соматические)
 - в) инородные тела
 - г) терапию иммуносупрессорами
 - д) все перечисленное
085. К факторам, определяющим успех метода активного вакуумного дренирования при абсцессах, затеках и т.п., относятся
- а) герметичность дренируемой полости
 - б) введение дренажа через контрапертуру со стороны здоровых тканей
 - в) эвакуация содержимого гнойной полости через небольшой разрез с последующим его ушиванием
 - г) введение лекарственных препаратов в полость с определенной экспозицией
 - д) все перечисленное
086. Применение ферментов в комплексном лечении ран способствует всему перечисленному, исключая
- а) агрегацию эритроцитов в зоне раны
 - б) повышение прочности послеоперационного рубца
 - в) сокращение фазы травматического воспаления
 - г) активизацию роста грануляционной ткани, синтеза кислых гликозаминогликанов, образование коллагеновых волокон
087. К средствам энзимотерапии относятся следующие вещества, применение которых целесообразно для лечения инфицированных ран, кроме
- а) трипсина, химиотрипсина, химиопсина
 - б) эластолитина
 - в) протелина, гидролитина
 - г) прасилола
 - д) бализа
088. Ведущими симптомами раневого сепсиса являются
- а) тяжелая интоксикация
 - б) гиповолемия, нарушение водно-электролитного баланса, ацидоз
 - в) ухудшение микроциркуляции
 - г) анемия, гипопроотеинемия
 - д) все перечисленное
089. Заживление раны первичным натяжением обуславливается рядом условий, к которым относятся
- а) небольшая зона повреждения и плотное соприкосновение краев раны
 - б) сохранение жизнеспособности краев раны
 - в) отсутствие очагов некроза и гематомы

- г) асептичность раны (или уровень микробных тел ниже критического)
д) все перечисленное
090. Хирургическая обработка в фазе регенерации ставит перед хирургами следующие задачи
а) удаление нежизнеспособных и измененных тканей
б) снижение количества микробных тел в ране
в) вскрытие затеков
г) снижение интоксикации
д) все перечисленное
091. Сроки активного дренирования гнойной раны составляют
а) от 3 до 5 суток
б) от 6 до 10 суток
в) от 11 до 14 суток
г) сроки определяются отдельной конкретной ситуацией
д) верно б) и в)
092. К приемам введения дренажной трубки относятся
а) трубку располагают точно на дне гнойной полости
б) отводящий конец располагают в самом низком (в положении лежа) участке
в) используют трубки диаметром от 5 до 20 мм
г) вводят дренажи послойно при обширных ранениях
д) все перечисленное
093. При наличии местного гнойного очага генерализованная инфекция проходит фазы
а) гнойно-резорбтивную лихорадку
б) начальную стадию сепсиса
в) септицемию
г) септикопиемию
д) все перечисленное
094. Наиболее часто при сепсисе преобладают гнойные метастазы, локализующиеся
а) в мягких тканях и костях
б) в легких, сердце и почках
в) в печени и селезенке
г) верно а) и в)
д) верно а) и б)
095. При возникновении воспаления с серозно-гнойным отделяемым в области швов рекомендуется
а) антибактериальная терапия
б) снятие швов и промывание раны
в) повторная хирургическая обработка раны с наложением вторичных швов
г) правильно а) и б)
д) все правильно
096. Критический уровень содержания микробных тел на 1 г ткани раны при генерализованной инфекции составляет
а) 102
б) 103
в) 104
г) 105
д) 106
097. Ко вторичным гнойным воспалениям при первичном ожоге, инфицированной ране, карбункуле, абсцессе, флегмоне относятся
а) лимфаденит
б) флебит
в) тромбофлебит

г) артрит

098. Истощенному раненому, имеющему пониженную температуру и незаживающую рану с обширной

поверхностью и гнойным отделяемым, следует поставить диагноз

- а) раневого истощения
- б) сепсиса
- в) септицемии
- г) пиемии
- д) септикопиемии

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

- а) молниеносной
- б) острой
- в) подострой
- г) рецидивирующей
- д) хронической

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

исключением

- а) зловонного гнойного расплавления тканей с пузырьками газа
- б) общей интоксикации, высокой температуры
- в) ясного сознания, субфебрильной температуры
- г) беспокойства
- д) при разрезе в ране здоровые снабжаемые кровью мышцы

101. Тромбоз эмболия легочной артерии после травмы обычно возникает через

- а) 3-7 дней
- б) 8-12 дней
- в) 13-21 дней
- г) 22-28 дней
- д) 30-36 дней

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

- а) 3-5 мл
- б) 10-20 мл
- в) 50-100мл
- г) 100-140 мл
- д) 150-250 мл

103. Жировая эмболия обычно возникает после травмы через

- а) 1 сутки
- б) 2 суток
- в) 3 суток
- г) 6 суток
- д) 12 суток

104. Клиническими признаками нежизнеспособности тканей при первичной хирургической обработке

будут все перечисленные, исключая

- а) изменение окраски
- б) отсутствие кровотечения
- в) отсутствие эластичности
- г) нарушение сократимости
- д) запах, повышенную кровоточивость при ранении

105. Наложение кровоостанавливающего жгута при кровотокающих ранах требует выполнения всех перечисленных манипуляций, исключая
- жгут накладывается как можно ближе к ране, проксимальнее ее
 - жгут накладывается у корня конечности на мягкую подкладку
 - жгут накладывается и затягивается до исчезновения периферического пульса и прекращения кровотечения
 - жгут можно накладывать на одежду и на мягкую подкладку
 - к жгуту обязательно прикладывается бирка с указанием времени наложения в минутах
106. Правильное наложение кровоостанавливающего жгута характеризуется следующим условием
- жгут наложен как можно туже на конечности
 - жгут наложен с силой, вызывающей онемение в дистальном отделе конечности
 - жгут наложен так туго, как только остановится кровотечение
 - жгут наложен так, что из раны слегка сочится кровь
 - жгут накладывается до передавливания мышцы конечности
107. К понятию хирургической обработки раны относится
- смазывание краев раны йодом, наложение повязки, введение внутримышечно антибиотиков
 - промывание раны, введение в мягкие ткани антибиотиков
 - удаление из раны инородных тел, обработка раны антисептиками, дренирование раны
 - рассечение и иссечение раны, удаление сгустков крови, дренирование раны, восстановительная операция
108. К отсроченной хирургической обработке относится обработка, произведенная после травмы через
- 12-18ч
 - 24-48ч
 - 49-72ч
 - 73-96ч
 - 97-120ч
109. Показаниями к первичной хирургической обработке являются все нижеперечисленные, кроме
- наличия точечной раны с венозным кровотечением
 - небольшой раны с ровными краями без кровотечения
 - наличия у пострадавшего более тяжелого повреждения, опасного для жизни (внутреннее кровотечение, разрыв внутреннего органа)
 - сильно загрязненной и размятой раны
 - состояния травматического шока III-IV степени
110. Вторичной хирургической обработкой раны называется
- хирургическая обработка, сделанная позднее одной недели после повреждения
 - хирургическая обработка, сделанная при неудовлетворительном результате первичной хирургической обработки
 - наложение вторичных швов на рану после первичной хирургической обработки, сделанной 1-3 дня назад
 - пластическое закрытие кожного дефекта после хирургической обработки
 - обработка, сделанная впервые по прошествии одного месяца после травмы
111. Под вторичным заживлением раны не следует понимать заживление
- вторичным натяжением
 - через нагноение
 - через грануляции
 - через отторжение погибших тканей
 - после вторичной хирургической обработки

112. Первично-отсроченным швом является
- а) шов на рану, подвергшейся хирургической обработке через одну неделю после повреждения
 - б) шов, наложенный на рану, подвергнувшейся обработке через один месяц после повреждения
 - в) шов, накладываемый на рану в течение первых 5-6 дней после ранения на предварительно обработанную рану до появления грануляций
 - г) шов, наложенный на гранулирующую рану с подвижными нефиксированными краями, без наличия рубцов
 - д) шов, наложенный на гранулирующую рану с развитой рубцовой тканью после иссечения кожных краев и дна раны
113. Поздним вторичным швом называется шов, наложенный
- а) в течение первой недели после первичной хирургической обработки до появления грануляций
 - б) на гранулирующую рану с подвижными краями без наличия рубцов
 - в) на гранулирующую рану с развитием рубцовой ткани после иссечения краев и дна раны
 - г) на раны через один месяц после травмы
 - д) на рану на 2-3 суток после первичной хирургической обработки
114. К категории аутопластических видов восстановительной хирургии относятся все перечисленные, кроме
- а) свободная кожная пластика расщепленным аутолооскутом
 - б) свободная кожная пластика полнослойным кожным аутолооскутом
 - в) аутопластика филатовским стеблем
 - г) пластика передвигным кожным аутолооскутом
 - д) замещение дефекта кожи лиофилизированным кожным аллотрансплантатом
115. Токсин возбудителя столбняка вызывает специфическое поражение
- а) передних рогов спинного мозга
 - б) задних рогов спинного мозга
 - в) центральных и боковых отделов спинного мозга
 - г) правильно б) и в)
 - д) все ответы правильны
116. Споры столбнячной палочки при кипячении или сухом нагревании до 150°C погибают
- а) через 10-20 мин
 - б) через 21-30 мин
 - в) через 31-40 мин
 - г) через 41-50 мин
 - д) более 60 мин
117. Инкубационный период при столбняке обычно равен
- а) 1 -2 дня
 - б) 3-5 дней
 - в) 7-14 дней
 - г) 10-21 день
 - д) 24-30 дней
118. Подострая форма столбняка характеризуется
- а) медленным нарастанием симптомов
 - б) умеренным нарастанием симптомов
 - в) выздоровлением большинства больных в течение 20-30 дней
 - г) правильно а) и б)
 - д) всем перечисленным

119. Для хронической формы столбняка типично все перечисленное, кроме
- медленного развития напряжения мышц
 - отсутствия клонических судорог
 - нормальной или субфебрильной температуры тела
 - летальный исход имеет место в 17-19% случаев
 - болезнь тянется несколько недель или месяцев
120. Местный столбняк проявляется
- неприятными ощущениями и тянущей болью в области раны
 - подергиванием и повышением тонуса мышц в области раны
 - клоническими судорогами скелетных мышц
 - правильно а) и б)
 - всем перечисленным
121. В ранних фазах развития столбняка следует проводить дифференциальный диагноз
- с менингитом
 - с отравлением стрихнином
 - с бешенством
 - правильно а) и б)
 - со всем перечисленным
122. Лечение столбняка в первые 2-3 дня осуществляется применением перечисленных лекарственных препаратов, исключая
- противостолбнячную сыворотку внутримышечно и эндолюмбально
 - лидазу и кислород эндолюмбально
 - миорелаксанты внутривенно
 - противостолбнячный γ -глобулин внутримышечно
 - нейроплегические препараты внутримышечно и внутривенно
123. При анаэробной газовой инфекции в патологический процесс вовлекаются
- только мышцы
 - преимущественно подкожная жировая клетчатка и кожа
 - только соединительная ткань
 - все виды мягких тканей
 - верно а) и в)
124. Определяющими факторами возникновения инфекции являются все перечисленные, исключая
- состояние реактивности организма больного
 - степень местных нарушений в ране
 - состояние кровообращения
 - массивное повреждение костей
 - наличие дефекта покровных тканей
125. Клостридии - возбудители анаэробной инфекции вырабатывают
- экзотоксин
 - эндотоксин
 - экзотоксин и эндотоксин
 - не вырабатывает токсина
126. К клиническим проявлениям анаэробной инфекции относится все перечисленное, исключая
- боль в ране
 - отек, газообразование
 - токсикоз
 - анестезию в области раны, гипертермию
 - субфебрилитет
127. Инкубационный период при анаэробной газовой инфекции составляет
- от 1 до 12ч

- б) от 12 до 24ч
- в) от 24 до 48ч
- г) от 3 до 4 суток
- д) свыше 5 суток

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

исключая

- а) широкое рассечение пораженных тканей
- б) иссечение пораженных тканей, в первую очередь мышц
- в) ампутацию
- г) пункционное дренирование раны
- д) верно а) и в)

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

- а) проксимальнее из дополнительного резерва
- б) на протяжении, но в ране
- в) в области культи
- г) все перечисленное
- д) правильно а) и б)

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

- а) из дополнительного разреза проксимальнее
- б) в ране, на протяжении
- в) в области культи
- г) все перечисленное
- д) правильно б) и в)

131. Профилактической дозой антигангренозной сыворотки является

- а) по 5 000 МЕ против каждого из трех возбудителей
- б) по 10 000 МЕ против каждого из трех возбудителей
- в) по 10 000 МЕ против возбудителя "перфригенс"
- г) по 30 000 МЕ против всех возбудителей (поливакцина)
- д) правильно б) и г)

132. Лечебной дозой антигангренозной сыворотки является

- а) по 10 000 МЕ против каждого из возбудителей
- б) по 15 000 МЕ против каждого из возбудителей
- в) по 20 000 МЕ против каждого из возбудителей
- г) по 50 000 МЕ против каждого из возбудителей
- д) по 100 000 МЕ против каждого из возбудителей

133. Применение ГБО при газовой анаэробной инфекции способствует

- а) действию антибиотиков
- б) стимуляции фагоцитоза
- в) оказанию антитоксического действия
- г) оказанию общенормализующего действия
- д) правильно а) и б)

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

- а) противошоковых мероприятий
- б) ранней первичной хирургической обработки (ПХО)
- в) иммобилизации поврежденного сегмента
- г) антибактериального лечения
- д) обкалывания сегмента антибиотиками

135. При лечении столбняка противостолбнячная сыворотка вводится эндолюмбально в дозе
- 25 000-30 000 АЕ
 - 35 000-45 000 АЕ
 - 50 000-100 000 АЕ
 - 120 000-150 000 АЕ
 - 160 000-200 000 АЕ
136. Бешенство характеризуется развитием патологических изменений головного мозга в виде
- менингита
 - энцефалита
 - базального арахноидита лобных долей
 - вентрикулита III желудочка
 - отека мета- и гипоталамуса
137. Инкубационный период при бешенстве чаще длится
- 5-6 дней
 - 2-3 недели
 - 1-3 месяца
 - 4-5 месяцев
 - более 5 месяцев
138. Стадия предвестников при бешенстве характеризуется следующими симптомами
- длительность стадии предвестников 1-3 дня,
 - появление неприятных ощущений в области укуса или ослонения в виде жжения, тянущей боли, зуда, гипертензии кожи,
 - резкая сонливость,
 - повышенное слюноотделение, слуховые и зрительные галлюцинации,
 - беспричинная тревога,
 - гидрофобия,
 - депрессия.
- правильно 1,2,3,4
 - правильно 2,4, 5, 6
 - правильно 1,2, 5, 7
 - правильно 3,4, 6, 7
 - правильно 4, 5, 6, 7
139. Смерть больного бешенством наступает после появления параличей через
- 5-7ч
 - 12-20ч
 - 24ч
 - 48ч
 - 96ч
140. Общая длительность заболевания бешенством составляет
- 3-7 дней
 - 8-10 дней
 - 12-14 дней
 - 21-28дней
 - 30-40 дней
141. Дифференциальная диагностика бешенства проводится
- с столбняком
 - с истерией
 - с поствакционным энцефалитом
 - с энцефаломиелитом
 - со всем перечисленным

142. Профилактика бешенства при укусах животными заключается в осуществлении
- промывания раны мыльной водой и раствором 3% H₂O₂
 - хирургической обработки раны с иссечением краев ее с наложением швов
 - антирабической прививки
 - правильно а) и в)
 - все перечисленное
143. Наиболее часто сдавление мягких тканей наблюдался
- при автомобильных авариях
 - при падении с высоты
 - при землетрясении
 - при пожарах
 - при подводных работах на глубине
144. Сдавление мягких тканей конечности возникает в результате
- удара тяжелым предметом
 - давления тяжести по всей конечности
 - длительного нахождения жгута на конечности (более 4 час)
 - правильно б) и в)
 - все ответы правильны
145. В патогенезе сдавления мягких тканей ведущее значение имеет все перечисленное, кроме
- кровотечения
 - интоксикации
 - плазмопотери
 - чрезмерного болевого раздражения
 - спазма артериальных сосудов почек
146. Первопричиной патологических изменений в организме при сдавлении мягких тканей является
- гиперкалиемия
 - плазмопотеря
 - выброс в кровяное русло катехоламинов
 - закупорка почечных петель миоглобином
 - резкое повышение осмолярности (до 400 мосмоль/л) крови
147. При сдавлении мягких тканей в электролитном составе крови происходят нижеперечисленные изменения, исключая
- гиперфосфатемию
 - гиперкалиемию
 - гипернатриемию
 - гиперкальциемию
148. В клиническом течении сдавления мягких тканей выделены периоды, кроме
- периода сдавления
 - промежуточного периода
 - периода почечных нарушений
 - периода ранних осложнений
 - периода поздних осложнений
149. Наиболее ярко и отчетливо клиническая картина сдавления мягких тканей наблюдается
- в момент сдавления
 - сразу же после освобождения от сдавления
 - через несколько часов после освобождения от сдавления
 - через 2-3 суток после сдавления
 - все перечисленное неправильно
150. Для периода декомпенсации при сдавлении мягких тканей бедра характерно все перечисленное, кроме

- а) гиперкалиемии
 - б) резкого снижения артериального давления
 - в) бледности кожных покровов
 - г) полиурии
 - д) шокоподобного состояния больного
151. Плазмопотеря после освобождения от сдавления нижней конечности обычно составляет
- а) 0.5% от веса тела пострадавшего
 - б) 1.8% от веса тела пострадавшего
 - в) 3.3% от веса тела пострадавшего
 - г) 15.5% от веса тела пострадавшего
 - д) 20.3% от веса тела пострадавшего
152. После освобождения конечности от сдавления больному рекомендовано осуществить инфузию растворов, исключая
- а) хлористый калий 10% - 30
 - б) реополиглюкин 400
 - в) глюкозо-калиево-инсулиновая смесь 500
 - г) раствор глюкозы 5% - 500
 - д) раствор новокаина 0.25% - 300
153. Клиническая картина сдавления мягких тканей находится в прямой зависимости
- а) от возраста больного
 - б) от длительности сдавления
 - в) от атмосферных условий
 - г) от характера сдавливающего фактора
 - д) от пола больного
154. Тяжесть сдавления мягких тканей конечностей зависит от всего перечисленного, исключая
- а) силу сдавления
 - б) площадь повреждения
 - в) длительность сдавления
 - г) температуру тела пострадавшего
 - д) локализацию (верхней или нижней конечности), массу мышечной ткани
155. После освобождения конечности от сдавления следует осуществить все нижеперечисленное, исключая
- а) иммобилизацию конечности
 - б) наложение жгута на проксимальный конец конечности
 - в) новокаиновую блокаду конечности
 - г) новокаиновую паранефральную блокаду
 - д) введение обезболивающих и седативных средств
156. Лечение больных со сдавлением мягких тканей в первые сутки после освобождения конечности включает все перечисленное, кроме
- а) инфузии кровозаменителей
 - б) гипотермии
 - в) новокаиновых блокад
 - г) введения сердечно-сосудистых средств
 - д) введения гепарина
157. При исследовании крови в первые 2 дня после освобождения конечности от сдавления обнаруживается все перечисленное, кроме
- а) сгущения периферической крови
 - б) увеличения процента гемоглобина
 - в) лимфопении
 - г) увеличения количества остаточного азота

- д) увеличения резервной щелочности крови
158. По своему течению сдавление мягких тканей подразделяется в зависимости от площади, силы и времени сдавления на все перечисленные формы, исключая
- а) легкие
 - б) средние
 - в) тяжелые
 - г) очень тяжелые или разможнения
159. Для сдавления мягких тканей конечностей характерно
- а) раздавленные мышцы разволокнены и пропитаны кровью и тканевой жидкостью
 - б) очаги некроза имеют вид полос или островков
 - в) магистральные сосуды не повреждены и не тромбированы
 - г) правильно а) и б)
 - д) все ответы правильны
160. Для сдавления мягких тканей характерны все перечисленные патологические изменения, исключая
- а) застойную печень
 - б) полнокровие головного мозга
 - в) насыщение миоглобином мышц
 - г) точечные кровоизлияния плевры и отек легких
 - д) перерождение мышцы сердца
161. При сдавлении мягких тканей в почках имеют место следующие патологические изменения
- а) выраженные изменения в дистальных извитых канальцах
 - б) выраженные изменения в восходящих петлях Генле
 - в) забитость кровяными цилиндрами из миоглобина канальцев
 - г) правильно б) и в)
 - д) все ответы правильны
162. Период ранних осложнений при сдавлении мягких тканей наступает в первые
- а) 8-10 дней
 - б) 12-15 дней
 - в) 20-25 дней
 - г) 30-45 дней
 - д) 48-50 дней
163. В период поздних осложнений отмечается развитие всех ниже перечисленных патологических состояний, исключая
- а) контрактуры
 - б) невриты
 - в) хроническую недостаточность почек
 - г) гангрену конечности
 - д) хроническую недостаточность печени
164. После освобождения конечности от сдавления больному рекомендовано осуществить инфузию всех перечисленных растворов, исключая
- а) хлористый кальций 10% - 30
 - б) реополиглюкин 400
 - в) глюкозо-калиево-инсулиновую смесь 500
 - г) раствор глюкозы 5% - 500
 - д) раствор новокаина 0.25% - 300
165. Возникновение торпидной фазы шока согласно нейрорефлекторной теории развития травматического шока обусловлено

- а) возбуждением коры мозга
- б) возбуждением подкорки - продолговатого мозга
- в) торможением коры
- г) торможением подкорки - продолговатого мозга
- д) истощенностью приспособительных возможностей ретикулярной формации (сетчатой субстанции)

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

артериальное давление будет

- а) 60/40 мм рт. ст.
- б) 70/60 мм рт. ст.
- в) 90/60 мм рт. ст.
- г) 100/60 мм рт. ст.
- д) 110/70 мм рт. ст.

167. К первичному травматическому шоку относят шок

- а) впервые диагностируемый у пострадавшего
- б) возникший вслед за травмой
- в) возникший при механической травме
- г) диагностируемый при первом осмотре
- д) возникающий после первой помощи по поводу повреждения

168. К вторичному травматическому шоку относят шок

- а) диагностируемый у пострадавшего, если в анамнезе у него ранее был шок
- б) диагностируемый у пострадавшего при втором и последующих осмотрах
- в) который возник у пострадавшего через некоторое время после того, как он был выведен

из

шока и транспортирован в лечебное учреждение

- г) который возник у легкораненого при вторичном более тяжелом ранении
- д) возникающий у пострадавшего с радиоактивным микстом, когда всосались в кровь радиоактивные вещества

169. Травматический шок становится необратимым, если максимальное артериальное давление в 60 ммрт. ст. не удастся поднять в течение

- а) 30 мин
- б) 1ч
- в) 2ч
- г) 4ч
- д) 6ч

170. Травматический шок при тяжелой черепно-мозговой травме возникает

- а) часто
- б) очень часто
- в) всегда
- г) редко
- д) очень редко

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

веществ, исключая

- а) уменьшение фильтрующей способности почек
- б) увеличение проницаемости клеточных мембран
- в) уменьшение синтеза белка
- г) уменьшение дезинтоксикационной функции
- д) улучшение работы калие-натриевого клеточного насоса

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

- а) изменения показателей артериального давления
- б) четких изменений центрального венозного и спинального давления
- в) показателей пульса
- г) частоты дыхания
- д) изменения сознания

173. Вазоконстрикция при тяжелых формах травматического шока захватывает кровеносные системы

внутренних органов

- а) иннервируемых солнечным сплетением (печень, селезенка, кишечник, поджелудочная железа, мышечная система)
- б) системы сердца
- в) системы головного мозга
- г) системы легких
- д) системы верхних и нижних конечностей

174. Конечная фаза травматического шока сопровождается

- а) расширением прекапиллярных сфинктеров при продолжающемся сужении посткапиллярных сфинктеров
- б) подъемом гидростатического капиллярного давления с выходом жидкости из капилляров в интерстиций, склеиванием эритроцитов и тромбоцитов и образованием микротромбов
- в) расстройством микроциркуляции
- г) всем перечисленным
- д) правильно а) и в)

175. Непосредственная причина угрозы жизни больного при травматическом шоке связана

- а) с расстройством микроциркуляции в результате молочно-кислого диатеза
- б) с артериальным кровотечением
- в) с множественными переломами длинных трубчатых костей
- г) с венозным кровотечением
- д) правильно а) и г)

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

- а) сердечно-сосудистой недостаточности
- б) расстройства насосной функции сердца
- в) абсолютным и относительным дефицитом объема циркулирующей крови
- г) симпатoadренергической реакции
- д) специфической вазомоции

177. Патологоанатомическая картина травматического шока представлена

- а) полнокровием мышц
- б) отеком головного мозга
- в) спазмом сосудов селезенки и кишечника
- г) правильно а) и в)
- д) все ответы правильны

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

- а) уменьшения объема циркулирующей крови
- б) скопления крови в мезентериальных сосудах, селезенке и печени
- в) скопления крови в капиллярах мышц
- г) скопления лимфы в протоках мышц
- д) повышения проницаемости мембран

179. Нарушения микроциркуляции при множественных и сочетанных повреждениях, осложненных

- шоком, характеризуются всем перечисленным, кроме
- увеличение капиллярной перфузии и гемоделирующей
 - уменьшения капиллярной перфузии и вазоделирующей
 - локальных нарушений обмена веществ с метаболическим ацидозом, повышением свертываемости крови
 - агрегации клеток, выхода плазмы, стаза крови в капиллярах и образования тромбов в капиллярах
 - ДВС
180. Проявления специфической вазомоторики и нарушения микроциркуляции при травматическом шоке в начальной фазе характеризуются всем перечисленным, кроме
- пре- и посткапиллярной вазоконстрикции
 - уменьшения капиллярной перфузии
 - уменьшения капиллярного гидростатического давления
 - компенсаторного перехода жидкости из интерстиция в капилляры
 - правильно а) и б)
181. В клинической диагностике травматического шока ведущее значение имеют все приведенные факторы, кроме
- анализа повреждения
 - характера травмы
 - возраста, пола, наличия предшествующих травм и заболеваний
 - времени года
 - клинических данных - артериального давления, показателей пульса, дыхания, диуреза
182. Лечение травматического шока следует проводить, используя в комплексе
- трансфузию 0.25% раствора новокаина
 - трансфузию кровезаменителей
 - новокаиновые блокады мест переломов
 - правильно б) и в)
 - все правильно
183. При лечении травматического шока применение гипотермии
- не показано
 - показано наряду с другими методами лечения
 - показано в обязательном порядке
 - показано в определенных периодах шока
 - показано в конце лечения
184. При травматическом шоке IV степени полиглюкин и желатиноль
- улучшают микроциркуляцию
 - не улучшают микроциркуляцию
 - ухудшают микроциркуляцию
 - влияния на сосудистую систему не оказывают
185. При травматическом шоке IV степени полиглюкин
- улучшает микроциркуляцию
 - ухудшает микроциркуляцию
 - изменений микроциркуляции не возникает
 - улучшает реологические свойства крови, но вызывает небольшую агрегацию форменных элементов крови в венах конечностей
 - улучшает реологические свойства крови, ее текучесть, вызывает дезагрегацию форменных элементов крови, улучшает системы микроциркуляции и транскапиллярный обмен
186. Интенсивное переливание кровезаменителей при АД, равном 60 мм рт. ст. (критический уровень

артериального давления) в количестве 500-1000 мл в первые 10-15 мин позволяет

- а) восполнить объем циркулирующей жидкости
- б) уменьшить дефицит ОЦК
- в) восполнить объем циркулирующей плазмы
- г) восполнить глобулярный остаток
- д) устранить интоксикацию

187. Пострадавшему, находящемуся в состоянии травматического шока III-IV степени, переливание

крови и ее препаратов

- а) не показано
- б) абсолютно показано
- в) оказано относительно
- г) можно обойтись трансфузией кровозаменителей
- д) зависит от случая

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

- а) травматического шока I-II степени
- б) травматического шока III степени
- в) травматического шока IV степени
- г) коллапса во время оперативного пособия
- д) правильно б) и в)

189. Операцию остеосинтеза закрытого перелома диафиза бедренной кости после выведения больного

из состояния травматического шока рекомендуется производить

- а) сразу же после нормализации артериального давления и пульса
- б) после нормализации диуреза
- в) через 12 ч стабилизации гемодинамики
- г) через несколько суток

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

- а) улучшают микроциркуляцию
- б) не улучшают микроциркуляцию
- в) ухудшают состояние микроциркуляции
- г) изменений сосудистой системы не вызывают
- д) вызывают спазм кровеносных сосудов желудка и кишечника

191. Трансфузия крови в условиях травматического шока тяжелой степени

- а) повышает артериальное давление в системе макроциркуляции
- б) уменьшает гемоконцентрацию
- в) ухудшает микроциркуляцию и транскапиллярный обмен
- г) улучшает транскапиллярный обмен и микроциркуляцию
- д) правильно а) и в)

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

тяжелых степеней, относится

- а) риск сенсibilизации
- б) риск заражения СПИДом
- в) гипокальциемия
- г) иммунобиологический конфликт
- д) все перечисленное

193. Принципы возмещения кровопотери при травматическом шоке основаны на

- а) знании реакции больного на кровопотерю и правильной оценке его состояния
- б) умении определить кровопотерю (ее объем)
- в) умении восполнить объем циркулирующей крови и объем плазмы

- г) знании кислородтранспортной функции крови
 д) всем перечисленном
194. С целью корректировки кислотно-щелочного состояния следует переливать 4% раствор бикарбоната натрия на каждые 500 мл крови в количестве
 а) 50 мл
 б) 100 мл
 в) 150 мл
 г) 200 мл
 д) 300 мл
195. В условиях замедленного кровотока кристаллоидные растворы
 а) обеспечивают приток жидкости в сосудистое русло, увеличивают гидростатическое давление,
 увеличивают текучесть крови, улучшают ее реологию, микроциркуляцию, обладают противоацидотическим действием
 б) нарушают работу калий-натриевого насоса, способствуют переходу солей из сосудистого
 русла в окружающие ткани, создают местную гидремию тканей, вызывают нарушения в системе
 микроциркуляции, ухудшают возврат крови к сердцу
 в) способствуют ацидозу, улучшая текучесть крови
 г) вызывают агрегацию форменных элементов крови, стаз крови в капиллярах
 д) способствуют развитию молочно-кислого диатеза и диссеминированного внутрисосудистого свертывания
196. Максимальная суточная доза полиглюкина при выведении больного из шока не должна превышать
 а) 1 л
 б) 2 л
 в) 3 л
 г) 4 л
 д) 5 л
197. В больших дозах, превышающих 2000 мл, полиглюкин
 а) обладает выраженным гемодинамическим действием
 б) улучшает систему микроциркуляции
 в) улучшает реологические свойства крови, текучесть крови
 г) повышает гидростатическое давление
 д) ухудшает работу системы микроциркуляции, вызывает агрегацию форменных элементов крови
198. Предварительное переливание полиглюкина в объеме 1-2 л в машине "скорой помощи"
 а) затрудняет определение групповой принадлежности крови
 б) улучшает определение групповой принадлежности крови
 в) существенного значения для определения групповой принадлежности крови не имеет
 г) у больных с большой кровопотерей значительно облегчает определение группы крови
 д) затрудняет определение только А(II) группы крови
199. К признакам начинающейся перегрузки кровообращения у больных с шоком при избыточном введении жидкостей относятся все перечисленные, кроме
 а) нарастания одышки
 б) крепитирующих хрипов в легких
 в) вздутия вен шеи
 г) увеличения ЦВД (больше 120 мм вод. ст.)
 д) уменьшения ЦВД (меньше 50 мм вод. ст.)
200. Для оценки состояния пострадавшего и прогнозирования течения травмы у старых больных и

детей рекомендуется

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

201. У пожилых и старых больных происходят значительные изменения в опорно-двигательном аппарате в виде всего перечисленного, исключая
- а) остеопороз
 - б) остеолиз
 - в) остеоартроз, разволокнение, изъязвление хрящей суставов
 - г) деформирующий артроз, утолщение, появление костных разрастаний
 - д) декальцинацию, уменьшение содержания кальция в костях
202. Из перечисленных ниже локализаций перелома реже всего встречаются у лиц пожилого и старческого возраста
- а) медиальные и вертельные переломы бедра
 - б) переломы хирургической шейки плеча
 - в) переломы позвоночника
 - г) переломы мыщелков большеберцовой кости
 - д) переломы лучевой кости в типичном месте
203. Неблагоприятное течение переломов шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено
- а) резким нарушением кровоснабжения головки шейки бедра
 - б) репонированные отломки трудно удерживаются обычными способами внешней фиксации
 - в) длительное вынужденное положение больного, адинамия
 - г) правильно а) и в)
 - д) все ответы правильны
204. Преимуществами оперативных методов лечения переломов шейки бедра являются все перечисленные, кроме
- а) операция малотравматична
 - б) позволяет точно сопоставить отломки
 - в) достаточно прочно фиксировать отломки
 - г) возможна ранняя активизация больного
 - д) предупреждение пролежней
205. Показанием к эндопротезированию при переломах шейки бедра и ложных суставов у старых людей является все перечисленное, кроме
- а) вколоченного перелома шейки бедра
 - б) субкапитального перелома шейки бедра
 - в) несросшегося перелома (ложный сустав) шейки бедра
 - г) асептического некроза головки и шейки бедра
 - д) нарушения кровоснабжения головки бедра
206. Развитие ложного сустава при переломе шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено всеми перечисленными причинами, кроме
- а) нарушения кровоснабжения головки и шейки бедра
 - б) недостаточной репозиции отломков
 - в) неустойчивой фиксации отломков
 - г) ранней нагрузки на поврежденную конечность
 - д) возраста больного
207. Особенностью чрезвертельных переломов у лиц пожилого и старческого возраста является все перечисленное, кроме

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

208. При лечении переломов костей голени у пожилых и старых людей преимущественно используют

все перечисленные способы, кроме

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

209. Под термином "ампутация конечности" подразумевается

- а) отнятие конечности на протяжении той или иной кости (костей)
- б) отнятие конечности на любом участке пораженного сегмента
- в) отнятие конечности между суставами
- г) отнятие конечности на уровне суставов
- д) правильно а) и в)

210. Операция отсечения конечности на уровне сустава называется

- а) ампутацией
- б) экзартикуляцией
- в) первичной хирургической обработкой
- г) костнопластической операцией
- д) фасциопластической операцией

211. Первичная ампутация выполняется

- а) в порядке оказания неотложной хирургической помощи
- б) при полном размождении конечности
- в) при полном отрыве и размождении конечности
- г) все ответы правильны
- д) правильно б) и в)

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

- а) отрывов конечностей
- б) глубоких обширных циркулярных термических ожогов конечностей
- в) обширных дефектов кожи и подкожной жировой клетчатки
- г) переломов (открытые, закрытые), осложненных термическими ожогами на фоне лучевой болезни
- д) сдавления мягких тканей конечности + отморожение + лучевая болезнь

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

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

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

- а) консервативного лечения
- б) ампутации конечности при развитии эмпиемы сустава с обширным разрушением и расплавлением костей
- в) ампутации при тромбозе бедренной артерии

- г) резекции, костнопластической операции, наложения аппарата наружной фиксации
 д) артротомии, постоянного дренирования и длительного промывания сустава, наложения мостовидной повязки при отсутствии поражения костей
215. Демаркационная зона при отморожениях характеризуется тем, что она
 а) имеет полное совпадение уровней некроза кожи и глубже лежащих мягких тканей
 б) не имеет полного совпадения уровней некроза и глубже лежащих тканей
 в) кожа поражается значительно проксимальнее, а мягкие ткани подвергаются некрозу меньше
 г) некроз мягких тканей, расположенных под кожей, распространяется далеко в проксимальном направлении, а некроз кожи сохраняется значительно дистальнее
216. Ампутации при отморожениях выполняются
 а) до появления демаркационной линии
 б) при появлении демаркационной линии и мумификации
 в) в первую или вторую неделю
 г) при инфицированных отморожениях по линии демаркации в сроки 3-4 недели
 д) правильно б) и г)
217. При гангрене конечности у стариков на фоне диабета или облитерирующего эндоартериита уровни ампутации нужно выбирать
 а) в центре очага
 б) по демаркационной линии
 в) как только возможно выше (под "корень" конечности)
 г) уровень ампутации определяется только после сканирования системы микроциркуляции пораженной конечности
 д) ниже демаркационной линии
218. Остеомиелит с наличием сепсиса или признаками амилоидоза паренхиматозных органов требует
 а) многочисленный секвестрэктомий
 б) костной пластики с наложением компрессионно-дистракционного аппарата, с постоянным длительным орошением и дренированием раны, с последующей миофасциально-дерматомной пластикой
 в) ампутации как "калечащей" операции
 г) ампутации как "восстановительной" операции
219. При некрозе конечности, связанной с повреждением сосудисто-нервного пучка, необходимо
 а) отсечение конечности немного дистальнее демаркационной линии
 б) отсечение конечности по уровню демаркационной линии на коже
 в) обнажить сосудисто-нервный пучок, удалить тромб, промыть магистральные сосуды и систему микроциркуляции конечности, поставить систему активного дренирования и орошения, произвести рассечение и удаление тканей, создать абактериальную среду
 г) уровень ампутации определить методом компьютерной томографии системы микроциркуляции, или по тесту С.Ф.Годунова
220. При нагноительных процессах в костях, тканях или в суставах с начинающимся истощением показана
 а) быстрая ампутация конечности с наложением глухого шва
 б) артротомия, резекция пораженных костей, костно-пластическая операция, постоянное длительное орошение и дренирование
 в) быстрая ампутация круговым способом, без стягивающих и направляющих швов

- г) частичная некрэктомия
- д) наложение глухой мостовидной повязки

221. При обширных повреждениях конечности ампутация производится
- а) по типу первичной хирургической обработки с обязательным и окончательным закрытием раны
 - б) по типу частичной некрэктомии
 - в) по типу полной некрэктомии
 - г) по типу первичной хирургической обработки раны с иссечением всех нежизнеспособных тканей, усечения конечности по уровню уцелевших тканей на границе повреждения кости, с обязательным длительным орошением и дренированием раны, без ушивания ее
 - д) экзартикуляция
222. Уровень ампутации при некрозах конечностей вследствие облитерирующего эндоартериита, артеросклероза или диабетической гангрены точно устанавливается на основании
- а) внутриартериального введения хлористого кальция или сосудорасширяющих средств
 - б) внутрикостного или внутривенного введения новокаина с последующим снятием жгута
- (тест С.Ф.Годунова и А.И.Новоселова) и оценка границ распространенности яркой гиперемии на поврежденной конечности
- в) первичной хирургической обработки
 - г) компьютерной томографии системы микроциркуляции
 - д) правильно б) и г)
223. Одномоментный способ пересечения мягких тканей предусматривает
- а) одинаковую сократимость кожи, поверхностных и глубоких мышц
 - б) неодинаковую сократимость кожи, поверхностных и глубоких мышц, в результате чего после перерезки мышц образуется конус, требующий второго кругового сечения мышц и перепиливания кости
- в) создание конической культи
 - г) нормальную культю, в дальнейшем годную для протезирования
224. К опорным культям относятся
- а) культя верхней трети бедра
 - б) культя верхней трети голени
 - в) культя средней трети голени
 - г) культя нижней трети голени
 - д) культя после костнопластической операции по Пирогову в нижней трети голени
225. Элементами фасциопластической операции на голени (по С.Ф.Годунову) являются все перечисленные, кроме
- а) выкраивания переднего и заднего кожнофасциального лоскута
 - б) сшивания мышц над костным спилом, передний и задний кожно-фасциальный лоскуты не сшиваются
- в) мышцы не сшиваются под костным спилом
 - г) передний и задний кожнофасциальный лоскуты сшивают между собой
226. Суть теста С.Ф.Годунова для определения уровня ампутации на голени, бедре состоит
- а) в определении нарушения магистрального кровотока
 - б) в определении тромбоза магистрального сосуда
 - в) во внутрикостном (внутривенном) введении новокаина, снятии жгута и по яркой гиперемии кожи в течение 5 минут устанавливается полноценность артериального магистрального

- г) кровотока, системы микроциркуляции и уровня ампутации
во внутривенном введении сосудорасширяющих препаратов

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

являются

- а) свободно пересаженные трансплантаты
- б) пластика Филатовским стеблем
- в) пластика расщепленным кожным лоскутом
- г) местная пластика
- д) пластика кожно-клетчатками лоскутами, перемещенными с отдаленных участков культи

с

вышележащего сегмента на сосудистой ножке (методика ЦНИИППа)

228. В стационарах протезно-ортопедических предприятиях больным изготавливают

- а) постоянные протезы
- б) временные протезы
- в) лечебно-тренировочные протезы
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

Вопросы для коллоквиума:

1. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Виды протезирования, показания, противопоказания.
2. Врожденный вывих бедра у детей в возрасте до 1 года. Диагностика, методы лечения.
3. Открытый перелом диафиза бедренной кости. Механизм травмы, классификация. Принципы лечения.
4. Отморожение. Клиника, первая помощь, лечение.
5. Остеохондропатии. Болезнь Осгута-Шляттера. Определение, клиника, лечение.
6. Синдром «диабетическая стопа». Определение, патогенез, классификация, клиника, принципы лечения.
7. Внутрисуставные переломы дистального отдела костей голени (перелом «пилона»). Механизм травмы, классификация. Методы лечения.
8. Переохлаждение. Клиника, диагностика, первая помощь, осложнения.
9. Доброкачественные опухоли костей и суставов. Классификация, клиника, принципы лечение.
10. Болезнь Эрлахера-Блаунта. Определение, клиника, лечение.
11. Повреждение сухожилий кисти. Диагностика, клиническая картина в зависимости от уровня поражения, принципы лечения.
12. Показания к свободной местной и лоскутной кожной пластике при лечении острой ожоговой травмы.
13. Повреждение ротаторной манжеты. Определение понятия ротаторная манжета, механизм повреждения, клиника, лечение.
14. Перелом пяточной кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, лечение.
15. Тупая травма живота. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, принципы лечения.
16. Особенности ожоговых ран в зависимости от их этиологии.
17. Врожденная косолапость у детей в возрасте до года. Клиника, лечение.
18. Закрытые повреждения таза. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
19. Костно-хрящевой экзостоз длинных трубчатых костей. Клиника, лечение.
20. Классификация ожоговых ран по глубине.
21. Переломы ребер. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.

22. Плоскостопие. Классификация, диагностика, методы лечения.
23. Открытый диафизарный перелом костей голени. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
24. Определение площади ожоговых ран. Индекс тяжести поражения.
25. Особенности переломов костей у детей.
26. Травматический вывих плеча. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
27. Закрытый внутрисуставной перелом проксимального отдела большеберцовой кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
28. Правила составления диагноза у больных с ожогами.
29. Остеохондропатии. Болезнь Легг-Кальве-Пертеса. Диагностика, клиника, методы лечения.
30. Закрытый перелом проксимального отдела бедренной кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
31. Перелом хирургической шейки плечевой кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
32. Особенности организации лечения больных с термической травмой. Требования к персоналу, помещениям.
33. Остеохондропатии. Болезнь Кенига. Диагностика, клиника, методы лечения.
34. Остеохондроз. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
35. Остеопороз. Этиология, патогенез, диагностика, клиника, методы лечения.
36. Местное лечение поверхностных ожоговых ран.
37. Юношеский эпифизиолиз головки бедренной кости. Клиника, диагностика, лечение.
38. Перелом диафиза костей предплечья. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
39. Разрыв симфиза костей таза. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
40. Местное лечение ожогов. Виды повязок, требования к раневым покрытиям.
41. Диспластический коксартроз. Причины развития, клиника, диагностика, лечение.
42. Вывих полулунной кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
43. Травматический шок. Диагностика, клиника, принципы лечения.
44. Первая помощь при ожогах. Первичный туалет ожоговых ран, отличие от ПХО.
45. Перелом ладьевидной кости запястья. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
46. Остеохондропатии. Болезнь Осгуд-Шлаттера. Этиология, патогенез, диагностика, клиника, методы лечения.
47. Травматический вывих бедра. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
48. Оказание помощи обожженным на этапах эвакуации. Показания к госпитализации ожоговых больных.
49. Болезнь Маделунга. Диагностика, клиника, методы лечения.
50. Закрытый внутрисуставной перелом мыщелков бедренной кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
51. Синдром длительного раздавливания. Патогенез, диагностика, клиника, методы лечения.
52. Некрэктомия при ожогах. Показания, техника проведения.
53. Остеохондропатии. Определение, классификация, стадии болезни.
54. Закрытый разрыв Ахиллова сухожилия. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
55. Перелом дистального метаэпифиза лучевой кости. Перелом Коллиса, перелом Смита. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
56. Некрэктомия при ожогах. Виды, сроки проведения.

57. Контрактура Дюпюитрена. Определение, классификация, методы лечения.
58. Перелом костей таза. Механизм травмы, классификация.
59. Перелом ладьевидной кости стопы. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
60. Виды кожной пластики, техника проведения.
61. Вальгусная деформация первого пальца стопы. Этиология, патогенез, клиника, методы лечения.
62. Застарелый вывих плеча. Клиника, диагностика, методы лечения.
63. Переломы и перелома-вывихи таранной кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
64. Ожоговый шок. Клиника, диагностика. Отличие от травматического шока.
65. Функциональные методы диагностики в травматологии и ортопедии.
66. Вывих костей предплечья. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
67. Перелом надколенника. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
68. Ожоговый шок. Патогенез, основные направления терапии. Определение объемов инфузионной терапии.
69. Клинические методы обследования пациентов травматолого-ортопедического профиля.
70. Перелом ключицы. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
71. Принципы и методы лечения открытых переломов длинных трубчатых костей.
72. Ожоговая болезнь. Патогенез, стадии.
73. Чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез (ЧКДО). Основные принципы ЧКДО. Виды аппаратов. Техника наложения аппаратов. Показания и противопоказания для выполнения ЧКДО. Осложнения ЧКДО.
74. Повреждение менисков коленного сустава. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
75. Перелом костей таза. Диагностика, клиника, методы лечения.
76. Ожоговая болезнь. Основные принципы терапии.
77. Приобретенные и врожденные деформации позвоночника.
78. Деформирующий остеоартроз крупных суставов. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения.
79. Вывих и подвывих стопы. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
80. Сущность активной хирургической тактики лечения ожогов
81. Острый артериальный тромбоз. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
82. Повреждение крестообразных связок коленного сустава. Механизм травмы, диагностика, клиника, методы лечения.
83. Синдром запястного канала. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
84. Термоингаляционная травма. Особенности, классификация, клиника, лечение.
85. Венозный тромбоз. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
86. Компрессионный перелом позвоночника. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
87. Тромбоэмболические осложнения при эндопротезировании крупных суставов. Причины развития, профилактика, лечение.
88. Отравление продуктами горения. Отравление монооксидом углерода. Клиника, диагностика, лечение.
89. Солитарная костная киста. Клиника, диагностика, лечение.
90. Открытый пневмоторакс. Клиника, НМП, лечение.
91. Вывих костей плюсны (вывих в суставе Лисфранка). Механизм травмы, диагностика, клиника, методы лечения.
92. Реабилитация ожоговых больных. Основные принципы и этапы.

93. Врожденная мышечная кривошея.
94. Клапанный пневмоторакс, клиника, НМП, лечение.
95. Перелом лодыжек. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
96. Основные принципы профилактики возникновения контрактур у обожженных в периоде восстановления утраченного кожного покрова.
97. Синдром длительного раздавливания. Патогенез, классификация, клиника, лечение.
98. Закрытый пневмоторакс. Клиника, НМП, лечение.
99. Гнойные осложнения при эндопротезировании крупных суставов. Причины развития, профилактика, лечение.
100. Послеожоговые контрактуры. Классификация, профилактика, консервативное и оперативное лечение.
101. Статическое плоскостопие. Клиника, классификация, диагностика, лечение.
102. Сгибательный перелом позвоночника. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
103. Перелом полулунной кости запястья. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
104. Рубцы. Виды рубцов. Стадии созревания рубцов. Профилактика, консервативное и оперативное лечение.
105. Анатомические и возрастные особенности рентгеновского изображения конечностей.
106. Разгибательный перелом позвоночника с повреждением спинного мозга. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
107. Повреждение боковых связок коленного сустава. Механизм травмы, диагностика, клиника, методы лечения.
108. Ранние и поздние осложнения термической травмы и их профилактика.
109. Особенности переломов костей у детей.
110. Перелом диафиза плечевой кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
111. Перилунарный вывих кисти. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
112. Особенности лечения ожогов у пожилых.
113. Костно-хрящевые экзостозы. Определение, клиника, диагностика, лечение.
114. Закрытый перелом Мантеджа. Механизм травмы, диагностика, клиника, методы лечения.
115. Закрытый перелом шейки бедренной кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
116. Сочетанная, комбинированная травма. Синдром взаимного отягощения. Особенности организации лечения ожогов в сочетании с травмой иной этиологии.
117. Виды нарушения осанки. Клиника, диагностика, методы лечения.
118. Закрытый перелом Галеацци. Механизм травмы, диагностика, клиника, методы лечения.
119. Перелом дистального отдела плечевой кости. Механизм травмы, диагностика, клиника, методы лечения.
120. Электротравма, электроожоги. Особенности лечения.

Задачи:

Задача № 1

В приемный покой многопрофильной больницы доставлен шахтер, который извлечен из-под завала. В течение 8 часов были сдавлены обрушившимся углем обе нижние конечности до средних третей бедер.

Признаков переломов не обнаружено. На догоспитальном этапе конечности были туго забинтованы, наложены транспортные шины и проведено местное охлаждение льдом. Введены наркотики. Транспортировку перенес.

Состояние тяжелое. Анурия. Куда целесообразнее поместить пострадавшего для оказания специализированной помощи?

- а) в травматологическое отделение для хирургического лечения
- б) в хирургическое отделение с той же целью
- в) в реанимационное отделение для проведения преимущественно эфферентной терапии
- г) в палату интенсивной терапии приемного покоя для противошоковой терапии
- д) в отделение гемодиализа

Задача № 2

При обследовании пострадавшего в условиях приемного отделения многопрофильной больницы обнаружены признаки напряженного пневмоторакса, связанного с множественными двусторонними переломами ребер, и открытый оскольчатый перелом костей голени типа IA по классификации А.В.Каплана. Артериальное давление - 110/80 мм рт. ст. Отметьте наиболее рациональный вариант оказания специализированной неотложной помощи пострадавшему:

- а) межреберная блокада мест переломов ребер, перевод пострадавшего на ИВЛ, ПХО раны голени с иммобилизацией перелома гипсовой лангетой, возмещение кровопотери в условиях реанимационного отделения
- б) дренирование плевральных полостей, перевод пострадавшего на ИВЛ, ПХО раны с фиксацией отломков аппаратом Илизарова, возмещение кровопотери в условиях реанимационного отделения
- в) ПХО раны со скелетным вытяжением, дренирование плевральных полостей, двусторонняя ваго-симпатическая блокада в условиях травматологического отделения

Задача № 3

В условиях травматологического отделения поликлиники у больного с закрытым переломом костей голени, фиксированным аппаратом Илизарова, обнаружено начинающееся воспаление мягких тканей вокруг одной из спиц с одной стороны. Отметьте наиболее рациональный вариант лечения:

- а) снять аппарат в условиях травматологического отделения и перевести больного на скелетное вытяжение
- б) удалить спицу, вокруг которой ткани воспалены
- в) обколоть зону воспаления раствором новокаина и антибиотиков, проверить и скорректировать натяжение спиц в условиях поликлиники
- г) направить больного в травматологическое отделение для стационарного лечения

Задача № 4

У больного после открытого перелома диафиза большеберцовой кости, осложненного хроническим остеомиелитом концов отломков без видимых секвестров в течение года нет сращения. Каков наиболее целесообразный вариант лечения?

- а) операция экономной резекции концов отломков с постоянным промыванием зоны воспаления антисептиками, скелетное вытяжение, гипсовая повязка
- б) косая остеотомия малоберцовой кости (или поднадкостничная ее резекция), лечение компрессионно-дистракционным методом по Илизарову

- в) резекция зоны несращения с костной трансплантацией, иммобилизация гипсовой повязкой
- г) внутрикостная антибиотикотерапия с длительной иммобилизацией "функциональной" бесподкладочной повязкой из поливика

Задача № 5

У больного после внутрисуставного перелома верхнего конца большеберцовой кости признаки острого гонита. При пункции сустава получена мутная синовиальная жидкость с примесью крови. Какой вариант общего и местного лечения наиболее рационален?

- а) консервативное общее противовоспалительное лечение (антибиотики), местно - холод, иммобилизация
- б) пункции сустава с удалением выпота и введением в сустав антибиотиков типа гентамицина, иммобилизация гипсом
- в) активное дренирование с постоянным промыванием сустава антисептиками, при неэффективности - синовэктомия, при неэффективности - артрорез
- г) артрорез по жизненным показаниям
- д) лечение длительной иммобилизацией и иммуностимуляцией

Задача № 6

У больного 18 лет обнаружен диспластический коксартроз II-III с подвывихом головки бедра, особенно выраженным при нагрузке на больную конечность. Гипоплазия вертлужной впадины выражена. Каков наиболее рациональный метод хирургического лечения?

- а) формирование навеса вертлужной впадины по Кенигу, Гирголаву, Томасу
- б) надвертлужная остеотомия таза по Хиари
- в) Подвертельная двойная вальгазирующе-медиализирующая остеотомия бедренной кости типа Шанца-Илизарова
- г) подвертельная остеотомия по Мак-Маррею

Задача № 7

У больного 56 лет односторонний первичный деформирующий артроз тазобедренного сустава IV степени. Противопоказаний к операции нет. Каков наилучший вариант лечения?

- а) подвертельная остеотомия типа Шанца-Илизарова
- б) операция Вента
- в) операция авдуктотомии типа Фосса
- г) эндопротезирование
- д) артрорез

Задача № 8

У больного, перенесшего 2 года назад перелом шейки таранной кости с вывихом ее тела, резко усилились боли в голеностопном суставе, особенно при ходьбе, вследствие чего он стал пользоваться палкой, а потом - костылями. Отмечается выраженный отек в области голеностопного сустава. Каков наиболее вероятный диагноз этого заболевания?

- а) рецидив вывиха таранной кости
- б) повторный перелом таранной кости
- в) асептический некроз таранной кости и деформирующий артроз голеностопного и подтаранного суставов
- г) разболтанность голеностопного сустава
- д) синдром Зудека

Задача № 9

В результате вялого паралича четырехглавой мышцы у больного 29 лет полностью отсутствует активное разгибание коленного сустава. Бедро имеет анатомическое укорочение на 5 см, и окружность его на 3-4 см меньше окружности здорового бедра. Какие ортопедические операции наиболее показаны этому больному?

- а) замыкание коленного сустава
- б) удлинение и утолщение бедра по Илизарову
- в) пересадка сгибателей голени на надколенник
- г) вначале удлинение и утолщение бедра по Илизарову, потом пересадка сгибателей
- д) вначале пересадка сгибателей, потом удлинение бедра

Задача № 10

В результате акушерского паралича у больной 20 лет отмечается укорочение костей плеча и предплечья (плеча - 5 см, предплечье - 3 см), отсутствуют: активное отведение, передняя и задняя девиации в плечевом суставе. Какие из нижеперечисленных операций показаны и наиболее рациональны?

- а) нейропластика плечевого сплетения
- б) удлинение костей плеча и предплечья по Илизарову
- в) тендомиотрансмиссия трапецевидной мышцы
- г) тендомиотрансмиссия подлопаточной мышцы
- д) удлинение сухожилия трапецевидной мышцы

Задача № 11

У больного с остаточными явлениями детского церебрального паралича отмечаются выраженные сгибательно-приводящие контрактуры тазобедренных суставов и сгибательные контрактуры коленных и голеностопных суставов. Какие из перечисленных операций показаны этому больному?

- а) пересадки сгибателей голени на место разгибателей
- б) операция Штофеля
- в) удлинения ахилловых сухожилий
- г) дезинсерции аддукторов
- д) артродезы

Задача № 12

Больная 23 лет страдает поперечным плоскостопием, сочетающимся с отведенными большими пальцами обеих стоп III степени. Какая из нижеперечисленных операций для нее наиболее целесообразна и физиологична?

- а) операция Шеде
- б) операция Брандеса
- в) операция Кочева
- г) операция Мак-Брида
- д) операция Шеде-Брандесса

Задача № 13

Больной 17 лет поступил в травматологическое отделение с признаками перелома верхней трети плечевой кости. Обследование показало, что это патологический перелом, обусловленный опухолью, рентгенологически, клинически и гистологически напоминающую

остеогенную саркому. Отдаленных метастазов не выявлено. Какое из вмешательств наиболее целесообразно для данного пациента?

- а) гипсовая повязка и симптоматическое лечение
- б) межлопаточно-грудная ампутация плеча с протезированием верхней конечности
- в) резекция опухоли с эндопротезированием проксимальной трети плечевой кости
- г) биопсия, рентгене- и химиотерапия
- д) регионарная лучевая и химиотерапия

Задача № 14

К травматологу-ортопеду обратился больной 35 лет с признаками остеобластокластомы нижнего метаэпифиза бедра с угрозой прорыва в сустав. Пункционная биопсия подтвердила этот диагноз. Какое вмешательство наиболее целесообразно?

- а) ампутация бедра
- б) резекция опухоли с костной пластикой
- в) артродез после резекции опухоли и удлинения бедра

Задача № 15

В течение 10 лет у больного прогрессируют сгибательные контрактуры пальцев на обеих кистях. В момент обращения к врачу пальцы правой кисти практически не разгибаются. На левой кисти не разгибается указательный палец. Больной настаивает на его ампутации. Диагностируется контрактура Дюпюитрена обеих кистей. Какие операции показаны данному больному?

- а) ампутация пальцев
- б) удлинение сухожилий сгибателей
- в) исправление контрактур дистракционными аппаратами
- г) иссечение ладонных апоневрозов: справа полностью, слева частично и устранение контрактур
- д) резекции пораженных суставов

Задача № 16

Больной страдает ревматоидным артритом, особенно выражены боли, контрактура и деформация правого коленного сустава. Выражены признаки выпота в сустав. Наступать на правую ногу из-за ее неопороспособности и болей невозможно. Какие методы местного лечения наиболее целесообразны?

- а) пункция сустава с введением гормонов
- б) артродез
- в) синовкапсулэктомия
- г) иммобилизация гипсовой повязкой

Задача № 17

У больного 49 лет на почве ревматоидного артрита произошло разрушение правого тазобедренного сустава, что подтверждено клинически и рентгенологически. Какая из перечисленных ниже операций ему показана?

- а) артродез
- б) артропластика
- в) тотальное эндопротезирование
- г) эндопротез однополюсный
- д) подвертельная остеотомия по Мак-Маррею

Задача № 18

У больного 16 лет клинические и рентгенологические признаки болезни Осгуд-Шлаттера. Длительное консервативное лечение неэффективно. Какая из перечисленных операций ему показана?

- а) пересадка собственной связки надколенника
- б) вентрализация надколенника по Банди
- в) резекция некротической части бугристости большеберцовой кости и удаление ее свободных фрагментов
- г) артрорез

Задача № 19

После травмы мягких тканей в области пяточного бугра образовалась язва 3x4 см, которая не поддается заживлению после неоднократных попыток свободной кожной пластики. Какая операция при этом наиболее целесообразна?

- а) по Филатову
- б) по Тычинкиной
- в) по Илизарову
- г) мостовидным кожно-подкожным лоскутом
- д) икроножным кожно-мышечным лоскутом с осевым кровотоком

Список тем рефератов:

1. Организация травматолого-ортопедической помощи населению в Российской Федерации. Выдающиеся отечественные травматологи-ортопеды. Достижения современной травматологии и ортопедии.
2. Методы физикального и инструментального обследования травматолого-ортопедических больных. Особенности выяснения жалоб, сбора анамнеза, осмотра, пальпации. Методы измерения длин, окружностей, деформаций сегментов.
3. Классификация переломов по характеру разрушения костей, смещению отломков, локализации. Взаимосвязи характера переломов костей и механизма травм. Повреждения мягкотканых анатомических структур при переломах. Осложненные и открытые переломы.
4. Консервативные методы лечения переломов. Технология закрытой ручной репозиции отломков. Средства для иммобилизации отломков, правила иммобилизации. Показания для применения скелетного вытяжения, технология лечения переломов скелетным вытяжением.
5. Оперативные методы лечения переломов. Абсолютные и относительные показания к остеосинтезу. Методы остеосинтеза. Цель и задачи оперативных методов лечения. Особенности остеосинтеза внутрисуставных переломов. Ошибки и осложнения остеосинтеза переломов.
6. Вывихи. Определение. Клиническая диагностика. Классификация вывихов. Понятия невправимые, осложненные, застарелые, привычные вывихи. Общие принципы технологии закрытого ручного вправления вывихов. Показания к открытому вправлению. Иммобилизация после вправления вывихов.
7. Механизмы и классификации вывихов ключицы. Осложнения вывихов ключицы. Клиническая и инструментальная диагностика. Обезболивание и способы закрытого вправления. Правила иммобилизации. Показания к открытому вправлению. Способы внутренней фиксации.
8. Механизмы и классификации вывихов плеча. Осложнения вывихов плеча. Клиническая и инструментальная диагностика. Обезболивание и способы закрытого вправления. Правила иммобилизации. Показания к открытому вправлению. Способы внутренней фиксации.
9. Механизмы и классификации вывихов предплечья. Осложнения вывихов предплечья. Клиническая и инструментальная диагностика. Обезболивание и способы закрытого

- вправления. Правила иммобилизации. Показания к открытому вправлению. Способы внутренней фиксации.
10. Переломовывихи Монтеджи и Галеацци. Механизмы травм. Классификация, клиническая и рентгенологическая диагностика. Консервативное лечение и его особенности. Показания к оперативному лечению. Цель и задачи оперативного лечения.
 11. Механизмы и классификации вывихов бедра. Осложнения вывихов бедра. Клиническая и инструментальная диагностика. Обезболивание и способы закрытого вправления. Правила иммобилизации. Применение скелетного вытяжения. Показания к открытому вмешательству на суставе.
 12. Механизмы и классификации вывихов голени. Клиническая и рентгенологическая диагностика. Осложнения вывихов голени. Обезболивание и техника вправления вывиха. Правила иммобилизации. Показания к трансартикулярной фиксации спицами. Показания к неотложному оперативному вмешательству при вывихах голени.
 13. Кровотечение и кровопотеря, классификация. Наружное и внутреннее кровотечение. Клиническая и инструментальная диагностика. Индекс Алговера. Оценка тяжести кровопотери. Способы временной и окончательной остановки кровотечения
 14. Черепно-мозговая травма. Механизмы и классификация. Шкала ком Глазго. Сотрясение головного мозга. Ушибы головного мозга. Сдавление головного мозга. Переломы свода и основания черепа. Клиника, диагностика и лечение. Показания к неотложным оперативным вмешательствам.
 15. Переломы позвоночника. Классификация повреждений. Изолированные повреждения поперечных и остистых отростков. Переломы тела и дужек позвонков в поясничном и нижнегрудном отделах позвоночника. Клиника, диагностика и лечение. Осложненные переломы позвоночника.
 16. Переломы костей таза. Механизмы и классификация повреждений костей таза. Клиническая и рентгенологическая диагностика. Переломы и повреждения с нарушением стабильности тазового кольца. Кровопотеря при переломах костей таза. Повреждения органов таза. Консервативные и оперативные методы лечения переломов и повреждений таза и тазовых органов.
 17. Переломы ребер. Механизмы, классификация. Осложнения переломов ребер. Пневмоторакс, гемоторакс, гемопневмоторакс, повреждения легких, ушибы сердца. Подкожная эмфизема, Клиническая и инструментальная диагностика. Неотложная помощь.
 18. Ожоги. Классификация. Оценка площади, степени и тяжести ожогового поражения. Патогенез, клиническая картина ожогового шока. Ожоговая болезнь, этиопатогенез, периоды. Особенности инфузионно-медикаментозной терапии ожогового шока, токсемии и септикотоксемии. Местное лечение ожоговых ран. Некротомия, некрэктомия. Методы кожной пластики.
 19. Дегенеративно-деструктивные заболевания суставов: остеохондроз и остеоартроз. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, стадии. Консервативное лечение. Показания и методы оперативного лечения. Эндопротезирование суставов. Принципы послеоперационное ведение пациентов.
 20. Осанка и её нарушения. Сколиоз, Этиология и патогенез сколиотической болезни. Классификация и клиническая картина сколиозов. Диагностика сколиоза. Степени сколиоза по Чаклину и Кобба. Профилактика искривлений позвоночника. Принципы консервативного и оперативного лечения больных со сколиозом.
 21. Цели и задачи подготовки в аспирантуре. Научно-исследовательская деятельность. Федеральный закон РФ от 23 августа 1996г «О науке и государственной научно-технической политике» и его применение в травматологии и ортопедии.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности

5.1.2. Вопросы к зачёту по дисциплине *Научной специальности*

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
Организация травматолого-ортопедической помощи населению в Российской Федерации. Выдающиеся отечественные травматологи-ортопеды. Достижения современной травматологии и ортопедии.	-
Методы физикального и инструментального обследования травматолого-ортопедических больных. Особенности выяснения жалоб, сбора анамнеза, осмотра, пальпации. Методы измерения длин, окружностей, деформаций сегментов.	-
Классификация переломов по характеру разрушения костей, смещению отломков, локализации. Взаимосвязи характера переломов костей и механизма травм. Повреждения мягкотканых анатомических структур при переломах. Осложненные и открытые переломы.	-
Консервативные методы лечения переломов. Технология закрытой ручной репозиции отломков. Средства для иммобилизации отломков, правила иммобилизации. Показания для применения скелетного вытяжения, технология лечения переломов скелетным вытяжением.	-
Оперативные методы лечения переломов. Абсолютные и относительные показания к остеосинтезу. Методы остеосинтеза. Цель и задачи оперативных методов лечения. Особенности остеосинтеза внутрисуставных переломов. Ошибки и осложнения остеосинтеза переломов.	-
Вывихи. Определение. Клиническая диагностика. Классификация вывихов. Понятия невправимые, осложненные, застарелые, привычные вывихи. Общие принципы технологии закрытого ручного вправления вывихов. Показания к открытому вправлению. Иммобилизация после вправления вывихов.	-
Механизмы и классификации вывихов ключицы. Осложнения вывихов ключицы. Клиническая и инструментальная диагностика. Обезболивание и способы закрытого вправления. Правила иммобилизации. Показания к открытому вправлению. Способы внутренней фиксации.	-
Механизмы и классификации вывихов плеча. Осложнения вывихов плеча. Клиническая и инструментальная диагностика. Обезболивание и способы закрытого вправления. Правила иммобилизации. Показания к открытому вправлению. Способы внутренней фиксации.	-
Механизмы и классификации вывихов предплечья. Осложнения вывихов предплечья. Клиническая и инструментальная диагностика. Обезболивание и способы закрытого вправления. Правила иммобилизации. Показания к открытому вправлению. Способы внутренней фиксации.	-
Переломовывихи Монтеджи и Галеацци. Механизмы травм. Классификация, клиническая и рентгенологическая диагностика. Консервативное лечение и его особенности. Показания к оперативному лечению. Цель и задачи оперативного лечения.	-
Механизмы и классификации вывихов бедра. Осложнения вывихов бедра. Клиническая и инструментальная диагностика. Обезболивание и способы закрытого вправления. Правила иммобилизации. Применение скелетного вытяжения. Показания к открытому вмешательству на суставе.	-
Механизмы и классификации вывихов голени. Клиническая и	-

рентгенологическая диагностика. Осложнения вывихов голени. Обезболивание и техника вправления вывиха. Правила иммобилизации. Показания к трансартикулярной фиксации спицами. Показания к неотложному оперативному вмешательству при вывихах голени.	
Кровотечение и кровопотеря, классификация. Наружное и внутреннее кровотечение. Клиническая и инструментальная диагностика. Индекс Алговера. Оценка тяжести кровопотери. Способы временной и окончательной остановки кровотечения	-
Черепно-мозговая травма. Механизмы и классификация. Шкала ком Глазго. Сотрясение головного мозга. Ушибы головного мозга. Сдавление головного мозга. Переломы свода и основания черепа. Клиника, диагностика и лечение. Показания к неотложным оперативным вмешательствам.	-
Переломы позвоночника. Классификация повреждений. Изолированные повреждения поперечных и остистых отростков. Переломы тела и дужек позвонков в поясничном и нижнегрудном отделах позвоночника. Клиника, диагностика и лечение. Осложненные переломы позвоночника.	-
Переломы костей таза. Механизмы и классификация повреждений костей таза. Клиническая и рентгенологическая диагностика. Переломы и повреждения с нарушением стабильности тазового кольца. Кровопотеря при переломах костей таза. Повреждения органов таза. Консервативные и оперативные методы лечения переломов и повреждений таза и тазовых органов.	-
Переломы ребер. Механизмы, классификация. Осложнения переломов ребер. Пневмоторакс, гемоторакс, гемопневмоторакс, повреждения легких, ушибы сердца. Подкожная эмфизема, Клиническая и инструментальная диагностика. Неотложная помощь.	-
Ожоги. Классификация. Оценка площади, степени и тяжести ожогового поражения. Патогенез, клиническая картина ожогового шока. Ожоговая болезнь, этиопатогенез, периоды. Особенности инфузионно-медикаментозной терапии ожогового шока, токсемии и септикотоксемии. Местное лечение ожоговых ран. Некротомия, некрэктомия. Методы кожной пластики.	-
Дегенеративно-деструктивные заболевания суставов: остеохондроз и остеоартроз. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, стадии. Консервативное лечение. Показания и методы оперативного лечения. Эндопротезирование суставов. Принципы Послеоперационное ведение пациентов.	-
Осанка и её нарушения. Сколиоз, Этиология и патогенез сколиотической болезни. Классификация и клиническая картина сколиозов. Диагностика сколиоза. Степени сколиоза по Чаклину и Кобба. Профилактика искривлений позвоночника. Принципы консервативного и оперативного лечения больных со сколиозом.	-
Цели и задачи подготовки в аспирантуре. Научно-исследовательская деятельность. Федеральный закон РФ от 23 августа 1996г «О науке и государственной научно-технической политике» и его применение в травматологии и ортопедии.	-

5.1.3. Задачи по дисциплине *Научной специальности*

Задача № 1

В приемный покой многопрофильной больницы доставлен шахтер, который извлечен из-под завала. В течение 8 часов были сдавлены обрушившимся углем обе нижние конечности до средних третей бедер.

Признаков переломов не обнаружено. На догоспитальном этапе конечности были туго забинтованы, наложены транспортные шины и проведено местное охлаждение льдом. Введены наркотики. Транспортировку перенес.

Состояние тяжелое. Анурия. Куда целесообразнее поместить пострадавшего для оказания специализированной помощи?

- а) в травматологическое отделение для хирургического лечения
- б) в хирургическое отделение с той же целью
- в) в реанимационное отделение для проведения преимущественно эфферентной терапии
- г) в палату интенсивной терапии приемного покоя для противошоковой терапии
- д) в отделение гемодиализа

Задача № 2

При обследовании пострадавшего в условиях приемного отделения многопрофильной больницы обнаружены признаки напряженного пневмоторакса, связанного с множественными двусторонними переломами ребер, и открытый оскольчатый перелом костей голени типа IA по классификации А.В.Каплана. Артериальное давление - 110/80 мм рт. ст. Отметьте наиболее рациональный вариант оказания специализированной неотложной помощи пострадавшему:

- а) межреберная блокада мест переломов ребер, перевод пострадавшего на ИВЛ, ПХО раны голени с иммобилизацией перелома гипсовой лангетой, возмещение кровопотери в условиях реанимационного отделения
- б) дренирование плевральных полостей, перевод пострадавшего на ИВЛ, ПХО раны с фиксацией отломков аппаратом Илизарова, возмещение кровопотери в условиях реанимационного отделения
- в) ПХО раны со скелетным вытяжением, дренирование плевральных полостей, двусторонняя ваго-симпатическая блокада в условиях травматологического отделения

Задача № 3

В условиях травматологического отделения поликлиники у больного с закрытым переломом костей голени, фиксированным аппаратом Илизарова, обнаружено начинающееся воспаление мягких тканей вокруг одной из спиц с одной стороны. Отметьте наиболее рациональный вариант лечения:

- а) снять аппарат в условиях травматологического отделения и перевести больного на скелетное вытяжение
- б) удалить спицу, вокруг которой ткани воспалены
- в) обколоть зону воспаления раствором новокаина и антибиотиков, проверить и скорректировать натяжение спиц в условиях поликлиники
- г) направить больного в травматологическое отделение для стационарного лечения

Задача № 4

У больного после открытого перелома диафиза большеберцовой кости, осложненного хроническим остеомиелитом концов отломков без видимых секвестров в течение года нет сращения. Каков наиболее целесообразный вариант лечения?

- а) операция экономной резекции концов отломков с постоянным промыванием зоны воспаления антисептиками, скелетное вытяжение, гипсовая повязка
- б) косая остеотомия малоберцовой кости (или поднадкостничная ее резекция), лечение компрессионно-дистракционным методом по Илизарову

- в) резекция зоны несращения с костной трансплантацией, иммобилизация гипсовой повязкой
- г) внутрикостная антибиотикотерапия с длительной иммобилизацией "функциональной" бесподкладочной повязкой из поливика

Задача № 5

У больного после внутрисуставного перелома верхнего конца большеберцовой кости признаки острого гонита. При пункции сустава получена мутная синовиальная жидкость с примесью крови. Какой вариант общего и местного лечения наиболее рационален?

- а) консервативное общее противовоспалительное лечение (антибиотики), местно - холод, иммобилизация
- б) пункции сустава с удалением выпота и введением в сустав антибиотиков типа гентамицина, иммобилизация гипсом
- в) активное дренирование с постоянным промыванием сустава антисептиками, при неэффективности - синовэктомия, при неэффективности - артрорез
- г) артрорез по жизненным показаниям
- д) лечение длительной иммобилизацией и иммуностимуляцией

Задача № 6

У больного 18 лет обнаружен диспластический коксартроз II-III с подвывихом головки бедра, особенно выраженным при нагрузке на больную конечность. Гипоплазия вертлужной впадины выражена. Каков наиболее рациональный метод хирургического лечения?

- а) формирование навеса вертлужной впадины по Кенигу, Гирголаву, Томасу
- б) надвертлужная остеотомия таза по Хиари
- в) Подвертельная двойная вальгазирующе-медиализирующая остеотомия бедренной кости типа Шанца-Илизарова
- г) подвертельная остеотомия по Мак-Маррею

Задача № 7

У больного 56 лет односторонний первичный деформирующий артроз тазобедренного сустава IV степени. Противопоказаний к операции нет. Каков наилучший вариант лечения?

- а) подвертельная остеотомия типа Шанца-Илизарова
- б) операция Вента
- в) операция авдуктотомии типа Фосса
- г) эндопротезирование
- д) артрорез

Задача № 8

У больного, перенесшего 2 года назад перелом шейки таранной кости с вывихом ее тела, резко усилились боли в голеностопном суставе, особенно при ходьбе, вследствие чего он стал пользоваться палкой, а потом - костылями. Отмечается выраженный отек в области голеностопного сустава. Каков наиболее вероятный диагноз этого заболевания?

- а) рецидив вывиха таранной кости
- б) повторный перелом таранной кости
- в) асептический некроз таранной кости и деформирующий артроз голеностопного и подтаранного суставов
- г) разболтанность голеностопного сустава
- д) синдром Зудека

Задача № 9

В результате вялого паралича четырехглавой мышцы у больного 29 лет полностью отсутствует активное разгибание коленного сустава. Бедро имеет анатомическое укорочение на 5 см, и окружность его на 3-4 см меньше окружности здорового бедра. Какие ортопедические операции наиболее показаны этому больному?

- а) замыкание коленного сустава
- б) удлинение и утолщение бедра по Илизарову
- в) пересадка сгибателей голени на надколенник
- г) вначале удлинение и утолщение бедра по Илизарову, потом пересадка сгибателей
- д) вначале пересадка сгибателей, потом удлинение бедра

Задача № 10

В результате акушерского паралича у больной 20 лет отмечается укорочение костей плеча и предплечья (плеча - 5 см, предплечье - 3 см), отсутствуют: активное отведение, передняя и задняя девиации в плечевом суставе. Какие из нижеперечисленных операций показаны и наиболее рациональны?

- а) нейропластика плечевого сплетения
- б) удлинение костей плеча и предплечья по Илизарову
- в) тендомиотрансмиссия трапецевидной мышцы
- г) тендомиотрансмиссия подлопаточной мышцы
- д) удлинение сухожилия трапецевидной мышцы

Задача № 11

У больного с остаточными явлениями детского церебрального паралича отмечаются выраженные сгибательно-приводящие контрактуры тазобедренных суставов и сгибательные контрактуры коленных и голеностопных суставов. Какие из перечисленных операций показаны этому больному?

- а) пересадки сгибателей голени на место разгибателей
- б) операция Штофеля
- в) удлинения ахилловых сухожилий
- г) дезинсерции аддукторов
- д) артродезы

Задача № 12

Больная 23 лет страдает поперечным плоскостопием, сочетающимся с отведенными большими пальцами обеих стоп III степени. Какая из нижеперечисленных операций для нее наиболее целесообразна и физиологична?

- а) операция Шеде
- б) операция Брандеса
- в) операция Кочева
- г) операция Мак-Брида
- д) операция Шеде-Брандесса

Задача № 13

Больной 17 лет поступил в травматологическое отделение с признаками перелома верхней трети плечевой кости. Обследование показало, что это патологический перелом, обусловленный опухолью, рентгенологически, клинически и гистологически напоминающую

остеогенную саркому. Отдаленных метастазов не выявлено. Какое из вмешательств наиболее целесообразно для данного пациента?

- а) гипсовая повязка и симптоматическое лечение
- б) межлопаточно-грудная ампутация плеча с протезированием верхней конечности
- в) резекция опухоли с эндопротезированием проксимальной трети плечевой кости
- г) биопсия, рентгене- и химиотерапия
- д) регионарная лучевая и химиотерапия

Задача № 14

К травматологу-ортопеду обратился больной 35 лет с признаками остеобластокластомы нижнего метаэпифиза бедра с угрозой прорыва в сустав. Пункционная биопсия подтвердила этот диагноз. Какое вмешательство наиболее целесообразно?

- а) ампутация бедра
- б) резекция опухоли с костной пластикой
- в) артродез после резекции опухоли и удлинения бедра

Задача № 15

В течение 10 лет у больного прогрессируют сгибательные контрактуры пальцев на обеих кистях. В момент обращения к врачу пальцы правой кисти практически не разгибаются. На левой кисти не разгибается указательный палец. Больной настаивает на его ампутации. Диагностируется контрактура Дюпюитрена обеих кистей. Какие операции показаны данному больному?

- а) ампутация пальцев
- б) удлинение сухожилий сгибателей
- в) исправление контрактур дистракционными аппаратами
- г) иссечение ладонных апоневрозов: справа полностью, слева частично и устранение контрактур
- д) резекции пораженных суставов

Задача № 16

Больной страдает ревматоидным артритом, особенно выражены боли, контрактура и деформация правого коленного сустава. Выражены признаки выпота в сустав. Наступать на правую ногу из-за ее неопороспособности и болей невозможно. Какие методы местного лечения наиболее целесообразны?

- а) пункция сустава с введением гормонов
- б) артродез
- в) синовкапсулэктомия
- г) иммобилизация гипсовой повязкой

Задача № 17

У больного 49 лет на почве ревматоидного артрита произошло разрушение правого тазобедренного сустава, что подтверждено клинически и рентгенологически. Какая из перечисленных ниже операций ему показана?

- а) артродез
- б) артропластика
- в) тотальное эндопротезирование
- г) эндопротез однополюсный
- д) подвертельная остеотомия по Мак-Маррею

Задача № 18

У больного 16 лет клинические и рентгенологические признаки болезни Осгуд-Шлаттера. Длительное консервативное лечение неэффективно. Какая из перечисленных операций ему показана?

- а) пересадка собственной связки надколенника
- б) вентрилизация надколенника по Банди
- в) резекция некротической части бугристости большеберцовой кости и удаление ее свободных фрагментов
- г) артрорез

Задача № 19

После травмы мягких тканей в области пяточного бугра образовалась язва 3x4 см, которая не поддается заживлению после неоднократных попыток свободной кожной пластики. Какая операция при этом наиболее целесообразна?

- а) по Филатову
- б) по Тычинкиной
- в) по Илизарову
- г) мостовидным кожно-подкожным лоскутом
- д) икроножным кожно-мышечным лоскутом с осевым кровотоком

Список тем рефератов по дисциплине *Научной специальности*:

1. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Виды протезирования, показания, противопоказания.
2. Врожденный вывих бедра у детей в возрасте до 1 года. Диагностика, методы лечения.
3. Открытый перелом диафиза бедренной кости. Механизм травмы, классификация. Принципы лечения.
4. Отморожение. Клиника, первая помощь, лечение.
5. Остеохондропатии. Болезнь Осгуд-Шлаттера. Определение, клиника, лечение.
6. Синдром «диабетическая стопа». Определение, патогенез, классификация, клиника, принципы лечения.
7. Внутрисуставные переломы дистального отдела костей голени (перелом «пилона»). Механизм травмы, классификация. Методы лечения.
8. Переохлаждение. Клиника, диагностика, первая помощь, осложнения.
9. Доброкачественные опухоли костей и суставов. Классификация, клиника, принципы лечения.
10. Болезнь Эрлахера-Блаунта. Определение, клиника, лечение.
11. Повреждение сухожилий кисти. Диагностика, клиническая картина в зависимости от уровня поражения, принципы лечения.
12. Показания к свободной местной и лоскутной кожной пластике при лечении острой ожоговой травмы.
13. Повреждение ротаторной манжеты. Определение понятия ротаторная манжета, механизм повреждения, клиника, лечение.
14. Перелом пяточной кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, лечение.
15. Тупая травма живота. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, принципы лечения.
16. Особенности ожоговых ран в зависимости от их этиологии.
17. Врожденная косолапость у детей в возрасте до года. Клиника, лечение.
18. Закрытые повреждения таза. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
19. Костно-хрящевой экзостоз длинных трубчатых костей. Клиника, лечение.
20. Классификация ожоговых ран по глубине.

21. Переломы ребер. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
22. Плоскостопие. Классификация, диагностика, методы лечения.
23. Открытый диафизарный перелом костей голени. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
24. Определение площади ожоговых ран. Индекс тяжести поражения.
25. Особенности переломов костей у детей.
26. Травматический вывих плеча. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
27. Закрытый внутрисуставной перелом проксимального отдела большеберцовой кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
28. Правила составления диагноза у больных с ожогами.
29. Остеохондропатии. Болезнь Легг-Кальве-Пертеса. Диагностика, клиника, методы лечения.
30. Закрытый перелом проксимального отдела бедренной кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
31. Перелом хирургической шейки плечевой кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
32. Особенности организации лечения больных с термической травмой. Требования к персоналу, помещениям.
33. Остеохондропатии. Болезнь Кенига. Диагностика, клиника, методы лечения.
34. Остеохондроз. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
35. Остеопороз. Этиология, патогенез, диагностика, клиника, методы лечения.
36. Местное лечение поверхностных ожоговых ран.
37. Юношеский эпифизиолиз головки бедренной кости. Клиника, диагностика, лечение.
38. Перелом диафиза костей предплечья. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
39. Разрыв симфиза костей таза. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
40. Местное лечение ожогов. Виды повязок, требования к раневым покрытиям.
41. Диспластический коксартроз. Причины развития, клиника, диагностика, лечение.
42. Вывих полулунной кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
43. Травматический шок. Диагностика, клиника, принципы лечения.
44. Первая помощь при ожогах. Первичный туалет ожоговых ран, отличие от ПХО.
45. Перелом ладьевидной кости запястья. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
46. Остеохондропатии. Болезнь Осгуд-Шлаттера. Этиология, патогенез, диагностика, клиника, методы лечения.
47. Травматический вывих бедра. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
48. Оказание помощи обожженным на этапах эвакуации. Показания к госпитализации ожоговых больных.
49. Болезнь Маделунга. Диагностика, клиника, методы лечения.
50. Закрытый внутрисуставной перелом мыщелков бедренной кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
51. Синдром длительного раздавливания. Патогенез, диагностика, клиника, методы лечения.
52. Некрэктомия при ожогах. Показания, техника проведения.
53. Остеохондропатии. Определение, классификация, стадии болезни.
54. Закрытый разрыв Ахиллова сухожилия. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
55. Перелом дистального метаэпифиза лучевой кости. Перелом Коллиса, перелом Смита. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.

56. Некрэктомия при ожогах. Виды, сроки проведения.
57. Контрактура Дюпюитрена. Определение, классификация, методы лечения.
58. Перелом костей таза. Механизм травмы, классификация.
59. Перелом ладьевидной кости стопы. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
60. Виды кожной пластики, техника проведения.
61. Вальгусная деформация первого пальца стопы. Этиология, патогенез, клиника, методы лечения.
62. Застарелый вывих плеча. Клиника, диагностика, методы лечения.
63. Переломы и перелома-вывихи таранной кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
64. Ожоговый шок. Клиника, диагностика. Отличие от травматического шока.
65. Функциональные методы диагностики в травматологии и ортопедии.
66. Вывих костей предплечья. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
67. Перелом надколенника. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
68. Ожоговый шок. Патогенез, основные направления терапии. Определение объемов инфузионной терапии.
69. Клинические методы обследования пациентов травматолого-ортопедического профиля.
70. Перелом ключицы. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
71. Принципы и методы лечения открытых переломов длинных трубчатых костей.
72. Ожоговая болезнь. Патогенез, стадии.
73. Чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез (ЧКДО). Основные принципы ЧКДО. Виды аппаратов. Техника наложения аппаратов. Показания и противопоказания для выполнения ЧКДО. Осложнения ЧКДО.
74. Повреждение менисков коленного сустава. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
75. Перелом костей таза. Диагностика, клиника, методы лечения.
76. Ожоговая болезнь. Основные принципы терапии.
77. Приобретенные и врожденные деформации позвоночника.
78. Деформирующий остеоартроз крупных суставов. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения.
79. Вывих и подвывих стопы. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
80. Сущность активной хирургической тактики лечения ожогов
81. Острый артериальный тромбоз. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
82. Повреждение крестообразных связок коленного сустава. Механизм травмы, диагностика, клиника, методы лечения.
83. Синдром запястного канала. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
84. Термоингаляционная травма. Особенности, классификация, клиника, лечение.
85. Венозный тромбоз. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
86. Компрессионный перелом позвоночника. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
87. Тромбоэмболические осложнения при эндопротезировании крупных суставов. Причины развития, профилактика, лечение.
88. Отравление продуктами горения. Отравление монооксидом углерода. Клиника, диагностика, лечение.
89. Солитарная костная киста. Клиника, диагностика, лечение.
90. Открытый пневмоторакс. Клиника, НМП, лечение.
91. Вывих костей плюсны (вывих в суставе Лисфранка). Механизм травмы, диагностика, клиника, методы лечения.
92. Реабилитация ожоговых больных. Основные принципы и этапы.

93. Врожденная мышечная кривошея.
94. Клапанный пневмоторакс, клиника, НМП, лечение.
95. Перелом лодыжек. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
96. Основные принципы профилактики возникновения контрактур у обожженных в периоде восстановления утраченного кожного покрова.
97. Синдром длительного раздавливания. Патогенез, классификация, клиника, лечение.
98. Закрытый пневмоторакс. Клиника, НМП, лечение.
99. Гнойные осложнения при эндопротезировании крупных суставов. Причины развития, профилактика, лечение.
100. Послеожоговые контрактуры. Классификация, профилактика, консервативное и оперативное лечение.
101. Статическое плоскостопие. Клиника, классификация, диагностика, лечение.
102. Сгибательный перелом позвоночника. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
103. Перелом полулунной кости запястья. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
104. Рубцы. Виды рубцов. Стадии созревания рубцов. Профилактика, консервативное и оперативное лечение.
105. Анатомические и возрастные особенности рентгеновского изображения конечностей.
106. Разгибательный перелом позвоночника с повреждением спинного мозга. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
107. Повреждение боковых связок коленного сустава. Механизм травмы, диагностика, клиника, методы лечения.
108. Ранние и поздние осложнения термической травмы и их профилактика.
109. Особенности переломов костей у детей.
110. Перелом диафиза плечевой кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
111. Перилунарный вывих кисти. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
112. Особенности лечения ожогов у пожилых.
113. Костно-хрящевые экзостозы. Определение, клиника, диагностика, лечение.
114. Закрытый перелом Мантеджа. Механизм травмы, диагностика, клиника, методы лечения.
115. Закрытый перелом шейки бедренной кости. Механизм травмы, классификация, диагностика, клиника, методы лечения.
116. Сочетанная, комбинированная травма. Синдром взаимного отягощения. Особенности организации лечения ожогов в сочетании с травмой иной этиологии.
117. Виды нарушения осанки. Клиника, диагностика, методы лечения.
118. Закрытый перелом Галеацци. Механизм травмы, диагностика, клиника, методы лечения.
119. Перелом дистального отдела плечевой кости. Механизм травмы, диагностика, клиника, методы лечения.
120. Электротравма, электроожоги. Особенности лечения.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено

Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	-	-
Уровень сформированности компетенций*	-	-

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	Удовлетворительн о	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественным и недочетами, выполнены все задания в полном объеме

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	Удовлетворительно	хорошо	отлично
			некоторые с недочетами	
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристики сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции и в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций*	-	-	-	-

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

Калинина Светлана Яновна, доцент кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии им.
М.В. Колокольцева, к.м.н.

Дата «_____» _____ 202__ г.