

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Северо-Западный государственный медицинский университет имени  
И.И.Мечникова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России)

## РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

по дисциплине  
«Травматология, ортопедия»

**Специальность 31.05.01 «Лечебное дело»**

Кафедра Травматологии, ортопедии и ВПХ

Курс \_\_\_\_ 5 Семестр \_\_\_\_ 9,10

Экзамен \_\_\_\_ 10 (семестр) 36 (час) Зачет \_\_\_\_ нет (семестр)

Лекции \_\_\_\_ 36 (час)

Клинико-практические занятия \_\_\_\_ 84 (час)

Семинары \_\_\_\_ нет (час)

Всего часов аудиторной работы \_\_\_\_ 120 (час)

Самостоятельная работа (внеаудиторная) \_\_\_\_ 60 (час)

Общая трудоемкость дисциплины \_\_\_\_ 216/6 (час/зач.ед.)

2017

Рабочая программа составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» утвержденного в 2016 году.

**Составители рабочей программы:**

Пташников Д.А., заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, профессор, д.м.н.;  
Быстрый К.Н., доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, доцент, к.м.н.;  
Линник С.А., профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, профессор, д.м.н.;  
Ткаченко А.Н., доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, доцент, д.м.н.

**Рецензент:**

Шихмагомедов А.А. заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ФГБУ РНИИТО им. Р.Р.Вредена Минздрава России.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ « 13 » 04 2017 года. Протокол № 9/17

Заведующий кафедрой, профессор  Д.А. Пташников

**СОГЛАСОВАНО:**

с отделом образовательных стандартов и программ « 29 » 03 2017 г.

Заведующий отделом  / О.А. Михайлова /

Одобрено методическим советом лечебного факультета « 21 » 04 2017 г. прот. № 4

Председатель, проф.  / В.Г. Радченко /

## 1. Цели и задачи дисциплины:

### Цели:

- изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование (и развитие) у обучающихся следующих общекультурных и профессиональных современных знаний и навыков на основе полученных сведений об этиологии, патогенезе ортопедических заболеваний и повреждений, методам диагностики и оказанию первой врачебной помощи.

### Задачи:

1. приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний и повреждений ОДС и механизмов их возникновения;
2. обучение студентов методам диагностики повреждений и наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательной системы на основе обследования опорно-двигательной системы человека с использованием клинических, лабораторных, рентгенологических и др. методов исследования, составлению алгоритма дифференциальной диагностики типичных повреждений и наиболее часто встречающихся врожденных и приобретенных заболеваний ОДС;
3. обучение студентов принципам оказания первой врачебной помощи больным ортотравматологического профиля, ознакомить с основными методами консервативного и оперативного лечения;
4. ознакомить студентов с особенностями организации и оказания неотложной травматологической помощи в экстремальных условиях.

## 2. Место дисциплины в структуре программы специалитета:

Дисциплина «Травматология, ортопедия» изучается в 9,10 семестрах и относится к Блоку 1 базовой части.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами:

### «Анатомия»

**Знания:** Анатомо-физиологические и индивидуальные особенности организма. Особенности строения и развития здорового и организма.

**Умения:** Определять на человеке основные костные ориентиры.

**Навыки:** Определять на человеке основные костные ориентиры.

### «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия»

**Знания:** Функциональные особенности работы ЦНС. Миелодисплазия и ее проявления на опорно-двигательную систему. Мезинхимальная недостаточность как проявление миелодисплазии.

**Умения:** Уметь выявлять признаки мезенхимальной недостаточности и определять взаимосвязь с опорно-двигательной системой.

**Навыки:** Выявлять признаки мезенхимальной недостаточности и определять взаимосвязь с опорно-двигательной системой.

**Перечень последующих учебных дисциплин, для которых необходимы знания, умения и навыки, формируемые данной учебной дисциплиной.**

Медицинская реабилитация, гериатрия;

Онкология, лучевая терапия;

Офтальмология;

Поликлиническая терапия;

Судебная медицина;

Эпидемиология

### 3. Требования к результатам освоения дисциплины:

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	ОК-7	Готовность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций.	Знать приемы оказания первой доврачебной помощи.	Уметь оказывать Первую доврачебную помощь	Владеть приемами оказания первой доврачебной помощи	Вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания, реферат
2	ОПК-11	Готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.	Перечень основных ортопедических изделий для оказания медицинской помощи.	Рекомендовать необходимое ортопедическое изделие конкретно пациенту.	Информацией о показаниях к использованию ортопедических изделий конкретному пациенту.	Вопросы, реферат.
3	ПК-5	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.	Симптоматику и результаты инструментальных и иных исследований в целях установления факта основной ортопедо-травматологической патологии.	Собирать и анализировать жалобы пациента, данные осмотра, инструментальных и иных исследований в целях установления той или иной травматологической или ортопедической патологии.	Анализом жалоб пациента, интерпретацией данных инструментальных и иных исследований в целях установления той или иной травматологической или ортопедической патологии.	Вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания, реферат

4	ПК-9	Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях.	Принципы ведения и лечения пациентов с основными ортопедическими нозологическими формами в амбулаторных условиях.	Ведение и лечение пациентов с основными ортопедическими нозологическими формами в амбулаторных условиях, а при необходимости направить специалисту.	-	Вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания, реферат
5	ПК-11	Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Принципы оказания первой врачебной помощи при переломах, пневмотораксах, СДС, термических поражениях и других неотложных состояниях.	Оказать первую врачебную помощь при переломах, пневмотораксах, СДС, термических поражениях и других неотложных состояниях.	Приемами оказания первой врачебной помощи при переломах, пневмотораксах, СДС, термических поражениях и других неотложных состояниях.	Вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания, реферат

Компетенции – обеспечивают интегральный подход в обучении студентов. В компетенциях выражены требования к результатам освоения программы специалитета.

#### Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины
1.	ОК-7, ОПК-11, ПК-5, ПК-9, ПК-11,	Общие вопросы травматологии.
2.	ОК-7, ПК-5, ПК-9, ПК-11,	Частные вопросы травматологии.
3.	ОК-7, ОПК-11, ПК-5, ПК-9, ПК-11,	Ортопедия

#### 4. Объем дисциплины и виды учебной работы

Вид учебной работы	Трудоемкость		Семестры	
	объем в зачетных единицах (ЗЕ)	объем в академических часах (АЧ)	9	10
<b>Аудиторные занятия (всего)</b>		<b>120</b>	<b>48</b>	<b>72</b>
В том числе:				
Лекции		36	12	24
Клинико-практические занятия (КПЗ)		84	36	48
Семинары (С)				
Лабораторные работы (ЛР)				
<b>Самостоятельная работа (всего)</b>		<b>60</b>	<b>32</b>	<b>28</b>
В том числе:				
Подготовка к занятиям		50	26	24
Реферат (написание и защита)		10	6	4
Вид промежуточной аттестации (экзамен)	<b>1</b>	<b>36</b>		<b>36</b>
<b>Общая трудоемкость</b>		<b>216</b>	<b>80</b>	<b>136</b>
<b>часы зач. ед.</b>	<b>6</b>			

#### 5. Содержание дисциплины

##### 5.1. Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Л	ПЗ	ЛЗ	С	СРС	Всего часов
1.	Общие вопросы травматологии	8	16			12	<b>36</b>
2.	Частные вопросы травматологии	22	56			40	<b>118</b>
3.	Ортопедия	6	12			8	<b>26</b>
	Итого	<b>36</b>	<b>84</b>			<b>60</b>	<b>180</b>

##### 5.2. Тематический план лекционного курса (семестр – 9 -10)

№ темы	Тема и ее краткое содержание	Часы 36 час	Наглядные пособия
1.	<b>Травматизм как социальная проблема. Ортопедия. История развития ортопедической помощи.</b> История развития травматологии и ортопедии. История кафедры травматологии и ортопедии. Характеристика травматизма и заболеваемости Опорно-двигательной системы, в настоящее время и в сравнении с другими годами. Организация ортопедической	2	Мультимедиа презентация

2.	<b>Исследования ортопедического больного.</b> Особенности исследования пациентов ортопедо-травматологического профиля: симптомы миелодисплазии, мезинхимальной недостаточности, влияние этих заболеваний на формирование осанки, проявления остеохондроза, статических деформаций стоп и т.д. Способы измерения различных параметров функциональной активности костно-мышечной системы.	2	Мультимедиа презентация
3.	<b>Остеохондропатии и остеодистрофии. Сколиотическая болезнь.</b> Понятия и проявления остеохондроплазии и остеодистрофии. Сколиотическая болезнь: внешние проявления, этиология, патогенез, классификация, профилактика, консервативное и оперативное лечение.	2	Мультимедиа презентация
4.	<b>Общие принципы диагностики и лечение повреждений опорно-двигательной системы.</b> Отличительные признаки различных видов травм. Классификации при повреждениях костей, мышечно-связочного аппарата, сосудов и кожи. Клинические проявления. Виды консервативного и хирургического лечения этих повреждений.	2	Мультимедиа презентация
5.	<b>Регенерация костной ткани и сращение переломов костей. Замедленная консолидация. Ложные суставы.</b>	2	Мультимедиа презентация
6.	<b>Повреждение плечевого пояса и верхних конечностей.</b> Механизм повреждений. Клинические проявления. Способы консервативного и хирургического лечения. Реабилитация. Оказание первой врачебной помощи.	2	Мультимедиа презентация
7.	<b>Повреждения нижних конечностей.</b> Механизм повреждений. Клинические проявления. Способы консервативного и хирургического лечения. Оказание первой врачебной помощи.	2	Мультимедиа презентация
8.	<b>Осложненные и неосложненные повреждения позвоночника.</b> Виды повреждений позвоночника, классификация, осложнения. Способы консервативного и хирургического лечения. Оказание первой врачебной помощи.	2	Мультимедиа презентация
9.	<b>Дегенеративно-дистрофические заболевания крупных суставов. Эндопротезирование.</b> Причины и клинические проявления деформирующих артрозов. Классификация. Патоморфологическая картина на различных стадиях развития. Способы лечения. Реабилитация. Прогноз.	2	Мультимедиа презентация
10.	<b>Вывихи в суставах. Повреждение связок, мышц и сухожилий. Внутрисуставные повреждения.</b> Механизм формирования вывихов и повреждения связок и сухожилий. Патоморфология. Клиника. Способы лечения, реабилитация. Оказание первой врачебной помощи.	2	Мультимедиа презентация

11.	<b>Врожденные деформации опорно-двигательной системы: врожденные нарушения развития тазобедренного сустава, косолапость, кривошея.</b> Причины возникновения врожденных деформаций опорно-двигательной системы(основные теории). Клинические проявления этих деформаций, классификация, профилактика. Способы лечения.	2	Мультимедиа презентация
12.	<b>Повреждения таза и грудной клетки.</b> Механизм повреждений таза и грудной клетки. Классификация. Осложнения. Гидро(гемо)пневмоторакс. Способы лечения. Оказание первой врачебной помощи.	2	Мультимедиа презентация
13.	<b>Дегенеративно- дистрофические заболевания позвоночника.</b> Причины и клинические проявления остеохондроза. Классификация. Патоморфологическая картина на различных этапах развития. Способы лечения.	2	Мультимедиа презентация
14.	<b>Политравма. Огнестрельные ранения. Термические поражения.</b>	2	Мультимедиа презентация
15.	<b>Ранения(повреждения) груди, живота, таза и тазовых органов.</b>	2	Мультимедиа презентация
16.	<b>Огнестрельные и закрытые повреждения конечностей и суставов.</b>	2	Мультимедиа презентация
17.	<b>Ранения(повреждения) черепа, головного мозга, позвоночника и спинного мозга.</b>	2	Мультимедиа презентация
18.	<b>Инфекционные осложнения боевых повреждений.</b>	2	Мультимедиа презентация

### 5.3. Тематический план практических занятий (семестр – 9-10)

№ темы	Тема и ее краткое содержание	Часы 84 час	Формы УИРС на занятии
1.	<b>Особенности исследования ортопедического больного. Сколиотическая болезнь.</b>  Особенности исследования пациентов ортопедо-травматологического профиля: симптомы миелодисплазии, мезенхимальной недостаточности, влияние этих заболеваний на формирование осанки, статической деформации стоп и т.д. Способы измерения различных параметров функциональной активности костно-мышечной активности. Нормы амплитуды движений в крупных суставах, виды деформации. Контактур, анкилозы. Классификация сколиозов, течение заболевания, степени тяжести проявления сколиозов. Виды лечения. Прогноз.	4	Курация больных Анализ рентгенограмм Реферат
2.	<b>Общие принципы диагностики и методы лечения повреждений и заболеваний ОДС.</b>  Отличительные признаки различных видов травм. Классификации при повреждениях костей, мышечно-связочного аппарата, сосудов и кожи. Клинические	4	Курация больных Анализ рентгенограмм Реферат



	проявления. Виды консервативного и хирургического лечения этих повреждений.		
3.	<b>Переломы костей опорно-двигательной системы.</b> Абсолютные и относительные признаки переломов. Понятие монотравма, сочетанная, множественная и политравма. Классификация переломов. Патоморфология переломов. Виды смещения. Переломы по типу «зеленой веточки». Основные принципы репозиции переломов. Принципы оказания первой врачебной помощи при переломах.	4	Курация больных Анализ рентгенограмм Реферат
4.	<b>Повреждения надплечья, плеча, травматические вывихи плеча.</b>  Механизм возникновения каждого из этих повреждений. Клинические проявления. Классификация. Клинические проявления. Способы лечения переломов и вывихов этих повреждений в зависимости от уровня перелома. Виды иммобилизации. Первая врачебная помощь. Реабилитация. Прогноз.	4	Курация больных Анализ рентгенограмм Реферат
5.	<b>Повреждения локтевого сустава, предплечья, кисти.</b>  Механизм возникновения каждого из повреждений. Классификация. Клинические проявления. Способы лечения переломов и вывихов этих повреждений в зависимости от вида и уровня перелома. Первая врачебная помощь. Реабилитация. Прогноз.	4	Курация больных Анализ рентгенограмм Реферат
6.	<b>Амбулаторная травма.</b> Контингент больных подлежащих лечению в амбулаторных условиях. Силы, средства и объем оказания медицинской помощи для амбулаторного лечения в медицинских стационарах и травматологических пунктах. Используемая документация.	4	Курация больных Анализ рентгенограмм Реферат
7.	<b>Повреждения бедра и тазобедренного сустава.</b>  Механизм возникновения каждого из повреждений. Классификация переломов проксимального отдела и диафиза бедра. Клинические проявления. Способы консервативного и оперативного лечения переломов и вывихов этих повреждений. Осложнения. Первая врачебная помощь. Реабилитация. Прогноз.	4	Курация больных Анализ рентгенограмм Реферат
8.	<b>Повреждения коленного сустава, голени, голеностопного сустава, стопы.</b>  Механизм возникновения каждого из повреждений. Классификация. Клинические проявления. Способы лечения переломов и вывихов этих повреждений. Повреждение менисков и крестообразных связок. Способы оперативного лечения. Осложнения. Первая врачебная помощь. Реабилитация. Прогноз.	4	Курация больных Анализ рентгенограмм Реферат
9.	<b>Повреждения грудной клетки.</b>	4	Курация больных

	<p>Механизм и виды переломов грудной клетки. Клинические проявления. Осложнения. Первая врачебная помощь и специализированная при осложнениях. Способы консервативного и хирургического лечения. Напряженный пневмоторакс. Гидропневмоторакс. Виды лечения. Осложнения.</p>		<p>Анализ рентгенограмм Реферат</p>
10.	<p><b>Повреждения таза и позвоночника.</b></p> <p>Механизм возникновения повреждения костей таза. Особенности клинического течения этого повреждения. Классификация. Особенности лечения. Реабилитация. Механизм возникновения повреждения позвоночника. Особенности клинического течения этого повреждения. Классификация. Особенности лечения. Реабилитация. Первая врачебная помощь.</p>	4	<p>Курация больных Анализ рентгенограмм Реферат</p>
11.	<p><b>Политравма. Остеомиелит.</b></p> <p>Понятие «политравма». Классификация остеомиелита. Особенности проявления и течения. Способы лечения. Осложнения. Клиника. Течение заболевания. Лечение. Реабилитация. Прогноз. Остеомиелит. Классификация. Патогенез. Клиника. Течения различных видов остеомиелита. Лечение. Реабилитация. Прогноз.</p>	4	<p>Курация больных Анализ рентгенограмм Реферат</p>
12.	<p><b>Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника. Статические деформации стопы.</b></p> <p>Причины возникновения остеохондрозов. Классификация, микро и макроморфологическая картина, клинические проявления. Способы лечения, реабилитация. Статические деформации стопы: причины возникновения, виды деформаций, клинические проявления, профилактика, способы лечения.</p>	4	<p>Курация больных Анализ рентгенограмм Реферат</p>
13.	<p><b>Врожденные заболевания опорно-двигательной системы. Врожденные нарушения развития тазобедренного сустава, кривошея, косолапость.</b></p> <p>Виды врожденной патологии тазобедренного сустава, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика. Способы консервативного и хирургического лечения. Прогноз. Кривошея: виды и клинические проявления заболевания. Диагностика, виды и сроки лечения. Косолапость: клинические проявления, классификация, виды лечения в зависимости от сроков и тяжести заболевания. Прогноз.</p>	4	<p>Курация больных Анализ рентгенограмм Реферат</p>
14.	<p><b>Дегенеративно-дистрофические заболевания крупных суставов. Эндопротезирование.</b></p> <p>Принципы возникновения деформирующих артрозов. Классификация. Микро и макроморфологическая картина в зависимости от степени тяжести. Клинические проявления. Способы лечения. Реабилитация. Прогноз.</p>	4	<p>Курация больных Анализ рентгенограмм Реферат</p>

15.	<p><b>Огнестрельные ранения.</b></p> <p>Понятие «огнестрельная рана». Классификация. Зоны поражения, теория прямого и бокового удара, виды оказания хирургической помощи при огнестрельных ранениях. Оказание первой врачебной помощи.</p>	4	<p>Курация больных</p> <p>Анализ рентгенограмм</p> <p>Реферат</p>
16.	<p><b>Ранения и закрытые повреждения конечностей и суставов.</b></p> <p>Классификация ранения. Определение зоны поражения мягких тканей вокруг раневого канала. Клинические проявления. Осложнения. Первая врачебная помощь. Лечение на этапах эвакуации.</p>	4	<p>Курация больных</p> <p>Анализ рентгенограмм</p> <p>Реферат</p>
17.	<p><b>Ранения черепа, головного мозга, позвоночника и спинного мозга.</b></p> <p>Особенности клинико-анатомических изменений при огнестрельных ранениях этих областей. Клинические проявления этих ранений. Оказание первой врачебной помощи. Дальнейшее лечение на этапах эвакуации.</p> <p><b>Ранения и закрытые повреждения живота, таза и тазовых органов.</b></p> <p>Классификация огнестрельных ранений этих областей. Клинические проявления в зависимости от разновидности пораженного органа и зоны поражения. Осложнения. Оказание первой врачебной помощи. Лечение на этапах эвакуации.</p>	4	<p>Курация больных</p> <p>Анализ рентгенограмм</p> <p>Реферат</p>
18.	<p><b>Ранения (повреждения) груди.</b></p> <p>Классификация ранений. Клинические проявления. Гемопневмоторакс. Осложнения. Первая врачебная помощь.</p>	4	<p>Курация больных</p> <p>Анализ рентгенограмм</p> <p>Реферат</p>
19.	<p><b>Комбинированные поражения. Травматический шок. Синдром длительного сдавливания.</b></p> <p>Виды комбинированного поражения. Степени тяжести поражений. Основные клинические проявления, оказание помощи на этапах эвакуации.</p> <p>Травматический шок: Условия и причины возникновения шока, степени тяжести, клинические проявления, выведение из шока.</p> <p>Синдром длительного сдавливания: Механизм возникновения синдрома длительного сдавливания. Клинические проявления полиорганных нарушений, изменения в жидких средах при лабораторных исследованиях, оказание первой врачебной помощи.</p> <p><b>Кровотечение и кровопотеря.</b></p> <p>Классификация кровотечений, клинические проявления, диагностика, оказание первой врачебной помощи. Гиповолемический шок. Способы выведения</p>	4	<p>Курация больных</p> <p>Анализ рентгенограмм</p> <p>Реферат</p>

	из шока. Оказание первой врачебной помощи.		
20.	<p><b>Инфекционные осложнения боевых повреждений.</b></p> <p>Механизм возникновения инфекционных осложнений. Виды осложнений, особенности их течения. Тактика лечения инфекционных осложнений.</p> <p>Остеомиелит: патогенез, клиника, лечение.</p> <p><b>Термические поражения.</b></p> <p>Особенности течения ожоговой болезни. Классификация степени тяжести поражения. Способы определения площади ожоговой поверхности. Первая врачебная помощь. Способы дальнейшего лечения в зависимости от тяжести и площади пораженной поверхности.</p>	4	<p>Курация больных</p> <p>Анализ рентгенограмм</p> <p>Реферат</p>
21.	<b>Освоение практических навыков</b>	4	

#### 5.4. Лабораторный практикум не предусмотрен

№ п/п	Наименование лабораторных работ	Часы	Формы УИРС на занятии

#### 5.5. Тематический план семинаров не предусмотрен

№ темы	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы УИРС на занятии

### 6. Организация текущего, промежуточного и итогового контроля знаний

№ п/п	№ семестра	Форма контроля	Наименование раздела дисциплины	Оценочные средства			
				Виды	Количество контрольных вопросов	Количество тестовых заданий	Количество ситуационных задач
1	2	3	4	5	6	7	8
1	9, 10	Контроль самостоятельной работы студента, контроль освоения темы	Общие вопросы травматологии:	Вопросы Тестирование. Ситуационные задачи			
2	9, 10	Контроль самостоятельной работы студента, контроль	Частные вопросы травматологии	Вопросы Тестирование. Ситуационные	100	947	50

		освоения темы		задачи			
3	9, 10	Контроль самостоятель ной работы студента, контроль освоения темы, экзамен	Ортопедия.	вопросы тестирова ние. ситуацион ные задачи рефераты			

### 6.1. Примеры оценочных средств

#### *Тестовые задания:*

1. Наиболее характерным симптомом повреждения мениска является:
  - a) Гемартроз.
  - b) Синовит
  - c) Гипотрофия мышц.
  - d) «Блокада» сустава**
  - e) Локальное нарушение кожной чувствительности
  
2. Лечение переломов с нарушением целостности тазового кольца начинается с:
  - a) Скелетного вытяжения.
  - b) Репозиции.
  - c) Специальной укладки.
  - d) Противошоковых мероприятий.**
  - e) Гемотрансфузии

#### *Примерная тематика контрольных вопросов:*

1. Понятие о травматологии и ортопедии.
2. Повреждения тазобедренного сустава.
3. Асептический некроз мыщелка бедренной кости (болезнь Кёнига).
4. Структура ортопедо-травматологической помощи в РФ.
5. Перелом лучевой кости в типичном месте (перелом Колеса и Смита).
6. Деформирующий артроз крупных суставов.
7. Травматизм, виды его.
8. Повреждения кисти.
9. Ортопедические последствия полиомиелита.
10. Закрытые надмыщелковые переломы плечевой кости.
11. Контрактура Фолькмана.
12. Амбулаторная ортопедо-травматологическая помощь.
13. Закрытые переломы диафиза плечевой кости. Осложнения.
14. Повреждения ключицы.
15. Врожденная косолапость.
16. Стационарная ортопедо-травматологическая помощь.
17. Ранение сухожилий. Шов по Беннелу.
18. Подкожные разрывы сухожилий (“крадущиеся разрывы”).
19. Врожденная кривошея.
20. Остеопороз. Профилактика и лечение.
21. Переломы голеностопного сустава (супинационные и пронационные).

22. Переломы диафиза костей предплечья. Перелом Монтеджа и Галеации.
23. Синдромы остеохондроза: вертебральный, корешковый и вегетативный.
24. Понятие о реабилитации. Медицинская, социальная и профессиональная реабилитация.
25. Медиальные переломы шейки бедренной кости.
26. Посттравматические деформации (контрактуры, анкилозы и т.д.).
27. Осложнения при переломах костей таза.

**Примеры ситуационных задач:**

1. Женщина подвернула левую стопу внутрь. В результате этой травмы появились сильные боли в области голеностопного сустава. Обратилась в травматологический пункт. Беспокоят боли в области наружной лодыжки при ходьбе. Пострадавшая не может твердо наступить на больную ногу. При осмотре левого голеностопного сустава область наружной лодыжки отечна, болезненна при пальпации. Движения в голеностопном суставе ограничены и болезненны.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. С какими повреждениями следует провести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
4. Какова тактика лечения?
5. Как будет осуществляться иммобилизация и последующее лечение?

Задача 2. Нырлящик ударился головой о грунт на мелководье. Беспокоит боль в шейном отделе позвоночника. Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Имеется деформация в виде заметного выстояния остистых отростков этих позвонков. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность и двигательная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования надо выполнить?
3. На какие возможные осложнения следует обратить внимание?
4. Как осуществить транспортную иммобилизацию?
5. Какое лечение следует назначить?

**7. Внеаудиторная самостоятельная работа**

Вид работы	Часы	Контроль выполнения работы
Подготовка к занятиям (подготовка к семинарским занятиям, с обязательным использованием конспектов лекций и учебной литературы; подготовка к выполнению тестовых заданий; подготовка устных докладов)	50	Проведение устного опроса на клиничко-практическом занятии, предоставление конспекта Выполнение тестовых заданий Представление и защита доклада на заданную тему
Реферат (написание и защита)	10	Защита реферата

**7.1.**

## Самостоятельная проработка некоторых тем - не предусмотрена

Название темы	Часы	Методическое обеспечение	Контроль выполнения работы

## 7.2. Примерная тематика курсовых работ - не предусмотрена.

### 7.3. Примерная тематика рефератов:

- 1 Вывихи, классификации вывихов, клиника, диагностика, лечение, что считается вывихнутым.
- 2 Классификация переломов. Основные виды смещения отломков. Обязательные компоненты всякого перелома кости.
- 3 Выполнение блокад места переломов и техника пункции суставов.

## 8. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (Приложение В):

### а) основная литература

1. Травматология и ортопедия: / ред. Н.В.Корнилов / СПб.: Гиппократ, 2005. – 537с.
2. Травматология и ортопедия / ред. Н.В.Корнилов / СПб.: Гиппократ, 2001. – 498 с.

### б) дополнительная литература:

1. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.С.Юмашев, С.З.Горшков, Л.Л.Силин и др./ под ред. Г.С.Юмашева. – М.: Медицина, 1990. -576 с.; (Учеб. Лит. Для студ. Мед. Ин-тов).

### в. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

Программное обеспечение, являющееся частью электронной информационно-образовательной среды и базирующееся на телекоммуникационных технологиях, в том числе, тренинговые и тестирующие программы на платформе Moodle <http://moodle.szgmu.ru/>, образовательный портал СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава России, система программных продуктов (СПП) на базе решений VS Clinic и VS Education, стандартное программное обеспечение.

### г. Электронные базы данных, электронные носители (при наличии лицензии)

Электронные версии в системе дистанционного обучения MOODLE			

## **9. Материально-техническое обеспечение дисциплины:**

### **Кабинеты:**

1. Два учебных класса 50м<sup>2</sup> и 25м<sup>2</sup>
2. Учебный класс
3. Учебный класс
4. Учебный класс

**Мебель:** все классы оснащены партами на 16-20 учащихся, столами преподавателя, стульями, классными досками.

Муляжи скелета человека и негатоскопы.

Аппарат Илизарова, металлические пластины, стержни для металлоостеосинтеза, эндопротезы.

**Технические средства обучения – мультимедийный проектор, слайдпроектор**

**Медицинская аптечка**

## **10. Методические рекомендации для обучающегося по освоению дисциплины «Травматология и ортопедия»**

Для успешного освоения дисциплины «травматология и ортопедия» по специальности «медико-профилактическое дело» необходимо иметь представление об объеме дисциплины и видах учебной работы, а также ознакомиться с содержанием дисциплины. Необходимо посещать лекции, использовать основную и дополнительную литературу для подготовки к занятиям, ежедневно в течение цикла практических занятий по каждой теме проходить обучающие тесты в СДО MOODLE. На практических занятиях активно отвечать на контрольные вопросы, участвовать в работе по анализу рентгенограмм, решению ситуационных задач. Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена на последнем занятии цикла.

### **Планирование и организация времени, необходимого для изучения дисциплины**

Важным условием успешного освоения дисциплины является создание системы правильной организации труда, позволяющей распределить учебную нагрузку равномерно в соответствии с графиком образовательного процесса. Большую помощь в этом может оказать составление плана работы на семестр, месяц, неделю, день. Его наличие позволит подчинить свободное время целям учебы, трудиться более успешно и эффективно. С вечера всегда надо распределять работу на завтрашний день.

В конце каждого дня целесообразно подвести итог работы: тщательно проверить, все ли выполнено по намеченному плану, не было ли каких-либо отступлений, а если были, по какой причине они произошли. Нужно осуществлять самоконтроль, который является необходимым условием успешной учебы. Если что-то осталось невыполненным, необходимо изыскать время для завершения этой части работы, не уменьшая объема недельного плана. Все задания к практическим занятиям, а также задания, вынесенные на самостоятельную работу, рекомендуется выполнять непосредственно после соответствующей темы лекционного курса, что способствует лучшему усвоению материала, позволяет своевременно выявить и устранить «пробелы» в знаниях, систематизировать ранее пройденный материал, на его основе приступить к овладению новыми знаниями и навыками.

Система университетского обучения основывается на рациональном сочетании нескольких видов учебных занятий (в первую очередь, лекций и практических занятий), работа на которых обладает определенной спецификой.

### **Подготовка к лекциям**

Знакомство с дисциплиной происходит уже на первой лекции, где от Вас требуется не просто внимание, но и самостоятельное оформление конспекта. При



работе с конспектом лекций необходимо учитывать тот фактор, что одни лекции дают ответы на конкретные вопросы темы, другие – лишь выявляют взаимосвязи между явлениями, помогая студенту понять глубинные процессы развития изучаемого предмета, как в истории, так и в настоящее время.

Конспектирование лекций – сложный вид вузовской аудиторной работы, предполагающий интенсивную умственную деятельность студента. Конспект является полезным тогда, когда записано самое существенное и сделано это самим клиническим ординатором. Не надо стремиться записать дословно всю лекцию. Такое «конспектирование» приносит больше вреда, чем пользы. Целесообразно вначале понять основную мысль, излагаемую лектором, а затем записать ее. Желательно запись осуществлять на одной странице листа или оставляя поля, на которых позднее, при самостоятельной работе с конспектом, можно сделать дополнительные записи, отметить непонятные места.

Конспект лекции лучше подразделять на пункты, соблюдая красную строку. Этому в большой степени будут способствовать вопросы плана лекции, предложенные преподавателям. Следует обращать внимание на акценты, выводы, которые делает лектор, отмечая наиболее важные моменты в лекционном материале замечаниями «важно», «хорошо запомнить» и т.п. Можно делать это и с помощью разноцветных маркеров или ручек, подчеркивая термины и определения.

Целесообразно разработать собственную систему сокращений, аббревиатур и символов. Однако при дальнейшей работе с конспектом символы лучше заменить обычными словами для быстрого зрительного восприятия текста.

Работая над конспектом лекций, всегда необходимо использовать не только учебник, но и ту литературу, которую дополнительно рекомендовал лектор. Именно такая серьезная, кропотливая работа с лекционным материалом позволит глубоко овладеть теоретическим материалом.

#### **Подготовка к семинарам\практическим занятиям**

Тщательное продумывание и изучение вопросов плана основывается на проработке текущего материала лекции, а затем изучения обязательной и дополнительной литературы, рекомендованной к данной теме. Все новые понятия по изучаемой теме необходимо выучить наизусть и внести в глоссарий, который целесообразно вести с самого начала изучения курса.

Результат такой работы должен проявиться в способности свободно ответить на теоретические вопросы практикума, выступать и участвовать в коллективном обсуждении вопросов изучаемой темы, правильно выполнять практические задания и контрольные работы.

В процессе подготовки к практическим занятиям, необходимо обратить особое внимание на самостоятельное изучение рекомендованной литературы. При всей полноте конспектирования лекции в ней невозможно изложить весь материал из-за лимита аудиторных часов. Поэтому самостоятельная работа с учебниками, учебными пособиями, научной, справочной литературой, материалами периодических изданий и Интернета является наиболее эффективным методом получения дополнительных знаний, позволяет значительно активизировать процесс овладения информацией, способствует более глубокому усвоению изучаемого материала, формирует правильное отношение к конкретной проблеме.

#### **Рекомендации по работе с литературой**

Работу с литературой целесообразно начать с изучения общих работ по теме, а также учебников и учебных пособий. Далее рекомендуется перейти к анализу монографий и статей, рассматривающих отдельные аспекты проблем, изучаемых в рамках курса, а также официальных материалов и неопубликованных документов (научно-исследовательские работы, диссертации), в которых могут содержаться основные вопросы изучаемой проблемы.

Работу с источниками надо начинать с ознакомительного чтения, т.е. просмотреть текст, выделяя его структурные единицы. При ознакомительном чтении закладками отмечаются те страницы, которые требуют более внимательного изучения.

В зависимости от результатов ознакомительного чтения выбирается дальнейший способ работы с источником. Если для разрешения поставленной задачи требуется изучение некоторых фрагментов текста, то используется метод выборочного чтения. Если в книге нет подробного оглавления, следует обратить внимание ученика на предметные и именные указатели.

Избранные фрагменты или весь текст (если он целиком имеет отношение к теме) требуют вдумчивого, неторопливого чтения с «мысленной проработкой» материала. Такое чтение предполагает выделение: 1) главного в тексте; 2) основных аргументов; 3) выводов. Особое внимание следует обратить на то, вытекает тезис из аргументов или нет.

Необходимо также проанализировать, какие из утверждений автора носят проблематичный, гипотетический характер, и уловить скрытые вопросы.

Понятно, что умение таким образом работать с текстом приходит далеко не сразу. Наилучший способ научиться выделять главное в тексте, улавливать проблематичный характер утверждений, давать оценку авторской позиции – это сравнительное чтение, в ходе которого Вы знакомитесь с различными мнениями по одному и тому же вопросу, сравниваете весомость и доказательность аргументов сторон и делаете вывод о наибольшей убедительности той или иной позиции.

Если в литературе встречаются разные точки зрения по тому или иному вопросу из-за сложности прошедших событий и правовых явлений, нельзя их отвергать, не разобравшись. При наличии расхождений между авторами необходимо найти рациональное зерно у каждого из них, что позволит глубже усвоить предмет изучения и более критично оценивать изучаемые вопросы. Знакомясь с особыми позициями авторов, нужно определять их схожие суждения, аргументы, выводы, а затем сравнивать их между собой и применять из них ту, которая более убедительна.

Следующим этапом работы с литературными источниками является создание конспектов, фиксирующих основные тезисы и аргументы. Можно делать записи на отдельных листах, которые потом легко систематизировать по отдельным темам изучаемого курса. Другой способ – это ведение тематических тетрадей-конспектов по одной какой-либо теме. Большие специальные работы монографического характера целесообразно конспектировать в отдельных тетрадях. Здесь важно вспомнить, что конспекты пишутся на одной стороне листа, с полями и достаточным для исправления и ремарок межстрочным расстоянием (эти правила соблюдаются для удобства редактирования). Если в конспектах приводятся цитаты, то непременно должно быть дано указание на источник (автор, название, выходные данные, № страницы). Впоследствии эта информация может быть использована при написании текста реферата или другого задания.

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Северо-Западный государственный медицинский университет имени  
И.И.Мечникова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**  
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

<i>Код и наименование направления подготовки/специальности</i>	<b>31.05.01 «Лечебное дело»</b>
<i>Дисциплина</i>	<b>«Травматология, ортопедия»</b>

## ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

### 1. Формы оценочных средств, в соответствии с формируемыми дисциплиной компетенциями

Индекс компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства	Номер оценочного средства из перечня (п. 3ФОС)
ОК-7	Готовность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций.	Вопросы	1-100
		Тестовые задания	1-947
		Ситуационные задачи	1-50
		Реферат	1-10
ОПК-11	Готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.	Вопросы	1-100
		Реферат	1-10
ПК-5	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.	Вопросы	1-100
		Тестовые задания	1-947
		Ситуационные задачи	1-50
		Реферат	1-10
ПК-9	Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях.	Вопросы	1-100
		Тестовые задания	1-947
		Ситуационные задачи	1-50
		Реферат	1-10
ПК-11	Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Вопросы	1-100
		Тестовые задания	1-947
		Ситуационные задачи	1-50
		Реферат	1-10

## 2. Критерии оценки, шкалы оценивания

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины	<p>Полнота раскрытия темы;</p> <p>Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля);</p> <p>Знание основных методов изучения определенного вопроса;</p> <p>Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса;</p> <p>Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса</p>
2	Реферат	Продукт самостоятельной работы обучающегося, 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	Темы рефератов	<p>Содержательные:</p> <p>соответствие содержания работы заявленной теме;</p> <p>степень раскрытия темы;</p> <p>наличие основных разделов: введения, основной части, заключения;</p> <p>обоснованность выбора темы, ее актуальности;</p> <p>структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы</p>

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
		собственные взгляды на нее.		(рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные: объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).
3	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий (варианты)	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
4	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной	Набор ситуационных задач по темам/разделам	грамотность определения содержащейся в задаче

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
		ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения		проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи

#### *Шкала оценивания собеседования*

**-оценка «отлично» выставляется студенту, если** обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.

**- оценка «хорошо» выставляется студенту, если** обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.

**- оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если** обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.

**- оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если** обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

#### *Ситуационная задача*

Оценка	Описание
5	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.
4	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.
3	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.
2	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу

#### *Тестовые задания*

Границы в процентах	Оценка
---------------------	--------

Границы в процентах	Оценка
90-100	Отлично
80-89	Хорошо
70-79	Удовлетворительно
0-69	Неудовлетворительно

### Реферат

Оценка	Описание
5	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.
4	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.
3	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.
2	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу

## 3. Оценочные средства

### 3.1 КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Понятие о травматологии и ортопедии.
2. Повреждения тазобедренного сустава.
3. Асептический некроз мыщелка бедренной кости (болезнь Кёнига).
4. Структура ортопедо-травматологической помощи в РФ.
5. Перелом лучевой кости в типичном месте (перелом Колеса и Смита).
6. Деформирующий артроз крупных суставов.
7. Травматизм, виды его.
8. Повреждения кисти.
9. Ортопедические последствия полиомиелита.
10. Закрытые надмыщелковые переломы плечевой кости.
11. Контрактура Фолькмана.
12. Амбулаторная ортопедо-травматологическая помощь.
13. Закрытые переломы диафиза плечевой кости. Осложнения.
14. Повреждения ключицы.
15. Врожденная косолапость.
16. Стационарная ортопедо-травматологическая помощь.
17. Ранение сухожилий. Шов по Беннелу.
18. Подкожные разрывы сухожилий (“крадущиеся разрывы”).
19. Врожденная кривошея.
20. Остеопороз. Профилактика и лечение.
21. Переломы голеностопного сустава (супинационные и пронационные).
22. Переломы диафиза костей предплечья. Перелом Монтеджа и Галеации.
23. Синдромы остеохондроза: вертебральный, корешковый и вегетативный.
24. Понятие о реабилитации. Медицинская, социальная и профессиональная реабилитация.
25. Медиальные переломы шейки бедренной кости.
26. Посттравматические деформации (контрактуры, анкилозы и т.д.).
27. Осложнения при переломах костей таза.
28. Эпикондилит (болезнь Томсона).
29. Компрессионные переломы позвоночника.
30. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Штрюмпель-Мари-Бехтерева).
31. Кожная пластика при травмах.



32. Ложные суставы и несросшиеся переломы.
33. Основные принципы лечения переломов.
34. Вывихи крупных суставов.
35. Синдактилия.
36. Артрогриппоз.
37. Переломы костей таза.
38. Методика обследования больных.
39. Повреждения грудной клетки. Осложнения и лечение их.
40. Плече-лопаточный периартроз.
41. Черепно-мозговая травма.
42. Сколиотическая болезнь.
43. Ампутации и протезирование. Роль отечественных ученых.
44. Современная тактика при лечении открытых переломов.
45. Инфекционные полиартриты и артриты.
46. Повреждения плечевого сустава. Переломо-вывихи в плечевом суставе.
47. Повреждения лопатки.
48. Болезни культей.
49. Переломы диафиза бедра.
50. Фиброзная дисплазия.
51. Латеральные переломы шейки бедренной кости.
52. Стенозирующий лигаментит (болезнь Де Кервена, Нотта и т.д.).
53. Основные принципы обезболивания и реанимации у ортопедо-травматологической группы больных.
54. Повреждения локтевого сустава.
55. Контрактура Дюпюитрена.
56. Консервативные методы лечения в травматологии и ортопедии.
57. Повреждения менисков коленного сустава.
58. Оперативные методы лечения.
59. Особенности лечения внутрисуставных переломов в области тазобедренного сустава и коленного сустава.
60. Болезнь Литтля. Родовой паралич.
61. Понятие о сочетанных и комбинированных травмах.
62. Политравма.
63. Повреждения связок коленного сустава.
64. Плоскостопие, отводящая контрактура I пальца стопы, молоткообразный палец.
65. Туберкулез крупных суставов.
66. Повреждения стопы.
67. Переломы костей голени.
68. Асептический некроз головки бедренной кости (болезнь Легг-Кальве-Пертеса).
69. Основные типы гипсовых повязок и принципы их наложения.
70. Травма органов брюшной полости. Дифференциальная диагностика с забрюшинной гематомой при переломах позвоночника и таза.
71. Асептический некроз апофизов и тела позвонка (болезнь Шойерман-Мау-Кальве).
72. Повреждения сосудов и нервов при переломах.
73. Асептический некроз бугристости большеберцовой кости (болезнь Осгута-Шляттера).
74. Особенности лечения переломов у детей и пожилых людей.
75. Врожденный вывих бедра, ранние признаки его.
76. Основные патофизиологические и физиологические процессы в костной ткани. Фосфорно-кальциевый обмен. Репаративная регенерация.
77. Осложненные переломы позвоночника.
78. Эндопротезирование.

79. Артроскопия в травматологии и ортопедии.
80. Местные и общие факторы, влияющие на срастание переломов. Первичное срастание переломов.
81. Гнойные осложнения повреждений костей и суставов.
82. Аллопластика.
83. Термические поражения: этиология, клиника, лечение. Особенности определения площади поражения..
84. Классификация инфекционных осложнений ран.
85. Роль, место новокаиновых блокад при лечении повреждений конечностей, груди, таза (футлярная, место перелома, вагосимпатическая, по Школьникову-Селиванову).
86. Синдром длительного сдавления: этиология, патогенез, дозы, степень.
87. Повреждения таза и тазовых органов: мочевого пузыря, уретры. Клиника, диагностика, лечение.
88. Закрытые повреждения живота: клиника, диагностика, лечение
89. Классификация кровотечений. Клиника кровопотери, определение ее объема и тяжести.
90. Классификация повреждений живота.
91. Травматическая асфиксия: этиология, патогенез, клиника, лечение
92. Закрытые повреждения груди: этиология, диагностика, клиника. Лечение
93. Пневмоторакс: этиология, клиника. Лечение на этапах медэвакуации. Дренаж по Бюлау.
94. Гемоторакс: этиология, диагностика, клиника. Лечение. Дренаж по Бюлау.
95. Транспортная иммобилизация. Ее принципы, средства.
96. Принципы оказания хирургической помощи раненым. Само- и взаимопомощь. Первая доврачебная помощь.
97. Статические деформации стоп.
98. Классификация переломов.
99. Классификация врожденной патологии тазобедренных суставов.
100. Синдром мезенхимальной недостаточности в ортопедии.

### 3.2 Тестовые задания

Правильный ответ обозначен символом «=>»

::Вопрос № 1::

Клинически подкожные разрывы сухожилий крупных мышц характеризуются всеми признаками, кроме: {

- ~ деформация в области мышцы
- ~ снижение силовой нагрузки конечности
- = отсутствие боли
- ~ кровоизлияние в мягкие ткани
- ~ западение мягких тканей над местом повреждения сухожилия

}

::Вопрос № 2::

Первичным сухожильным швом называется шов наложенный на сухожилие {

- ~ в течение первого часа после травмы
- = в течение первых 24 часов после повреждения
- ~ в течение первых 3 дней
- ~ в течение первых 7 дней
- ~ в течение первых 3 недель

}

::Вопрос № 3::

При застарелых повреждениях применяют все сухожильные аллотрансплантаты, кроме: {  
~ сгибателей пальцев кисти  
~ длинной малоберцовой мышцы  
~ задней большеберцовой мышцы  
~ двойное сухожилие первого пальца стопы  
= сухожилия четырехглавой мышцы бедра  
}

::Вопрос № 4::

В реабилитации после операции аллотендопластики не используют {  
~ иммобилизацию конечности до 6 недель  
~ курс лечебной физкультуры и массаж  
~ амплипульс  
~ ДДТ  
= УВЧ  
}

::Вопрос № 5::

Для подтверждения вывиха в суставе конечности обязательно выполнение {  
= стандартной рентгенографии  
~ контрастной артрографии  
~ УЗИ  
~ тепловизионного исследования  
~ МРТ  
}

::Вопрос № 6::

При консервативном лечении свежих вывихов в суставах не применяют {  
~ обезболивание  
~ одномоментное вправление  
= пластику поврежденных связок  
~ иммобилизацию  
~ реабилитационное лечение  
}

::Вопрос № 7::

В зависимости от положения головки различают все перечисленные вывихи плеча, кроме: {  
= верхнего  
~ нижнего  
~ переднего  
~ передне-нижнего  
~ заднего  
}

::Вопрос № 8::

Вывих плеча часто сопровождается переломом {  
~ малого бугорка  
= большого бугорка  
~ клювовидного отростка лопатки

~ шейки лопатки  
~ ключицы  
}

::Вопрос № 9::

Плечо при вывихе, как правило {  
~ приведено  
= отведено  
~ согнуто  
~ разогнуто  
~ ротировано  
}

::Вопрос № 10::

Плечо при вывихе кажется {  
= удлиненным  
~ укороченным  
~ не меняет длины  
~ деформированы  
~ не деформировано  
}

::Вопрос № 11::

После вправления вывиха плечо следует фиксировать с помощью {  
~ мягкой повязки  
~ косыночной повязки  
= гипсовой повязки  
~ торако-брахиальной повязки  
~ фиксации не требуется  
}

::Вопрос № 12::

Срок иммобилизации плеча после вправления вывиха составляет {  
~ 1 неделю  
~ 2 недели  
= 4 недели  
~ 6 недель  
~ 8 недель  
}

::Вопрос № 13::

Предплечье при заднем вывихе кажется {  
~ удлиненным  
= укороченным  
~ не меняет длины  
~ деформировано  
~ не изменено  
}

::Вопрос № 14::

Вправления свежего вывиха бедра выполняют под {  
~ местной анестезией

- ~ проводниковой анестезией
  - ~ спинномозговой анестезией
  - = общей анестезией
  - ~ без анестезии
- }

::Вопрос № 15::

- Вправление свежего вывиха фаланги пальца выполняют под {
- = местной анестезией
  - ~ внутривенной анестезией
  - ~ внутрикостной анестезией
  - ~ общей анестезией
  - ~ без анестезии
- }

::Вопрос № 16::

- Иммобилизация после вправления свежего вывиха бедра составляет {
- ~ 1 неделю
  - ~ 2 недели
  - ~ 4 недели
  - = 6 недель
  - ~ 8 недель
- }

::Вопрос № 17::

- Иммобилизация после вправления свежего вывиха фаланги пальца составляет {
- ~ 1 неделю
  - = 2 недели
  - ~ 4 недели
  - ~ 6 недель
  - ~ 8 недель
- }

::Вопрос № 18::

- Для иммобилизации после вправления вывихнутого бедра используют {
- ~ U-образную гипсовую повязку
  - ~ деротационный гипсовый "сапожок"
  - ~ заднюю гипсовую лонгету до верхней трети бедра
  - = тазобедренную гипсовую повязку
  - ~ мягкую повязку
- }

::Вопрос № 19::

- Отдаленные последствия вывиха бедра {
- ~ облитерирующий атеросклероз
  - ~ синильный остеопороз
  - ~ привычный вывих
  - ~ посттравматический седалищный неврит
  - = асептический некроз головки бедренной кости
- }

::Вопрос № 20::

При травматический вывихе в суставе конечности происходит все, кроме {  
~ разрыва капсулы сустава  
~ повреждения связок  
~ образования гематомы  
~ полного смещения суставных концов костей  
= неполного смещения суставных концов костей  
}

::Вопрос № 21::  
РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ВЫВИХОВ, кроме: {  
~ свежий  
~ несвежий  
~ застарелый  
~ привычный  
= острый  
}

::Вопрос № 22::  
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫВИХИ ВОЗНИКАЮТ {  
~в тазобедренном суставе  
~в коленном суставе  
=в плечевом суставе  
~в локтевом суставе  
~в лучезапястном суставе  
}

::Вопрос № 23::  
ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ВЫВИХА К ВПРАВЛЕНИЮ СЛЕДУЕТ  
ПРИБЕГНУТЬ {  
=немедленно  
~через 1 час  
~через 2 час  
~через сутки  
~через 3 суток  
}

::Вопрос № 24::  
ЕСЛИ ВЫВИХ ПРОИЗОШЕЛ МЕЖДУ 6-М И 7-М ШЕЙНЫМ ПОЗВОНКАМИ, ТО  
ВЫВИХНУТЫМ ПОЗВОНКОМ СЧИТАЕТСЯ {  
=6-й позвонок  
~5-й позвонок  
~4-й позвонок  
~3-й позвонок  
~7-й позвонок  
}

::Вопрос № 25::  
ВЫВИХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ {  
~признаком Маркса  
~симптомом "треугольной подушки"  
=симптомом "клавиши"  
~симптомом "болезненной дуги"

~пружинящим движением в плечевом поясе

}

::Вопрос № 26::

НЕВПРАВЛЕННЫЙ ВЫВИХ КЛЮЧИЦЫ СЧИТАЕТСЯ ЗАСТАРЕЛЫМ ЧЕРЕЗ{

~1 сутки

~2 суток

~5 суток

=3-4 недели

~3-4 месяца

}

::Вопрос № 27::

ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ЯВЛЯЕТСЯ{

~родовая травма

~сенильный остеопороз

~инфекционный артрит

~вывих плеча, сопровождающийся переломом ключицы

=повреждения в момент травматического вывиха в сочетании с неправильной тактикой ведения после вывиха

}

::Вопрос № 28::

Растяжение мышц обычно сопровождается{

= кровоизлиянием

~ выраженным отеком

~ лимфаденитом

~ лимфангоитом

~ значительным нарушением функции

}

::Вопрос № 29::

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

~ степени выраженности болевого симптома

~ снижения функции конечности

~ обширности отека

~ величины гематомы и кровоподтека

= повышенного тонуса мышц

}

::Вопрос № 30::

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

~ иммобилизации

~ обезболивания

~ пункции области повреждения мышцы с удалением гематомы

= массажа конечности выше разрыва мышц

~ массажа конечности ниже разрыва мышц

}

::Вопрос № 31::

Для полного разрыва мышцы характерно все перечисленное, кроме {  
~ отчетливого ощущения момента разрыва  
~ резкой боли  
~ снижения функции конечности  
= выраженного гипотонуса конечности  
~ западения в области разрыва мышцы  
}

::Вопрос № 32::

Клиническая картина воспаления мышцы складывается из всего перечисленного, кроме {  
~ снижения функции конечности  
~ боли  
= лимфаденита и лимфангоита  
~ отека сегмента конечности  
~ защитной контрактуры конечности  
}

::Вопрос № 33::

Чаще всего при травмах происходит разрыв {  
~ сухожилий разгибателей пальцев кисти  
~ сухожилий разгибателей пальцев стопы  
~ сухожилий четырехглавой мышцы бедра  
= ахиллова сухожилия  
~ сухожилия трехглавой мышцы плеча  
}

::Вопрос № 34::

При резком и внезапном напряжении мышцы наиболее часто происходит разрыв {  
~ у места прикрепления к кости  
~ по ходу сухожилия  
= у места перехода сухожилия в мышцу  
~ в средней части мышцы  
~ во всех перечисленных областях  
}

::Вопрос № 35::

Для отрыва сухожилия длинной головки двуглавой мышцы характерно все перечисленное, кроме {  
~ возникновения острой боли в области верхней трети плеча  
~ ощущения своеобразного треска, щелчка  
~ западения мягких тканей на передне-внутренней поверхности плеча, выше которого определяется выпячивание  
= резкого снижения силы сгибания предплечья в локтевом суставе  
~ кровоизлияния и отека в области плеча  
}

::Вопрос № 36::

Для разрыва четырехглавой мышцы бедра характерно все перечисленное, кроме {  
~ повреждения сухожильной части четырехглавой мышцы бедра  
~ отсутствия разгибательных движения голени  
~ характерного западения мягких тканей над коленной чашечкой  
~ неустойчивости в коленном суставе



=возраста пострадавшего 40-60 лет

}

::Вопрос № 37::

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

~недооценки воздействия местной инфекции

~частых микротравм области ахиллова сухожилия

=врожденной анатомической предрасположенности в виде варусного положения стопы

~неподходящей обуви при занятии спортом

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

}

::Вопрос № 38::

Для типичного подкожного разрыва ахиллова сухожилия характерно все перечисленное, кроме {

~разрыв сухожилия происходит на фоне дегенеративно-трофических изменений

~разрыв сухожилия происходит после неожиданного некоординированного резкого сокращения трехглавой мышцы голени

~разрыв чаще локализуется в месте перехода мышцы в сухожилие

~гематома располагается часто в области внутренней и наружной лодыжек

=разрыв происходит без травмирующего фактора

}

::Вопрос № 39::

Симптом Томпсона при выявлении разрыва ахиллова сухожилия проявляется {

~западением в области разрыва ахиллова сухожилия

~невозможностью стоять и ходить на пальцах поврежденной ноги

=отсутствием подошвенного сгибания стопы поврежденной конечности при сдавлении трехглавой мышцы голени

~резком ограничении супинации стопы

~ощущением щелчка при разрыве ахиллова сухожилия

}

::Вопрос № 40::

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

~большой грудной

=межреберных мышц

~передней грудной мышцы

~прямой мышцы живота

~поперечной мышцы груди

}

::Вопрос № 41::

Для повреждения прямой мышцы живота характерно все перечисленное, кроме {

~кровоизлияния передней брюшной стенки

~разрыва, происходящего при прямом ударе в момент расслабления брюшного пресса

~резкой боли в области брюшной стенки

=симптомов раздражения брюшины

~напряжения передней брюшной стенки

}

::Вопрос № 42::

Лечение свежих повреждений ахиллова сухожилия включает {

~наложение гипсовой повязки в положении максимального подошвенного сгибания стопы до 5 недель

=открытый способ сшивания "конец в конец" или ахиллопластика по В.А.Чернавскому

~пластику апоневрозом стопы

~лавсанопластика

~аллотендопластика

}

::Вопрос № 43::

Оптимальным методом лечения застарелых повреждений ахиллова сухожилия являются {

~открытый способ - сшивание "конец в конец" или "конец в бок"

~открытый способ - ахиллопластика по В.А.Чернавскому

~пластика дефекта широкой фасции бедра

=аллотендопластика

~пластика апоневрозом стопы дефекта ахиллова сухожилия

}

::Вопрос № 44::

Иммобилизация гипсовой повязкой при сшивании ахиллова сухожилия составляет {

~3-4 недели

~4-5 недель

=5-6 недель

~6-7 недель

~7-8 недель

}

::Вопрос № 45::

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

~простую рентгенограмму

~термографический

~полярографический

=УЗИ (ультразвуковая доплерография)

~электромиографический

}

::Вопрос № 46::

Обратился пациент с жалобами на боли в спине. Ваши действия: {

~ назначить рентген

= назначить МРТ

~ назначить обезболивающие препараты

~ назначить нестероидные противовоспалительные препараты

~ назначить массаж, ЛФК, ФТ

}

::Вопрос № 47::

У пациента в анамнезе падение со второго этажа. На рентгенограмме компрессионный неосложненный перелом тела позвонка II-III ст. на поясничном отделе. Ваши действия: {

~ направить на оперативное лечение

- = консервативное лечение
- ~ направить на МРТ
- ~ направить на КТ
- ~ направить на трепанбиопсию
- }

::Вопрос №48::

Рефлекторно-болевыми проявлениями при грыжах межпозвонковых дисков являются: {

- = Острые боли - прострелы при неловких движениях
- ~ Тупые боли при нагрузке
- ~ Анталгическую позу
- ~ Боль в области поясницы в ночное время
- ~ боль в области поясницы в дневное время
- }

::Вопрос № 49::

Типичным клиническим проявлением шейного остеохондроза является: {

- ~ Боль, тетраплегия, тетрапарез
- ~ Проводниковые расстройства чувствительности, нарушение трофики
- = Боль в шее и руке с повышением карпо-радиального рефлекса
- ~ Тетраплегия вялая в руках, спастическая в ногах, нарушение трофики
- ~ тетрапарез
- }

::Вопрос №50::

К рефлекторно-болевым синдромам шейного остеохондроза относятся: {

- = Шейно-плечевые боли
- ~ Нейродистрофические нарушения
- ~ Задний шейный симпатический синдром
- ~ Кардиальный синдром
- ~ вертебро-базилярная недостаточность
- }

::Вопрос № 51::

Клиническая картина шейной миелопатии включает: {

- ~ Затруднения при ходьбе, слабость в ногах, спастичность
- = Слабость в руках, атрофия мышц рук, снижение чувствительности
- ~ Спастичность, слабость в ногах
- ~ Атрофию мышц рук, чувствительные и болевые синдромы на руках
- }

::Вопрос № 52::

При корешковом компрессионном синдроме имеют место: {

- = Жгучие, тянущие боли в зоне иннервации соответствующего корешка
- ~ Боли беспокоят в основном ночью и в состоянии покоя
- ~ Парестезии, гиперестезии
- ~ Повышение рефлексов на ногах
- ~ снижение сухожильных рефлексов
- }

::Вопрос № 53::

При синдроме позвоночной артерии имеют место: {  
~ Головные боли в области лба с тошнотой по утрам  
= Приступы потери сознания при повороте головы, нарушения зрения  
~ Головные боли, фотопсии  
~ Боли в области шеи, нарушения зрения, спонтанный нистагм  
~ головные боли и боли в области шеи  
}

::Вопрос № 54::

При передней грыже межпозвонкового диска поясничного отдела позвоночника имеют место: {  
~ Парестезии в нижних конечностях  
~ Парезы нижних конечностей  
~ Повышение коленных рефлексов  
~ Снижение тонуса мышц ног  
= Бессимптомное течение  
}

::Вопрос № 55::

При поясничном остеохондрозе в хронической стадии заболевания характерны все перечисленные боли, кроме: {  
= Острых болей в пояснице  
~ Диффузных болей в пояснице  
~ Тупых болей в пояснице  
~ Ноющих болей в пояснице  
~ тупых болей в пояснице после нагрузок  
}

::Вопрос № 56::

В развитии остеохондроза позвоночника играют роль: {  
~ Постоянная физическая нагрузка  
= Физическая нагрузка, превышающая индивидуальные возможности  
~ Постоянная физическая нагрузка на фоне гормональных и обменных нарушений  
~ Физическая нагрузка при инфекционных и аллергических процессах в позвоночнике  
~ гиподинамический образ жизни  
}

::Вопрос № 57::

Признаки дегенерации межпозвонковых дисков чаще всего возникают в возрасте: {  
~ 10 лет  
~ 20 лет  
= 30 лет  
~ 40 лет  
~ В любом возрасте  
}

::Вопрос № 58::

Причинами дистрофии фиброзного кольца являются: {  
~ Потеря эластичности и истончение его

- ~ Появление трещин в наружных отделах фиброзного кольца
- ~ Появление трещин во внутренних, а затем наружных отделах фиброзного кольца
- = Нарушение метаболизма и механических свойств диска
- ~ гипотрофия мышечного корсета грудной клетки
- }

::Вопрос № 59::

К этиологическим факторам остеохондроза позвоночника относятся: {

- ~ Нарушение обмена веществ
- ~ Аутоиммунные процессы
- = Микротравма
- ~ Травмы позвоночника
- ~ стресс
- }

::Вопрос № 60::

Удаление грыжи межпозвонкового диска на поясничном отделе позвоночника показано при: {

- ~ наличие грыжи диска по данным МРТ
- ~ наличие секвестрированной бессимптомной грыжи
- ~ выраженном болевом синдроме с хорошим эффектом от приема НПВП
- = выраженный болевой синдром, мышечная слабость, нет эффекта от консервативного лечения
- }

::Вопрос № 61::

При болях в области плеча при подъеме руки через отведение вверх, летучих болях в области сердца, в межлопаточном пространстве необходимо выполнить: {

- = ЭКГ
- ~ рентгенограмму плечевого сустава
- ~ рентгенограмму грудного отдела позвоночника
- ~ назначить НПВП, ФТ, ЛФК
- ~ МРТ шейного отдела позвоночника
- }

::Вопрос № 62::

Основной метод исследования для диагностики остеопороза: {

- ~ рентген
- ~ МРТ
- ~ КТ
- = остеоденситометрия
- ~ остеосцинтиграфия
- ~ компьютерная топография
- }

::Вопрос № 63::

Основной метод исследования для предоперационной подготовки при остеопоротических переломах позвонков: {

- ~ рентген
- ~ МРТ
- = КТ

- ~ остеоденситометрия
- ~ остеосцинтиграфия
- ~ компьютерная топография

::Вопрос № 64::

Вертебропластика при компрессионных переломах на фоне остеопороза показана при: {

- ~ давность перелома более 3 месяцев
- = давность перелома менее 3 месяцев
- ~ перелом более III степени
- ~ отсутствие болевого синдрома при рентгенологической картине перелома
- ~ выраженный болевой синдром в спине

::Вопрос № 65::

Для клинической картины грыжи межпозвонкового диска поясничного отдела позвоночника наиболее характерно: {

- ~ боли в поясничном отделе позвоночника
- =иррадиация болей в ногу
- ~ перемежающаяся хромота
- ~ ночной характер болей
- ~ летучие боли в ногах

::Вопрос № 66::

Для клинической картины спондилолистеза позвонка поясничного отдела позвоночника наиболее характерно: {

- =усиление болей при физической и статической нагрузке
- ~ стартовые боли
- ~ летучий характер болей
- ~ резкая болезненность при пальпации поясничного отдела
- ~ бессимптомное течение

::Вопрос № 67::

Для определения стадии поражения межпозвонкового диска целесообразно использовать: {

- ~ Rg позвоночника в 2-х проекциях
- ~ КТ позвоночника
- =МРТ позвоночника
- ~ КТ с контрастированием
- ~ Остеосцинтиграфию

::Вопрос № 68::

Дифференциальную диагностику дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника стоит проводить с: {

- ~ опоясывающим лишаем
- ~ коксартрозом
- ~ феморо-ацетабулярным импиджментом
- ~ вертельным бурститом
- = все ответы верны

}

::Вопрос № 69::

Наибольшую информацию о степени стеноза позвоночного канала дает: {

- ~ спондилография в двух проекциях
  - ~ спондилография в функциональных положениях
  - ~ компьютерная томография
  - = магнитно-резонансная томография
  - ~ радиоизотопное исследование
- }

::Вопрос № 70::

Основным методом лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника является: {

- = консервативный
  - ~ передняя дискэктомия, передний корпородез
  - ~ декомпрессивная фораминотомия, удаление грыжи диска
  - ~ декомпрессивная фораминэктомия, удаление грыжи диска, задний спондилодез
  - ~ пункционная микродискэктомия
- }

::Вопрос № 71::

Показанием для консервативного лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника является: {

- ~ прогрессирующий неврологический дефицит
  - = купирование болевого синдрома после консервативного лечения на полгода и больше
  - ~ купирование болевого синдрома после консервативного лечения на месяц
  - ~ возраст старше 50 лет
  - ~ длительность заболевания более 20 лет
- }

::Вопрос № 72::

Какой вид лечения противопоказан пациенту с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника и сопутствующим опухолевым поражением позвоночника: {

- ~ радиочастотная денервация фасеточных суставов
  - ~ стероидные блокады
  - = физиотерапия
  - ~ декомпрессивная фораминотомия
  - ~ пункционная микродискэктомия
- }

::Вопрос № 73::

Основным структурным изменением при сколиозе является: {

- ~ Ротация позвонка
  - = Торсия позвонка
  - ~ Асимметрия дугоотростчатых суставов
  - ~ Латеролистез
  - ~ выраженный кифоз
- }

::Вопрос № 74::

К этиологическим факторам диспластического сколиоза относятся: {

- ~ Нарушение обмена веществ
- ~ Аутоиммунные процессы
- = Дисплазия позвонков
- ~ Травмы позвоночника
- ~ врожденное сращение 2х и более позвонков
- }

::Вопрос № 75::

Обязательным исследованием при тяжелом врожденном сколиозе не являются: {

- ~ Рентген
- = денситометрия
- ~ МРТ
- ~ КТ
- ~ Электронейромиография
- }

::Вопрос № 76::

Основным оперативным элементом в хирургии сколиоза является: {

- ~ Дистракция
- ~ Компрессия
- = Деротация
- ~ Установка транспедикулярной системы
- ~ Спондилодез
- }

::Вопрос № 77::

В нормальном (здоровом) тазобедренном суставе не бывает движений {

- ~ сгибания - 130°
- ~ ротации внутренней - 90°
- ~ ротации наружной - 90°
- ~ разгибания - 45°
- = отведения - 70°
- }

::Вопрос № 78::

В нормальном (здоровом) голеностопном суставе не возможно движение {

- ~ тыльное сгибание - 20°
- ~ подошвенное сгибание - 45°
- ~ супинация - 30°
- ~ пронация - 20°
- = ротация -45°
- }

::Вопрос № 79::

При параличе мышц голени не развиваются {

- ~ паралитическая вальгусная стопа
- ~ паралитическая конская стопа
- ~ паралитическая косолапость
- = паралитическое удлинение конечности
- ~ паралитическая пяточная стопа
- }



::Вопрос № 80::

Рентгенографическое исследование дает возможность установить перечисленное, кроме {  
~ наличия костных переломов и степени их консолидации  
~ характера смещения отломков  
~ изменения структуры костной ткани  
= степени регенерации поврежденного хряща  
~ разрывов крупных сухожилий,  
наличия свободного газа и жидкости в полостях, мягкотканых опухолей  
}

::Вопрос № 81::

При прочтении рентгенограммы нельзя определить {  
~ форму оси конечности, строение кортикального и губчатого слоев  
~ форму и ширину, симметрию суставной щели  
= форму и характер прикрепления мышц и степень их развития  
~ состояние росткового слоя и ядер окостенения  
~ наличие кист, полостей, секвестров  
}

::Вопрос № 82::

Радиоизотопная диагностика, основанная на различном избирательном поглощении радиоактивных изотопов нормальной и опухолевой костной тканью, не показана {  
~ при подозрении на первичную злокачественную опухоль при наличии нормальной рентгенограммы  
~ при дифференциальной диагностике нормальной и злокачественной костной тканью  
~ при уточнении места расположения опухолевого процесса  
~ при сканировании трудных для рентгенографического выявления областей скелета - грудины, ребер, лопатки  
= при установлении степени срастания костной ткани  
}

::Вопрос № 83::

Обычное рентгенологическое исследование дает возможность выявить перечисленную патологию, кроме {  
~ перелома или трещины кости  
~ вывиха, подвывиха фрагментов сустава  
~ костной опухоли  
~ мягкотканной опухоли  
= повреждения хрящевой ткани  
}

::Вопрос № 84::

При чтении рентгенограммы необходимо обращать внимание на перечисленное, за исключением {  
~ плотности рентгенологического рисунка кости (остеопороз, остеосклероз)  
~ нарушения кортикального и последующего слоев кости  
~ состояния окружающих кость тканей  
~ изменения оси, формы костного органа  
= степени плотности (засветки) полей рентгенограммы вне исследуемого органа  
}

::Вопрос № 85::

Ориентиром при счете позвонков на рентгенограмме шейного отдела является {

- ~ основание черепа
- ~ остистый отросток 1-го шейного позвонка
- = зуб 2-го шейного позвонка
- ~ остистый отросток 2-го шейного позвонка
- ~ поперечные отростки шейных позвонков

}

::Вопрос № 86::

Отправными точками при счете ребер на рентгеновском снимке грудной клетки являются перечисленные ориентиры, исключая {

- ~ 1 -е ребро и ключицу
- ~ контуры сердца
- ~ нижний угол лопатки
- = реберную дугу
- ~ 12-й грудной позвонок

}

::Вопрос № 87::

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

- = передне-задняя
- ~ боковая (профильная)
- ~ аксиальная
- ~ с ротацией бедра
- ~ функциональная рентгенограмма

}

::Вопрос № 88::

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

- = передне-заднюю через открытый рот
- ~ боковую (профильную)
- ~ аксиальную
- ~ при максимальном наклоне головы
- ~ функциональная рентгенограмма

}

::Вопрос № 89::

Для выявления спондилолистеза так называемым функциональным методом применяются все перечисленные проекции рентгенограмм, исключая {

- ~ боковую проекцию в положении максимального сгибания
- ~ боковую проекцию в положении максимального разгибания
- = аксиальную проекцию в положении ротации туловища
- ~ передне-заднюю проекцию с максимальными наклонами в сторону (в бок)
- ~ спондилограмму в вертикальном положении больного

}

::Вопрос № 90::

Используя контрастную рентгенографию в отличие от классической, можно выявить {

- ~ подвывих фрагмента мелкого сустава

- ~ повреждения хрящевой прослойки сустава
- = секвестры в трубчатой кости
- ~ скрытую полость в диафизе кости ,
- ~ возрастные изменения в кости
- }

::Вопрос № 91::

При контрастной рентгенографии коленного сустава не представляется возможным определить {

- ~ разрыв наружного мениска
- ~ разрыв внутреннего мениска
- ~ наличие суставной "мышы"
- = разрыв крестообразных связок
- ~Наличие дефекта суставного хряща
- }

::Вопрос № 92::

Контрастная ангиография

помогает точной диагностике всей перечисленной патологии, исключая {

- ~ разрыв сосуда
- ~ обтурацию сосуда
- ~ сужение участка сосуда
- ~ опухоли сосуда
- = выявление рентгеноконтрастного тела в массиве мышц
- }

::Вопрос № 93::

Томография костей помогает выявить все перечисленное, кроме {

- ~ наличия перелома
- ~ отсутствия перелома
- ~ наличия костного сращения перелома
- ~ наличия ложного сустава и несросшегося перелома
- = разрывов мышц, связок и сухожилий
- }

::Вопрос № 94::

Контрастная рентгенография суставов не позволяет диагности-ровать {

- ~ повреждение связочного аппарата сустава
- ~ разрывы менисков
- ~ наличие свободных внутрисуставных тел ("суставных мышей")
- = наличие синовита и гемартроза
- ~ слипчатые процессы в суставе, облитерацию заворотов и бурс
- }

::Вопрос № 95::

Рентгеноконтрастное исследование свищей дает возможность выявить все перечисленное, кроме {

- ~ связи мягкотканых свищей с костным органом
- ~ характера и топографии свищевого хода в мягких тканях и кости
- ~ наличия абсцессов и полостей в тканях
- ~ наличия секвестров и инородных тел в мягких тканях и кости
- = причины и механизм образования свищевого хода

}

::Вопрос № 96::

Рентгеноконтрастное исследование сосудов позволяет диагностировать перечисленное, исключая {

- ~ повреждение сосуда
  - ~ тромбоз сосуда
  - ~ образование аневризмы или варикоза сосуда
  - = повреждение нервов, сопровождающих сосуд
  - ~ образование артерио-венозного соустья
- }

::Вопрос № 97::

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

- ~ термографический
  - ~ полярографический
  - = УЗИ (ультразвуковая доплерография)
  - ~ электромиографический
- }

::Вопрос № 98::

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

- ~ разрыва хрящевой губы суставной поверхности лопатки
  - ~ кальцификации дельтовидной мышцы
  - ~ частичного разрыва икроножной мышцы
  - = перелома плоских костей
  - ~ внутримышечной гематомы четырехглавой мышцы бедра
- }

::Вопрос № 99::

Преимущества УЗИ состоят в перечисленном, исключая {

- ~ простоту метода исследования
  - ~ возможность одновременного сравнения данных исследования симметричной стороны
  - = безопасность многочисленных исследований для больного
  - ~ безопасность многочисленных исследований для врача
  - ~ дешевизну исследования
- }

::Вопрос № 100::

Применение УЗИ не показано {

- ~ у больных с высокой температурой
  - = в области сегмента, закрытого гипсовой повязкой
  - ~ в области обширного кровоизлияния в мягкие ткани
  - ~ у больных старческого возраста
  - ~ беременным
- }

::Вопрос № 101::

Торакоцентез следует осуществлять {

- ~ при простом переломе ребер

- = при сложном переломе ребер
- ~ при осложненном переломе ребер
- ~ при переломе тела грудины
- ~ при переломе рукоятки грудины
- }

::Вопрос № 102::

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

- ~ коллапс, ателектаз легкого
- = выпот в плевральную полость
- ~ гемоторакс
- ~ пневмоторакс
- ~ смещение средостения
- }

::Вопрос № 103::

Для выявления повреждения используются приведенные ниже диагностические приемы, кроме {

- ~ сбора анамнеза
- ~ осмотра
- = взвешивания массы тела
- ~ определения механизма травмы
- ~ рентгенологического исследования
- }

::Вопрос № 104::

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

- ~ через 1 месяц
- ~ через 2 месяца
- ~ через 3 месяца
- = через 4 месяца
- ~ через 5 месяцев
- }

::Вопрос № 105::

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

- ~ 0.1%
- = 0.25%
- ~ 0.5%
- ~ 1.0%
- ~ 2.0%
- }

::Вопрос № 106::

Основной целью проведения первичной хирургической обработки ран является {

- ~ стерилизация ран скальпелем
- ~ удаление инородных тел и сгустков крови
- = иссечение всех нежизнеспособных тканей с целью минимизации условий
- ~ возможность сделать края кожи и подлежащих тканей ровными

~ удаление сгустков крови и перевязка тромбированных сосудистых стволов с целью профилактики вторичного кровотечения  
}

::Вопрос № 107::

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

- ~ образования пролежней
  - = гибели всей сапрофитной кожной микрофлоры с дальнейшим замещением ее грибов
  - ~ сдавления (ишемии) питающих сосудов
  - ~ сдавления нервных стволов с дальнейшим образованием невритов
  - ~ фолькмановской контрактуры на верхней конечности
- }

::Вопрос № 108::

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

- ~ 2 недели
  - ~ 4 недели
  - = 5-6 недель
  - ~ 7-8 недель
  - ~ 8-10 недель
- }

::Вопрос № 109::

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

- ~ в 2 м<sup>2</sup>
  - ~ в 3 м<sup>2</sup>
  - ~ в 3 м<sup>2</sup>
  - ~ в 6 м<sup>2</sup>
  - = в 7 м<sup>2</sup>
- }

::Вопрос № 110::

Клинический диагноз травматологическому больному стационара должен быть поставлен после госпитализации {

- ~ а 1 -е сутки
  - ~ на 2-е сутки
  - = на 3-й сутки
  - ~ на 4-е сутки
  - ~ перед выпиской больного
- }

::Вопрос № 111::

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

- ~ 4-5
- ~ 6-7
- ~ 8-9
- ~ 10-12
- = 16-18

}

::Вопрос № 112::

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

- ~ местную анестезию
  - ~ проводниковую анестезию
  - ~ новокаиновую блокаду плечевого сплетения
  - = внутрикостную новокаиновую блокаду со жгутом
  - ~ общую анестезию
- }

::Вопрос № 113::

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

- = создание костного синостоза с соседними неповрежденными плюсневыми костями
  - ~ скелетное вытяжение за кольца
  - ~ остеосинтез штифтом или спицами
  - ~ внеочаговый остеосинтез аппаратом
  - ~ интрамедуллярный остеосинтез с блокированием
- }

::Вопрос № 114::

Признак, не характерный для злокачественной опухоли: {

- ~ прорастание в окружающие ткани
  - = чёткие границы опухоли, метастазы не даёт
  - ~ развитие кахексии
  - ~микроскопически — «атипичные» клетки
  - ~интоксикация
- }

::Вопрос № 115::

При запущенных злокачественных опухолях показана операция {

- ~ радикальная
  - = паллиативная
  - ~ электрокоагуляция
  - ~ экстренная
  - ~ непоказана
- }

::Вопрос № 116::

Доброкачественные опухоли {

- ~ метастазирует в регионарные узлы
  - ~ метастазирует в отдаленные органы
  - ~ метастазирует в регионарные лимфоузлы и отдалённые органы
  - = не метастазирует
  - ~ метастазируют в головной мозг
- }

::Вопрос № 117::

Злокачественная опухоль {

- ~ ограничена капсулой
- ~ не прорастает в соседние ткани
- = прорастает в соседние ткани
- ~ раздвигает ткани
- ~ четкие границы опухоли

::Вопрос № 118::

Основной метод лечения злокачественных опухолей костей {

- ~ химиотерапия
- = оперативное лечение
- ~ гормонотерапия
- ~ физиотерапия
- ~ лучевая терапия

::Вопрос № 119::

Лечение остеогенной саркомы {

- ~ только химиотерапия
- ~ только лучевая терапия
- = химиотерапия с последующим хирургическим лечением
- ~ только хирургическое лечение
- ~паллиативное лечение

::Вопрос № 120::

Остеогенная саркома наиболее чаще всего метастазирует в {

- ~ печень
- ~ другие кости
- = лёгкие
- ~ головной мозг
- ~ регионарные лимфоузлы

::Вопрос № 121::

Наиболее часто метастазирует в кости опухоль {

- = щитовидной железы
- ~ мочевого пузыря
- ~кожи
- ~нервной ткани
- ~печени

::Вопрос № 122::

Злокачественная опухоль {

- ~не влияет на общее состояние
- ~растёт медленно, имеет капсулу, не прорастая окружающие ткани
- =растёт быстро, прорастая окружающие ткани
- ~не метастазирует
- ~не даёт интоксикации



::Вопрос № 123::

Доброкачественная опухоль {  
=растёт медленно, не прорастая в окружающие ткани  
~не имеет капсулы  
~метастазирует  
~вызывает кахексию  
~вызывает интоксикацию  
}

::Вопрос № 124::

При доброкачественной опухоли {  
~развивается кахексия  
~развивается анемия  
~развивается интоксикация  
=состояние не изменяется  
~состояние прогрессивно ухудшается  
}

::Вопрос № 125::

«Атипичные» клетки характерны для {  
~остеомы  
~фиброзной дисплазии  
=саркомы  
~ангиомы  
~костной кисты  
}

::Вопрос № 126::

Для выявления метастатического поражения костей скелета применяют {  
=сцинтиграфию  
~рентгенографию  
~магнитно-резонансную томографию  
~термографию  
~ультразвуковое исследование  
}

::Вопрос № 127::

Злокачественная опухоль из соединительной ткани {  
~фиброма  
~липосаркома  
=саркома  
~аденокарцинома  
~адамантинома  
}

::Вопрос № 128::

Доброкачественная опухоль из соединительной ткани {  
=фиброма  
~остеохондрома  
~остеома  
~саркома  
~адамантинома

}

::Вопрос № 129::

Доброкачественная опухоль из мышечной ткани {

~аденома

=миома

~нейросаркома

~миосаркома

~рабдомиосаркома

}

::Вопрос № 130::

Злокачественная опухоль из железистой ткани {

~саркома

=аденокарцинома

~гемангиома

~нейросаркома

~глиома

}

::Вопрос № 131::

Злокачественная опухоль из нервной ткани {

~аденома

~шванома

=нейросаркома

~миосаркома

~нейрофиброма

}

::Вопрос № 132::

Достоверная диагностика в онкологии обеспечивается исследованием {

~ультразвуковым

~радиоизотопным

=гистологическим

~рентгенологическим

~лабораторным

}

::Вопрос № 133::

Метод, не применяемый для лечения гемангиом {

=химиотерапия

~криогенная терапия

~хирургическое лечение

~склерозирующая терапия

~лучевая терапия

}

::Вопрос № 134::

В каком возрасте встречается саркома Юинга {

=0-25 лет

~25-30

~30-50

~Старше 50  
~В любом возрасте  
}

::Вопрос № 135::

Остеогенная саркома чаще всего встречается в возрасте {

~0-10 лет

=10-30 лет

~30-50 лет

~Старше 50

~В любом возрасте

}

::Вопрос № 136::

Среди метастатических поражений костей чаще всего встречаются {

~Метастазы рака почки

=Метастазы рака молочной железы

~Метастазы рака лёгких

~Метастазы рака предстательной железы

~Метастазы рака желудка

}

::Вопрос № 137::

Метод выбора при метастатическом поражении проксимального отдела бедренной кости, сопровождающемся паталогическим переломом шейки бедра {

~Интрамедуллярный остеосинтез конструкцией PFN

~Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава

~Биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава

=Биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава с использованием ножки цементной фиксации

~Не выполнять оперативное лечение продолжить лекарственную терапию в онкологическом стационаре

}

::Вопрос № 138::

Пациентка N 54 года РМЖ в анамнезе, диагностирован паталогический перелом на границе верхней и средней трети бедренной кости, пациентке показано {

~Лекарственная терапия в онкологическом стационаре

=Оперативное лечение в виде интрамедуллярного остеосинтеза

~Ампутация конечности

~Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава

~Гипсовая иммобилизация

}

::Вопрос № 139::

У пациента диагностирована остеоид–остеома средней трети большеберцовой кости, пациенту показано {

~Ампутация конечности

~Динамическое наблюдение

~Лучевая терапия с последующим удалением опухоли

~Химиотерапия с последующим удалением опухоли

=Удаление опухоли

}

::Вопрос № 140::

Наиболее часто злокачественные опухоли метастазируют {

~В длинные трубчатые кости

~В плоские кости

=Позвоночник

~Мелкие кости кисти, стопы

~Кости черепа

}

::Вопрос № 141::

Какие из перечисленных опухолей не имеют злокачественного аналога {

~Хондрома

=Остеома

~Фиброма

~ Гемангиома

~ Хондробластома

}

::Вопрос № 142::

Какие из перечисленных опухолей не имеют доброкачественного аналога: {

~Хондросаркома

=Остеосаркома

~Фибросаркома

~Липосаркома

~Ангиосаркома

}

::Вопрос № 143::

Это заболевание является опухолью {

~Гематома

~Атерома

~Гигрома

=Синовиома

~Серома

}

::Вопрос № 144::

Ночные боли характерны для: {

~Остеома

~Энхондрома

~Фиброма

=Остеоид–остеома

~Фиброзная дисплазия

}

::Вопрос № 145::

Прогноз в лечении злокачественных опухолей костей хуже при локализации опухоли в {

=Таз

~Длинные кости

~Короткие кости

- ~Трубчатые кости
- ~Плоские кости
- }

::Вопрос № 146::

Эта опухоль костной системы названа по имени врача, который её впервые описал: {

- ~Реклингаузен
- ~Пертес
- ~Осгудт–Шляттер
- =Юинг
- ~Келлер
- }

::Вопрос № 147::

5-летняя выживаемость у пациентов с остеогенной саркомой I-II клинической стадии при правильном и своевременном её лечении составляет: {

- ~Менее 5%
- ~5–15%
- ~15–50%
- =50–75%
- ~Более 75%
- }

::Вопрос № 148::

Пациентка N 54 года рак молочной железы в анамнезе, диагностирован единственный остеолитический метастаз шейки бедренной кости с угрозой патологического перелома.

Пациентке показано: {

- ~Лекарственная противоопухолевая терапия
- ~Профилактическая фиксация в виде интрамедуллярного остеосинтеза
- =Резекция проксимального отдела бедренной кости в пределах здоровой кости и эндопротезирование тазобедренного сустава
- ~Экзартикуляция
- ~Иммобилизация сустава в ортезе
- }

::Вопрос № 149::

Стандарт лечения агрессивно протекающей гигантоклеточной остеосаркомы {

- ~Только лучевая терапия
- ~Только химио- и лучевая терапия
- ~Лучевая терапия и хирургическое лечение
- ~Химиотерапия с последующим хирургическим лечением
- =Только хирургическое лечение
- }

::Вопрос № 150::

Что является абсолютным противопоказанием к выполнению органосохраняющего оперативного лечения по поводу опухоли кости: {

- ~Злокачественная опухоль
- =Вовлечение в опухолевый процесс магистральных сосудов и нервов
- ~Доброкачественная опухоль
- ~Ребёнок с неоконченным ростом
- ~Раковая интоксикация

}

::Вопрос № 151::

На МРТ объемное образование позвоночного столба. Ваши действия: {

- ~ направить на оперативное лечение
  - ~ консультация онколога
  - ~ направить на ПХТ
  - ~ направить на ДЛТ
  - = направить на трепанбиопсию
- }

::Вопрос № 152::

У пациента компрессионный неосложненный перелом тела L2 позвонка. В анамнезе остеопороз и рак прямой кишки. Ваши действия в первую очередь: {

- ~ направить на оперативное лечение
  - ~ направить на консультацию онколога
  - ~ направить на МРТ
  - ~ направить на КТ
  - = направить на трепанбиопсию
- }

::Вопрос № 153::

Для лечения гемангиомы тела позвонка нецелесообразно использовать: {

- ~ФТЛ, ЛФК
  - ~Ноотропную, сосудистую терапию
  - ~Химиотерапию
  - ~Гормонотерапию
  - =Все ответы правильные
- }

::Вопрос № 154::

Чаще всего жировая эмболия развивается {

- ~ в первые сутки после травмы;
  - = на третьи сутки после травмы;
  - ~ на четвёртые сутки после травмы;
  - ~ на 2-й неделе после травмы;
  - ~ в отдалённом периоде травматической болезни
- }

::Вопрос № 155::

Жировая эмболия чаще всего развивается {

- ~ при закрытых переломах длинных трубчатых костей;
  - ~ при открытых переломах длинных трубчатых костей;
  - ~ при сочетании открытых и закрытых переломов;
  - ~ при сочетанных повреждениях, сопровождающихся развитием травматического шока;
  - = при сочетанных повреждениях с наличием перелома диафиза бедра, сопровождающихся развитием травматического шока.
- }

::Вопрос № 156::

Ранняя диагностика жировой эмболии возможна на основании {

- ~ клинической картины;
  - ~ на основании лабораторных данных;
  - = появления выраженной тахикардии и гипоксии, в сочетании с другими малоспецифичными признаками;
  - ~ на основании характерной рентгенологической картины лёгких;
  - ~ на основании специфических изменений на ЭКГ.
- }

::Вопрос № 157::

Лечение жировой эмболии {

- = ранний стабильный остеосинтез перелома бедра в первые трое суток в сочетании с патогенетической терапией;
  - ~ применение ингибиторов протеаз (трасилол, гордокс, контрикал);
  - ~ использование антикоагулянтной терапии;
  - ~ использование симптоматических средств, направленных на поддержание сердечной деятельности, восстановления кислотно-щелочного равновесия, ликвидации нарушений в свёртывающей системе крови;
  - ~ интенсивная инфузионная терапия в сочетании с ИВЛ, патогенетической терапией.
- }

::Вопрос № 158::

Профилактикой жировой эмболии является {

- = хорошая иммобилизация перелома;
  - ~ массивная инфузионная терапия;
  - ~ антикоагулянтная терапия;
  - ~ использование искусственной вентиляции лёгких;
  - ~ применение вагосимпатических блокад в сочетании с инфузионной терапией.
- }

::Вопрос № 159::

Главным источником тромбоэмболии лёгочной артерии является {

- ~ тромбоз артерий нижних конечностей;
  - ~ тромбоз вен верхних конечностей;
  - ~ тромбоз нижней полой вены;
  - = тромбоз вен таза и нижних конечностей;
  - ~ тромбоз артерий верхних конечностей
- }

::Вопрос № 160::

Ранными клиническими проявлениями тромбоэмболии лёгочной артерии являются {

- = острая внезапная колющая боль в какой-либо половине грудной клетки, сопровождающаяся одышкой, цианоз верхней половины туловища;
  - ~ кровохарканье, кровотечение из верхних дыхательных путей;
  - ~ крепитирующие хрипы при аускультации лёгких;
  - ~ периферические отёки;
  - ~ выраженный подъём артериального давления .
- }

::Вопрос № 161::

Кровохарканье при тромбоэмболии лёгочной артерии возникает чаще всего {

- = на 3-7 сутки ;
- ~ в течение 1-2 суток ;

- ~ на десятые сутки;
  - ~ на второй неделе от начала заболевания;
  - ~ не возникает никогда .
- }

::Вопрос № 162::

- Тромбоэмболия лёгочной артерии чаще всего развивается {
- = в первые 2 недели после травмы или операции ;
  - ~ на 2-3 неделе после травмы или операции ;
  - ~ на 3-4 неделе после травмы или операции ;
  - ~ в момент активизации пациента после операции;
  - ~ в период реабилитации на амбулаторном этапе .
- }

::Вопрос № 163::

- Профилактика тромбоэмболии лёгочной артерии осуществляется {
- = применение антикоагулянтов прямого действия и госпитального компрессирующего трикотажа;
  - ~ применение антикоагулянтов непрямого действия;
  - ~ использование антиагрегантов (тромбоасс, аспирин);
  - ~ включение в терапию препарата детралекс;
  - ~ использование пентоксифиллина, витаминпрепаратов.
- }

::Вопрос № 164::

- Применение антикоагулянтов прямого действия с осуществляется . {
- = до полной активизации у пострадавших с травмами нижних конечностей ;
  - ~ только до операции у пострадавших с травмами верхних конечностей;
  - ~ в предоперационном и послеоперационном периоде у пострадавших с травмами нижних конечностей;
  - ~ в предоперационном периоде у пострадавших с травмами нижних конечностей ;
  - ~ в предоперационном и послеоперационном периоде у пострадавших с черепно-мозговыми травмами.
- }

::Вопрос № 165::

- Наиболее эффективна в диагностике тромбоза глубоких вен таза и нижних конечностей {
- = ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей;
  - ~ ультразвуковая диагностика ;
  - ~ компьютерная томография;
  - ~ рентгенография ;
  - ~ ядерно-магнитно-резонансная томография.
- }

::Вопрос № 166::

- Наиболее эффективна в диагностике тромбоэмболии лёгочной артерии {
- = ангиопульмонография;
  - ~ ультразвуковая диагностика ;
  - ~ компьютерная томография лёгких;
  - ~ рентгенография лёгких;
  - ~ ядерно-магнитно-резонансная томография лёгких.



}

::Вопрос № 167::

.Течение посттравматического и послеоперационного остеомиелитов {

= хроническое с периодическими обострениями, местные проявления сопровождаются общей реакцией организма;

~ острое с полным выздоровлением;

~ не сопровождается общей реакцией организма (подъёмом температуры, интоксикацией, изменениями в клиническом анализе крови);

~ характеризуется в основном местными проявлениями, которые преобладают над общими симптомами заболевания ;

~ никогда не сопровождается летальностью.

}

::Вопрос № 168::

Шейное нервное сплетение формируется чаще всего {

~ из C2-C3

~ из C3-C4

~ из C2-C4

~ из C4-C5

= из C1-C4

}

::Вопрос № 169::

Спинальный мозг заканчивается на уровне {

= 1 поясничного позвонка

~ 2 поясничного позвонка

~ 3 поясничного позвонка

~ 4 поясничного позвонка

~ 5 поясничного позвонка

}

::Вопрос № 170::

Крестцовое нервное сплетение формирует спинно-мозговые нервы {

~ L1-L5

~ C1-C5

~ L3-C5

~ L4-C3

= L4-C5

}

::Вопрос № 171::

Позвонки соединены наиболее подвижно {

= в шейном отделе

~ в поясничном отделе

~ в грудном отделе

~ на границе шейного и грудного отделов

~ на границе грудного и поясничного отделов

}

::Вопрос № 172::

К параличу диафрагмы приводит компрессия спинного мозга на уровне {  
~ С1-С2 позвонка  
= С3-С4 позвонка  
~ С6-С8 позвонка  
~ Т1-Т2 позвонка  
~ Т7-Т8 позвонка  
}

::Вопрос № 173::

Рентгенодиагностика переломов позвоночника основывается на всех перечисленных признаках, кроме {  
~ снижения высоты тела позвоночника  
~ изменения оси позвоночника, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз)  
~ нарушения кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела  
= степени смещения межпозвоночного диска  
~ наличия гематомы в мягких тканях и тела позвонка  
}

::Вопрос № 174::

Для выявления спондилолистеза так называемым функциональным методом применяются все перечисленные проекции спондилограмм, исключая {  
~ боковую проекцию в положении максимального сгибания  
~ боковую проекцию в положении максимального разгибания  
= аксиальную проекцию в положении ротации туловища  
~ передне-заднюю проекцию с максимальными наклонами в сторону (в бок)  
~ спондилограмму в вертикальном положении больного  
}

::Вопрос № 175::

Компрессия корешка С3 клинически проявляется: {  
~ болью в области надплечья, ключицы  
= болью в соответствующей половине шеи  
~ болью в области шеи, надплечья, латеральной поверхности плеча  
~ боль в шее, лопатке, надплечье, иррадиирующая по радиальному краю руки к большому пальцу  
~ боль в области грудины.  
}

::Вопрос № 176::

Компрессия корешка С5 клинически проявляется: {  
~ болью в области надплечья, ключицы  
~ болью в соответствующей половине шеи  
= болью в области шеи, надплечья, латеральной поверхности плеча  
~ боль в шее, лопатке, надплечье, иррадиирующая по радиальному краю руки к большому пальцу  
~ боль в области грудины.  
}

::Вопрос № 177::

Компрессия корешка С6 клинически проявляется: {  
~ болью в области надплечья, ключицы  
~ болью в соответствующей половине шеи

~ болью в области шеи, надплечья, латеральной поверхности плеча  
= боль в шее, лопатке, надплечье, иррадирующая по радиальному краю руки к большому пальцу  
~ боль в области грудины.  
}

::Вопрос № 178::

Компрессия корешка С7 клинически проявляется: {  
~ болью в области надплечья, ключицы  
= болью в шее и лопатке, распространяющаяся по наружной поверхности предплечья ко II и III пальцам кисти  
~ болью в области шеи, надплечья, латеральной поверхности плеча  
~ боль в шее, лопатке, надплечье, иррадирующая по радиальному краю руки к большому пальцу  
~ боль в области грудины.  
}

::Вопрос № 179::

Компрессия корешка С8 клинически проявляется: {  
~ болью в области надплечья, ключицы  
= болью от шеи распространяется по внутреннему краю предплечья к V пальцу кисти  
~ болью в области шеи, надплечья, латеральной поверхности плеча  
~ боль в шее, лопатке, надплечье, иррадирующая по радиальному краю руки к большому пальцу  
~ боль в области грудины.  
}

::Вопрос № 180::

Компрессия корешка LI (диск LI-LII) проявляется: {  
= болями и выпадением чувствительности по внутренним и передним поверхностям бедра, снижением коленных рефлексов  
~ болями по передневнутренней поверхности бедра, снижением силы и последующей атрофией четырехглавой мышцы бедра, выпадением коленного рефлекса  
~ болями в пояснице с иррадиацией по наружной поверхности бедра, передненааружной поверхности голени, внутренней поверхности стопы и большого пальца  
~ болями в ягодице с иррадиацией по наружному краю бедра, голени и стопы  
~ болями по передней поверхности голени до стопы.  
}

::Вопрос № 181::

Компрессия корешка LIV (диск LI-LIV) проявляется: {  
~ болями и выпадением чувствительности по внутренним и передним поверхностям бедра, снижением коленных рефлексов  
= болями по передневнутренней поверхности бедра, снижением силы и последующей атрофией четырехглавой мышцы бедра, выпадением коленного рефлекса  
~ болями в пояснице с иррадиацией по наружной поверхности бедра, передненааружной поверхности голени, внутренней поверхности стопы и большого пальца  
~ болями в ягодице с иррадиацией по наружному краю бедра, голени и стопы  
~ болями по передней поверхности голени до стопы.  
}

::Вопрос № 182::

Компрессия корешка LV (диск LIV-LV) проявляется: {  
~ болями и выпадением чувствительности по внутренним и передним поверхностям бедра, снижением коленных рефлексов  
~ болями по передневнутренней поверхности бедра, снижением силы и последующей атрофией четырехглавой мышцы бедра, выпадением коленного рефлекса  
= болями в пояснице с иррадиацией по наружной поверхности бедра, передненааружной поверхности голени, внутренней поверхности стопы и большого пальца  
~ болями в ягодице с иррадиацией по наружному краю бедра, голени и стопы  
~ болями по передней поверхности голени до стопы.  
}

::Вопрос № 183::

Компрессия корешка SI (диск LV-SI) проявляется: {  
~ болями и выпадением чувствительности по внутренним и передним поверхностям бедра, снижением коленных рефлексов  
~ болями по передневнутренней поверхности бедра, снижением силы и последующей атрофией четырехглавой мышцы бедра, выпадением коленного рефлекса  
~ болями в пояснице с иррадиацией по наружной поверхности бедра, передненааружной поверхности голени, внутренней поверхности стопы и большого пальца  
= болями в ягодице с иррадиацией по наружному краю бедра, голени и стопы  
~ болями по передней поверхности голени до стопы.  
}

::Вопрос № 184::

Люмбаго – это: {  
~ острая боль в межлопаточной области  
= острая боль в пояснице  
~ острая головная боль  
~ острая боль в нижних конечностях  
~ острая боль в конечностях  
}

::Вопрос № 185::

Кокцигодия – это: {  
~ боль по ходу остистых отростков позвоночника  
~ боль в конечностях  
= боль в области крестца  
~ боль в появнице  
~ острая головная боль  
}

::Вопрос № 186::

КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ И СРЕДСТВ ЛЕЧЕНИЯ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ДИСКОГЕННОЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА {  
= мануальная терапия;  
~ анальгетики;  
~ нестероидные противовоспалительные препараты;  
~ иглорефлексотерапия;  
~ ЛФК  
}

::Вопрос № 187::

КАКИЕ ИСХОДНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ СПОСОБСТВУЮТ РАЗГРУЗКЕ ПОЗВОНОЧНИКА {

- ~ лежа на боку
  - = на четвереньках
  - ~ стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе
  - ~ сидя на стуле
  - ~ стоя на коленях
- }

::Вопрос № 188::

В НОРМЕ ЦЕНТР ТЯЖЕСТИ ЧЕЛОВЕКА РАСПОЛАГАЕТСЯ: {

- ~ в области головы
  - ~ в области груди
  - ~ в области живота
  - = в области таза
  - ~ в области стоп
- }

::Вопрос № 189::

Спинной мозг на своем протяжении имеет: {

- ~ Одно утолщение
  - = Два утолщения
  - ~ Три утолщения
  - ~ Четыре утолщения
  - ~ Не имеет утолщений
- }

::Вопрос № 190::

Указать, на уровне какого позвонка заканчивается спинной мозг: {

- ~ На уровне S-1
  - ~ На уровне копчика
  - ~ В крестцовом канале
  - = На уровне L 1-2
  - ~ На уровне L 4-5
- }

::Вопрос № 191::

С каким корешком чаще идет артерия Адамкевича? {

- = ТН9 - ТН12.
  - ~ ТН6, ТН 7.
  - ~ L3 - L5.
  - ~ L5, S1.
  - ~ С2-3
- }

::Вопрос № 192::

Основными этапами операции ламинэктомии являются все перечисленные, кроме {

- ~ скелетирования остистых отростков позвонков с обеих сторон
- = скелетирования остистых отростков позвонков с одной стороны
- ~ резекции остистых отростков позвонков

~ резекции обеих дужек  
~ резекция тела  
}

::Вопрос № 193::

Начальным этапом гемиламинэктомии является {  
~ скелетирование остистых отростков с обеих сторон  
= скелетирование остистых отростков с одной стороны  
~ резекция остистых отростков  
~ резекция обеих дужек  
~ резекция тела  
}

::Вопрос № 194::

Наибольшее соответствие сегментов спинного мозга позвонкам отмечается на уровне {  
~ шейном  
= верхнегрудном  
~ нижнегрудном  
~ поясничном  
~ сакральном  
}

::Вопрос № 195::

При локализации очага поражения спинного мозга на уровне D6 - D7 сегментов отмечается {  
~ выпадение верхних брюшных рефлексов  
~ выпадение средних брюшных рефлексов  
~ выпадение нижних брюшных рефлексов  
= угнетение средних брюшных рефлексов  
~ Угнетение нижних брюшных рефлексов  
}

::Вопрос № 196::

Синдром двигательных нарушений при поражении конского хвоста состоит {  
= из спастического нижнего парапареза  
~ из вялого асимметричного пареза ног  
~ из вялого симметричного пареза ног  
~ из вялого дистального пареза ног  
~ из вялого проксимального пареза ног  
}

::Вопрос № 197::

Синдром рефлекторных нарушений при поражении конуса S3 - S5 характеризуется {  
~ двусторонним симптомом Бабинского  
= выпадением коленных рефлексов  
~ выпадением ахилловых рефлексов  
~ выпадением кремастерных рефлексов  
~ выпадением анального рефлекса  
}

::Вопрос № 198::

Синдром нарушения тазовых функций при поражении конуса спинного мозга (S3 - S5) включает {  
~ парадоксальную ишурию  
~ истинную задержку мочеиспускания  
= истинное недержание мочи  
~ отсутствие эрекции  
~ нарушение эякуляции  
}

::Вопрос № 199::

Синдром рефлекторных нарушений при поражении эпиконуса (L4-S2) включает {  
~ двусторонний симптом Бабинского  
~ выпадение коленных рефлексов  
= выпадение ахилловых рефлексов  
~ оживление ахилловых рефлексов  
~ выпадение нижних брюшных рефлексов  
}

::Вопрос № 200::

Синдром двигательных нарушений при поражении спинного мозга на уровне эпиконуса может включать {  
~ паралич проксимальных отделов ног  
~ парез проксимальных отделов ног  
= паралич дистальных отделов ног  
~ парез дистальных отделов ног  
~ вялую нижнюю параплегию  
}

::Вопрос № 201::

Поражение на уровне S3 - сегмента характеризуется {  
~ диссоциированной гипестезией в промежности  
~ выпадением ахилловых рефлексов  
= синдромом "крестцовой елочки" Эмдина  
~ патологическими стопными знаками  
~ истинным недержанием мочи  
}

::Вопрос № 202::

Определяющими симптомами в диагностике верхней границы поражения спинного мозга являются {  
~ изменение рефлексов  
= уровень корешковых болей  
~ уровень проводниковых нарушений  
~ симптом Бабинского-Ярковского  
~ симптом остистого отростка  
}

::Вопрос № 203::

Трофические нарушения наиболее выражены при поражении спинного мозга на уровне {  
~ кранио-verteбрального перехода  
~ верхнешейном C1-C4  
~ шейного утолщения C5 -D2

= грудном Д3 - Д12  
~ пояснично-крестцовом L1-S5  
}

::Вопрос № 204::

Часто протекают бессимптомно {  
= передние грыжи межпозвонкового диска  
~ задние и задне-боковые грыжи  
~ центральные проляпсы (грыжи Шморля)  
~ боковые грыжи  
~ задне-боковые грыжи  
}

::Вопрос № 205::

При передней грыже межпозвонкового диска поясничного отдела позвоночника имеют место {  
~ парестезии в нижних конечностях  
~ парезы нижних конечностей  
~ повышение коленных рефлексов  
~ снижение тонуса мышц ног  
= бессимптомное течение  
}

::Вопрос № 206::

Использовать микроскоп при удалении грыж межпозвонкового диска целесообразно с фокусным расстоянием {  
~ 200 мм  
~ 250 мм  
~ 300 мм  
= 350 мм  
~ 400 мм  
}

::Вопрос № 207::

Наиболее достоверный рентгенологический метод диагностики остеомиелита: {  
~ обзорная рентгенография  
~ электрорентгенография  
~ ангиография  
= КТ, МРТ  
~ остеофлебография  
}

::Вопрос № 208::

Наиболее частая по статистике локализация гнойного очага при гематогенном остеомиелите {  
~ большеберцовая кость  
~ малоберцовая кость  
~ плечевая кость  
= бедренная кость  
~ таз  
}



::Вопрос № 209::

Какая зона гнойного поражения в длинных трубчатых костях чаще встречается при гематогенном остеомиелите {

- ~ отдельные участки диафиза
  - ~ на протяжении всего костно-мозгового канала (тотальный)
  - = метафиз
  - ~ кортикальный слой кости
  - ~ суставные концы
- }

::Вопрос № 210::

Ведущий возбудитель воспаления в остеомиелитическом очаге {

- ~ гемолитический стрептококк
  - ~ кишечная палочка
  - ~ синегнойная палочка клебсиелла
  - ~ протей
  - = золотистый стафилококк
- }

::Вопрос № 211::

Как следствие, в основе остеонекроза при остром гематогенном остеомиелите лежит {

- ~ эмболия
  - ~ тромб
  - ~ васкулит
  - ~ спазм
  - = внесосудистая окклюзия сосудов воспалительным инфильтратом извне
- }

::Вопрос № 212::

Какой фактор чаще провоцирует возникновение острого гематогенного остеомиелита {

- ~ экзогенные инфекции (подкожные гнояники, фурункулы)
  - ~ эндогенные инфекции (ангина, отит, бронхит)
  - ~ инфекционные заболевания (корь, скарлатина, ветряная оспа и др.)
  - ~ переохлаждение
  - = травма
- }

::Вопрос № 213::

Абсолютный вариант артрита при любой форме хронического остеомиелита {

- ~ ревматоидный артрит.
  - ~ синовит
  - ~ аллергический артрит
  - = остеоартрит
  - ~ травматический артрит
- }

::Вопрос № 214::

При каких формах хронического остеомиелита наибольшая массивность секвестрации {

- ~ посттравматический
- ~ огнестрельный

= гематогенный  
~ послеоперационный  
~ атипичные формы остеомиелита (абсцесс Броди, остеомиелит Гарре и др.)  
}

::Вопрос № 215::

Какое самое малоэффективное дренирование гнойных ран {

~ дренажная трубка через основную рану

~ дренирование через контрапертуру

~ проточно-промывное дренирование

~ активный дренаж-отсос

= турунды или тампоны с гипертоническим раствором натрия хлорида, фирациллином, хлоргексидином и др.

}

::Вопрос № 216::

К гнойному локтевому бурситу может привести все, кроме {

~ ушиб и обширная подкожная гематома

~ ушибленная рана с нагноением

~ открытый перелом локтевого отростка

= термический ожог области локтевого сустава II степени

~ фурункул

}

::Вопрос № 217::

При диагностике гнойных затеков наиболее показательны {

~ боли

~ увеличение в размерах окружности сегмента конечности

~ нарушение двигательной функции

~ вынужденное положение конечности

= УЗИ

}

::Вопрос № 218::

ДИСТАЛЬНАЯ ЧАСТЬ СУХОЖИЛИЯ ДЛИННОГО СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА ПРИКРЕПЛЯЕТСЯ: {

= к основанию ногтевой фаланги;

~ к основанию средней фаланги;

~ к подголовчатой части средней фаланги;

~ к основанию основной фаланги;

~ к головке пястной кости.

}

::Вопрос № 219::

ДИСТАЛЬНАЯ ЧАСТЬ СУХОЖИЛИЯ КОРОТКОГО СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА ПРИКРЕПЛЯЕТСЯ: {

~ к основанию ногтевой фаланги;

~ к основанию средней фаланги;

~ к подголовчатой части средней фаланги;

= к основанию основной фаланги;

~ к головке пястной кости.

}

::Вопрос № 220::

ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПАХ НА КИСТИ ПЕРЕСЕКАТЬ КОЖНЫЕ СКЛАДКИ: {

~ можно;

= нельзя;

~ можно, при необходимости расширения доступа;

~ можно, только при инфекционных заболеваниях кисти;

~ можно, только на ладонной поверхности пальцев кисти.

}

::Вопрос № 221::

ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА: {

~ травма кисти;

= точная причина не установлена;

~ сахарный диабет;

~ алкоголизм и курение;

~ профессиональная вредность.

}

::Вопрос № 222::

КОНТРАКТУРА ДЮПЮИТРЕНА С РАЗГИБАНИЕМ ПАЛЬЦЕВ МЕНЕЕ 900 {

~ I степень;

~ II степень;

= III степень;

~ IV степень;

~ V степень.

}

::Вопрос № 223::

К ВРОЖДЕННОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ КИСТИ ОТНОСИТСЯ: {

~ артрогриппоз;

= синдактилия;

~ контрактура Дюпюитрена;

~ несовершенный остеогенез;

~ амниотические перетяжки.

}

::Вопрос № 224::

ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ 1-й ПЯСТНОЙ КОСТИ (БЕНЕТА) ЯВЛЯЕТСЯ: {

~ контуры "анатомической табакерки" сглажены

~ I палец приведён и несколько согнут

= резкая боль в I пястно-фаланговом суставе при пальпации и осевой нагрузке на I палец

~ супинация и пронация кисти невозможны;

~ выпадение чувствительности на тыле внутренней поверхности кисти.

}

::Вопрос № 225::

ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЯСТНОЙ КОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ: {

~ винтом АО;

- = спицами Киршнера;
  - ~ стержнем Богданова;
  - ~ пластиной Каплана;
  - ~ аппаратом Гудушаури.
- }

::Вопрос № 226::

ПЕРВИЧНЫМ СУХОЖИЛЬНЫМ ШВОМ НАЗЫВАЕТСЯ: {

- ~ шов, наложенный на сухожилие в течение первого часа после травмы;
  - ~ шов, наложенный после заживления кожной раны пальца;
  - = шов, наложенный в течение первых 24 часов после травмы;
  - ~ шов, наложенный в течение первых 7 дней после травмы;
  - ~ шов, наложенный через 4-6 недель после травмы.
- }

::Вопрос № 227::

ЗАПОДОЗРИТЬ ПЕРЕЛОМ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ МОЖНО НА ОСНОВАНИИ: {

- ~ локальной боли;
  - ~ разлитой болезненности;
  - ~ усиления боли при осевой нагрузке;
  - = локальная болезненность и усиление боли при осевой нагрузке;
  - ~ вынужденного положения пальца.
- }

::Вопрос № 228::

ДЕЖУРНЫЙ ТРАВМАТОЛОГ ОБЯЗАН ВЫПОЛНИТЬ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В СЛЕДУЮЩЕМ ОБЪЕМЕ И ПОРЯДКЕ, ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ 1-Й ПЯСТНОЙ КОСТИ: {

- ~ осмотр, рентгенограммы кисти, иммобилизация перелома;
  - ~ осмотр, рентгенограммы кисти, оперативное лечение;
  - ~ осмотр, попытка репозиции перелома, рентгенограммы кисти;
  - =осмотр, рентгенограммы кисти, попытка закрытой репозиции перелома, иммобилизация перелома, контрольные рентгенограммы;
  - ~ Осмотр, рентгенограммы кисти, попытка репозиции перелома, контрольные рентгенограммы.
- }

::Вопрос № 229::

ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫВИХА ПАЛЬЦА КИСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: {

- ~ припухлость, деформация;
  - ~ боль, гиперемия;
  - ~ боль, гипертермия;
  - ~ боль, кровоподтек;
  - = деформация, невозможность активных и резкие боли при пассивных движениях.
- }

::Вопрос № 230::

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ 1-Й ПЯСТНОЙ КОСТИ КИСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: {

- ~ наличие выраженного болевого синдрома;
- ~ настойчивое желание пациента;
- ~ крепитация костных отломков; выраженная отечность кисти;

~ безуспешность попытки репозиции перелома;  
= признаки смещения перелома на контрольных рентгенограммах.  
}

::Вопрос № 231::

СПОСОБ, ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ПРИ РЕПОЗИЦИИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ: {

~ проводниковая анестезия;  
~ внутрикостная анестезия;  
~ фулярная анестезия;  
= местная анестезия перелома;  
~ спинальная анестезия.  
}

::Вопрос № 232::

ЧЕРЕЗ 6 НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ, ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА БЫЛА СНЯТА, ПАЛЬЦЫ ПАЦИЕНТКИ ПОТЕРЯЛИ СПОСОБНОСТЬ ДВИГАТЬСЯ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА СЛЕДУЮЩАЯ: {

~ развившаяся контрактура пальцев;  
~ лимфостаз;  
= повреждение лучевого нерва;  
~ повреждение лучевой артерии;  
~ ложный сустав.  
}

::Вопрос № 233::

ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ: {

= иммобилизационный (гипсовая повязка);  
~ металлоостеосинтез пластиной;  
~ при помощи компрессионно-дистракционного аппарата;  
~ иммобилизация (эластичный бинт);  
~ металлоостеосинтез стержнем.  
}

::Вопрос № 234::

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ ОТЛОМКОВ: {

= дистальный отломок вместе с кистью смещен к тылу;  
~ дистальный отломок вместе с кистью смещен в ладонную сторону;  
~ отсутствие смещения отломков по ширине кости, вколоченный перелом;  
~ диастаз (расхождение по длине) отломков лучевой кости;  
~ угловая деформация перелома, с углом открытым к тылу.  
}

::Вопрос № 235::

ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ В КАЧЕСТВЕ ИММОБИЛИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: {

~ тыльная гипсовая лонгета;  
~ циркулярная гипсовая повязка до верхней трети предплечья;  
~ циркулярная гипсовая повязка до нижней трети плеча;  
= тыльная и ладонная гипсовая лонгета;

~ циркулярная гипсовая повязка до верхней трети плеча.

}

::Вопрос № 236::

ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В ВЕРХНЕЙ ИЛИ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ДИАФИЗА ЛОКТЕВОЙ КОСТИ И ВЫВИХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ОПИСАЛИ: {

~ Смит;

~ Галиацци;

= Монтеджи;

~ Коллис;

~ Гиппократ.

}

::Вопрос № 237::

ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В СРЕДНЕЙ И НИЖНЕЙ ТРЕТИ ДИАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ И ВЫВИХ ГОЛОВКИ ЛОКТЕВОЙ КОСТИ ОПИСАЛИ: {

~ Смит;

= Галиацци;

~ Монтеджи;

~ Коллис;

~ Гиппократ.

}

::Вопрос № 238::

ДЛЯ ПЕРЕЛОМА ГАЛЕАЦЦИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО: {

~ пальпация болезненна в месте перелома лучевой кости;

~ сгибание и разгибание в локтевом суставе сохранено в полном объеме;

~ нагрузка по оси предплечья болезненна, пальпация области перелома резко болезненна;

= деформация в нижней трети предплечья, головка локтевой кости выступает над лучезапястным суставом;

~ определяется симптом «клавиши» вывихнутой головки локтевой кости, пронация и супинация кисти невозможны из-за сильной боли.

}

::Вопрос № 239::

ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ГАЛЕАЦЦИ ЯВЛЯЕТСЯ: {

= нарушение оси, подвижность отломков лучевой кости, головка локтевой кости легко вправляется и вывихивается;

~ нарушение оси, подвижность отломков локтевой кости, головка лучевой кости в состоянии вывиха;

~ нарушение оси, подвижность отломков локтевой и лучевой кости;

~ повреждение лучевого нерва;

~ вынужденное положение 1-го пальца кисти.

}

::Вопрос № 240::

СИМПТОМ, АБСОЛЮТНЫЙ ДЛЯ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ: {

~) отечность и кровоизлияние в мягкие ткани;

= патологическая подвижность и крепитация костных отломков;

~ локальная болезненность и нарушение функции;

~ деформация конечности;

~ гиперемия в области перелома

}

::Вопрос № 241::

У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕЛОМом КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ, ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ ОТМЕЧЕНО НАРАСТАНИЕ БОЛИ, ЦИАНОЗ ПАЛЬЦЕВ, ИХ ОТЕЧНОСТЬ, УМЕНЬШЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ И СНИЖЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ. ЭТО СВЯЗАНО: {

- ~ со смещением костных отломков;
  - ~ со спазмом или тромбированием сосудов;
  - = со сдавлением конечности гипсовой повязкой;
  - ~ с повреждением нервных стволов;
  - ~ с развитием инфекционного процесса.
- }

::Вопрос № 242::

ГРАНИЦЫ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ СЛЕДУЮЩИЕ: {

- ~ от уровня лопатки до пястно-фаланговых суставов;
  - = от средней трети плеча до пястно-фаланговых суставов;
  - ~ от верхней трети плеча до кончиков пальцев кисти;
  - ~ от нижней трети плеча до лучезапястного сустава;
  - ~ от уровня лопатки до кончиков пальцев кисти
- }

::Вопрос № 243::

ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ВЫВИХА В ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ: {

- ~ напряжение мышц, окружающих сустав;
  - = пружинящее сопротивление при попытке пассивного движения;
  - ~ деформация сустава;
  - ~ удлинение или укорочение вывихнутого сегмента;
  - ~ боль и отек вокруг сустава.
- }

::Вопрос № 244::

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ В ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ДЛЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПАЦИЕНТА НЕОБХОДИМО НАЛОЖИТЬ: {

- ~) повязка Дезо;
  - = фиксация шиной Крамера;
  - ~ фиксация на отводящей шине ЦИТО;
  - ~ фиксация шиной Ситенко;
  - ~ фиксация шиной Дитерихса.
- }

::Вопрос № 245::

В ЗДОРОВОМ ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ СГИБАНИЕ ВОЗМОЖНО ДО: {

- =) 30
  - ~ 50
  - ~ 60
  - ~ 70
  - ~ 90
- }

::Вопрос № 246::

ИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТРОЗА ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ЧАЩЕ БЫВАЕТ: {

- ~) ревматическое поражение;
  - ~ врожденная дисплазия сустава;
  - ~ идиопатический;
  - ~ инфекционные заболевания;
  - = посттравматический.
- }

::Вопрос № 247::

ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ВЫВИХЕ ПРЕДПЛЕЧЬЯ: {

- = сдавление локтевого нерва;
  - ~ сдавление лучевой артерии;
  - ~ оссификация;
  - ~ повреждение лучевого нерва;
  - ~ повреждение сухожилия плечелучевой мышцы.
- }

::Вопрос № 248::

К ПЕРЕЛОМАМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПРЕДПЛЕЧЬЯ НЕ ОТНОСИТСЯ: {

- ~ переломы локтевого отростка;
  - ~ перелом венечного отростка локтевой кости;
  - ~ перелом головки лучевой кости;
  - ~ перелом шейки лучевой кости;
  - = перелом головчатого возвышения.
- }

::Вопрос № 249::

ДЛЯ ЛОЖНОГО СУСТАВА ПЛЕЧА ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ: {

- ~ местный отек и трофические нарушения мягких тканей;
  - ~ крепитация костных отломков;
  - ~ подвижность в месте ложного сустава;
  - = рентгенологически – запаянные костномозговые каналы в области перелома;
  - ~ рентгенологически - гипертрофическая костная мазоль.
- }

::Вопрос № 250::

СИМПТОМ, АБСОЛЮТНЫЙ ДЛЯ ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧА: {

- = патологическая подвижность и крепитация костных отломков;
  - ~ отечность и кровоизлияние в мягкие ткани;
  - ~ локальная болезненность и нарушение функции;
  - ~ деформация конечности и гиперемия в области перелома;
  - ~ пружинящее сопротивление при попытке пассивного движения.
- }

::Вопрос № 251::

ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧА ОПРЕДЕЛЯЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ: {

- ~ сильная боль в плечевом суставе, болезненная пальпация в области плечевого сустава;
- ~ пассивные движения в плечевом суставе болезненны, активные движения – невозможны;



~ нагрузка по оси плеча болезненна, пассивные движения в плечевом суставе болезненны;  
= ось плеча деформирована, длина верхней конечности уменьшена;  
~ крепитация в плечевом суставе, активные движения в плечевом суставе невозможны.  
}

::Вопрос № 252::

БОЛЬНОЙ УПАЛ НА ВЫТЯНУТУЮ РУКУ. ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЬ В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ И ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛЕЧА. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ АБСОЛЮТНО НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ: {

~ результаты измерения активного и пассивного объема движений плеча;  
~ данные измерения абсолютной длины конечности;  
~ данные измерения относительной длины конечности;  
= данные рентгенограмм;  
~ определение места болевого синдрома и сосудисто-неврологических нарушений.  
}

::Вопрос № 253::

СРЕДНИЙ СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ КОСЫХ И ВИНТООБРАЗНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧА БЕЗ СМЕЩЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ: {

~ 2-3 нед;  
~ 4-5 нед;  
= 6-8 нед;  
~ 8-10 нед;  
~12 нед.  
}

::Вопрос № 254::

СРЕДНИЙ СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПОПЕРЕЧНЫХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧА БЕЗ СМЕЩЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ: {

~ 2-3 нед.  
~ 4-5 нед.  
~ 6-8 нед.  
= 8-10 нед.  
~10-12 нед.  
}

::Вопрос № 255::

ТОЛЬКО ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НА УРОВНЕ ГРАНИЦЫ СРЕДНЕЙ И НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧА, ВОЗМОЖНО СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ: {

~ невозможность пользоваться рукой;  
~ патологическая подвижность;  
= нарушение двигательных функций кисти;  
~ венозастаз;  
~ лимфостаз.  
}

::Вопрос № 256::

ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПАЦИЕНТА С ПЕРЕЛОМОМ ДИАФИЗА ПЛЕЧА НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ: {

~ мягкой повязки Дезо;  
= шины Крамера;  
~ гипсовой повязки Дезо;

- ~ гипсовой повязки по Вайнштейну;
- ~ гипсовой лонгеты по Турнеру.

}

::Вопрос № 257::

ПОСЛЕ ПАДЕНИЯ НА РУКУ, БОЛЬНОЙ ОЩУЩАЕТ БОЛЬ, ПРИПУХЛОСТЬ НА ГРАНИЦЕ НИЖНЕЙ И СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧА, ПОДВИЖНОСТЬ И КОСТНЫЙ ХРУСТ. КИСТЬ «СВИСАЕТ», АКТИВНОЕ РАЗГИБАНИЕ ПАЛЬЦЕВ И КИСТИ ОТСУТСТВУЕТ. ВОЗМОЖНО СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧА: {

- ~ разрыв двуглавой мышцы плеча;
- = повреждение лучевого нерва;
- ~ повреждение локтевого нерва;
- ~ перелом лучевой кости в типичном месте;
- ~ повреждение срединного нерва.

}

::Вопрос № 258::

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РАННЕГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧА ЯВЛЯЕТСЯ: {

- ~ безуспешность закрытого вправления;
- ~ необходимость сокращения сроков сращения перелома;
- = безусловное повреждение лучевого нерва;
- ~ формирование "ложного сустава";
- ~ остеопороз.

}

::Вопрос № 259::

НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: {

- ~ пункция гематомы;
- ~ закрытая репозиция;
- ~ скелетное вытяжение;
- = остеосинтез;
- ~ аутоостеопластика.

}

::Вопрос № 260::

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА, СПОСОБСТВУЮЩЕЙ БОЛЬШЕЙ ЧАСТОТЕ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА ЯВЛЯЮТСЯ: {

- = суставная впадина лопатки в 3-4 раза меньше головки плеча;
- ~ анатомические особенности мышц;
- ~ хорошо выраженная круглая связка головки плечевой кости;
- ~ избыточный вес верхней конечности;
- ~ суставная сумка плотная и толстая.

}

::Вопрос № 261::

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СОПУТСТВУЮЩИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРИ ВЫВИХАХ ПЛЕЧА ЯВЛЯЕТСЯ: {

- ~ разрыв грудино-ключичного сочленения;
- ~ сдавление или повреждение плечевого сплетения и сосудов;
- ~ интерпозиция капсулой, сухожилием длинной головки бицепса;

= перелом большого бугорка плечевой кости;  
~ чрезмыщелковый перелом плечевой кости.  
}

::Вопрос № 262::

К ВНУТРИСУСТАВНОМУ ПЕРЕЛОМУ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧА ОТНОСИТСЯ: {

~ перелом большого бугорка;  
~ перелом малого бугорка;  
~ чрезбугорковый перелом;  
= перелом головки плеча;  
~ перелом хирургической шейки.  
}

::Вопрос № 263::

ПОЖИЛАЯ ЖЕНЩИНА УПАЛА НА ПЛЕЧО, ПОЧУВСТВОВАЛА РЕЗКУЮ БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА. ЗДОРОВОЙ РУКОЙ ПОДДЕРЖИВАЕТ ПОВРЕЖДЕННУЮ РУКУ, КОТОРАЯ ПЛОТНО ПРИЖАТА К ТУЛОВИЩУ. ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОГРАНИЧЕНИЕ АКТИВНЫХ ДВИЖЕНИЙ В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ, БОЛЬ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: {

~ ушиб плечевого сустава;  
~ перелом тела лопатки  
= перелом хирургической шейки плеча;  
~ отрыв сухожилия двуглавой мышцы плеча;  
~ повреждение ротационной манжеты.  
}

::Вопрос № 264::

ДЛЯ ПРИБЫЧНОГО ВЫВИХА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ: {

~ приводящая контрактура плеча;  
~ укорочения плеча;  
~ вынужденное положение плеча;  
= атрофия мышц плечевого сустава;  
~ асимметрия расположения лопаток.  
}

::Вопрос № 265::

НЕОТЛОЖНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: {

= новокаиновая блокада и наложение временной иммобилизации  
~ накожное скелетное вытяжение;  
~ ручная репозиция перелома;  
~ переливание кровезаменителей;  
~ компьютерная томография.  
}

::Вопрос № 266::

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕСРАЩЕНИЯ ПЕРЕЛОМА АНАТОМИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА ЯВЛЯЕТСЯ: {

~ пожилой возраст больных;  
~ остеопороз;  
= нарушение кровоснабжения в результате перелома;

~ сложность иммобилизации гипсовой повязкой.  
~ результат неоднократных попыток репозиции  
}

::Вопрос № 267::

ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА: {

= недостаточная длительность или отсутствие иммобилизации после вправления вывиха;  
~ вправление вывиха без обезболивания;  
~ вправление вывиха по способу Джанелидзе;  
~ раннее начало ЛФК;  
~ позднее начало ЛФК.  
}

::Вопрос № 268::

ВЫИХ ПЛЕЧА ОПРЕДЕЛЯЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ: {

~ болезненная пальпация в области плечевого сустава, сгибание и разгибание в плечевом суставе ограничено в объеме;  
~ пассивные движения в плечевом суставе болезненны, активные движения – невозможны;  
~ нагрузка по оси плеча болезненна,  
= вынужденное положение, пружинистое сопротивление плеча  
~ крепитация в плечевом суставе, активные движения в плечевом суставе невозможны.  
}

::Вопрос № 269::

СПОСОБ ПЕРВИЧНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ, ДОСТАТОЧНЫЙ ДЛЯ ЛЮБОГО ПЕРЕЛОМА ЛОПАТКИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ: {

~) на отводящей шине;  
~ повязкой Дезо в положении приведения руки;  
~ повязкой Дезо с валиком в подмышечной области;  
= гипсовой повязкой от кисти до здорового надплечья;  
~ шиной Крамера.  
}

::Вопрос № 270::

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛОПАТКИ НЕ ВКЛЮЧАЕТ: {

~ переломы клювовидного отростков;  
= перелом нижнего угла лопатки;  
~ перелом анатомической и хирургической шеек;  
~ перелом тела;  
~ перелом суставной впадины лопатки.  
}

::Вопрос № 271::

ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛА ЛОПАТКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ: {

~ шиной Дитерихса;  
~ шиной Еланского;  
~ шиной Белера;  
= стандартной отводящей шиной;  
~ торако-брахиальной гипсовой повязкой.  
}

::Вопрос № 272::

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕЛОМОМ ЛОПАТКИ СЛЕДУЮЩИЙ ПЕРЕЛОМ: {

- ~ акромиального отростка;
  - ~ клювовидного отростка;
  - = малого бугорка;
  - ~ переломы суставной впадины;
  - ~ шейки.
- }

::Вопрос № 273::

СРЕДНИЙ СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОПАТКИ СОСТАВЛЯЕТ: {

- ~ 3 нед;
  - = 4 нед;
  - ~ 5 нед;
  - ~ 6 нед;
  - ~ 7-8 нед.
- }

::Вопрос № 274::

ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ: {

- = с вывихом ключицы;
  - ~ с переломом хирургической шейки плеча;
  - ~ с вывихом головки плеча;
  - ~ с отрывом сухожилия двуглавой мышцы плеча;
  - ~ с повреждением сухожилия надостной мышцы.
- }

::Вопрос № 275::

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПЕРЕЛОМЫ КЛЮЧИЦЫ ВОЗНИКАЮТ: {

- ~ в проксимальном отделе ключицы;
  - = на границе между диафизарным и акромиальным отделом;
  - ~ в диафизарном отделе;
  - ~ в акромиальном отделе;
  - ~ в акромиальном и проксимальном отделе ключицы.
- }

::Вопрос № 276::

ТИПИЧНЫМ СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КЛЮЧИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ: {

- = центральный отломок смещен кверху и кзади, периферический отломок смещен кпереди и книзу;
  - ~ центральный отломок смещен кверху и кпереди, периферический отломок смещен кзади и кверху;
  - ~ центральный отломок смещен книзу и кзади;
  - ~ центральный отломок смещен книзу и кпереди;
  - ~ периферический отломок смещен кпереди и кверху.
  - ~ Периферический отломок смещен кзади и книзу
- }

::Вопрос № 277::

В КАЧЕСТВЕ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ: {

- ~ фиксацию повязкой Смирнова-Вайнштейна;
  - = фиксацию кольцами Дельбе;
  - ~ фиксацию лонгетой по Турнеру;
  - ~ фиксацию торако-брахиальной повязкой;
  - ~ фиксацию задней лонгетой на верхнюю конечность.
- }

::Вопрос № 278::

СРЕДНИЙ СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КЛЮЧИЦЫ  
СОСТАВЛЯЕТ: {

- ~ 1-2 нед;
  - ~ 2-3 нед;
  - ~ 3-4 нед;
  - = 4-5 нед;
  - ~ 6-7 нед.
- }

::Вопрос № 279::

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА КЛЮЧИЦЫ ПРИ ЕЕ  
ПЕРЕЛОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ: {

- = повреждение сосудисто-нервного пучка;
  - ~ минимальное смещение отломков;
  - ~ желание пациента ускорить лечение;
  - ~ возможная интерпозиция мягких тканей;
  - ~ молодой возраст пациента.
- }

::Вопрос № 280::

СИМПТОМ, ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ: {

- ~ отек;
  - = анатомическое укорочение;
  - ~ боль;
  - ~ повышение температуры над местом повреждения;
  - ~ ограничение функции плеча.
- }

::Вопрос № 281::

ПРИЗНАКОМ ПОЛНОГО ВЫВИХА АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ  
ЯВЛЯЕТСЯ: {

- ~ локальная боль в области акромиального конца;
  - ~ укорочение надплечья;
  - ~ ступенеобразное выступание наружного конца ключицы;
  - ~ крепитация;
  - = данные рентгенограмм.
- }

::Вопрос № 282::

ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ  
ЯВЛЯЕТСЯ: {

- ~ открытый перелом;
- ~ закрытый перелом;
- = сдавление нервного сплетения;

~ оскольчатый перелом;  
~ крепитация костных отломков.  
}

::Вопрос № 283::

ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ  
НАБЛЮДАЕТСЯ: {

~ укорочение надплечья, ступенеобразное выступание наружного конца  
ключицы, смещаемость его в передне-заднем направлении;  
= незначительное выступание кверху наружного конца ключицы и положительный  
симптомом "клавиши";  
~ асимметрия грудино-ключичного сочленения, на стороне повреждения, внутренний  
конец ключицы выстоит над грудиной;  
~ западение в области грудино-ключичного сочленения, выявляется укорочение  
надплечья;  
~ выступание в области грудино-ключичного сочленения.  
}

::Вопрос № 284::

ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ НАБЛЮДАЕТСЯ: {

= укорочение надплечья, ступенеобразное выступание кверху наружного конца  
ключицы и смещаемость его в передне-заднем направлении;  
~ незначительное выступание наружного конца ключицы, положительный симптомом  
"клавиши";  
~ асимметрия грудино-ключичного сочленения, на стороне повреждения, внутренний  
конец ключицы выстоит над грудиной;  
~ западение в области грудино-ключичного сочленения, выявляется укорочение  
надплечья;  
~выступание в области грудино-ключичного сочленения.  
}

::Вопрос № 285::

ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВЫВИХЕ СТЕРНАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ НАБЛЮДАЕТСЯ: {

~ укорочение надплечья, ступенеобразное выступание акромиального конца  
ключицы, смещаемость его в передне-заднем направлении;  
~ незначительное выступание акромиального конца ключицы, положительный симптомом  
"клавиши";  
= асимметрия грудино-ключичного сочленения, на стороне повреждения, внутренний  
конец ключицы выстоит над грудиной;  
~ западение в области грудино-ключичного сочленения, выявляется укорочение  
надплечья;  
~ удлинение надплечья, выступание в области грудино-ключичного сочленения.  
}

::Вопрос № 286::

ПРИ ЗАДНЕМ ВЫВИХЕ СТЕРНАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ НАБЛЮДАЕТСЯ: {

~ укорочение надплечья, ступенеобразное выступание акромиального конца  
ключицы, смещаемость его в передне-заднем направлении;  
~ незначительное выступание акромиального конца ключицы, положительный симптомом  
"клавиши";  
~ асимметрия грудино-ключичного сочленения, на стороне повреждения, внутренний  
конец ключицы выстоит над грудиной;

= западение в области грудино-ключичного сочленения, выявляется укорочение надплечья;  
~ удлинение надплечья, выступание в области грудино-ключичного сочленения.  
}

::Вопрос № 287::

В ПРОЦЕССЕ ЭМБРИОГЕНЕЗА ТАЗОВАЯ КОСТЬ ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ: {

~ двух костей  
= трех костей  
~ четырех костей  
~ четырех костей  
~ пяти костей.  
}

::Вопрос № 288::

УКАЖИТЕ СРОКИ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА {

~ 12 – 15 недель  
~ 10 – 12 недель  
= 6 – 8 недель  
~ 3 – 4 недели  
~ 2 недели  
}

::Вопрос № 289::

КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО 0,25% РАСТВОРА НОВОКАИНА НЕОБХОДИМО ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОДНОСТОРОННЕЙ ВНУТРИТАЗОВОЙ БЛОКАДЫ? {

~ 100 мл  
~ 250 мл  
= 400 мл  
~ 600 мл  
~ 750 мл  
}

::Вопрос № 290::

КАК СУДИТЬ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ? {

= по исчезновению боли  
~ по чувству тяжести в место блокады  
~ по ощущению тепла  
~ все ответы верные  
~ все ответы неверные  
}

::Вопрос № 291::

К ОТРЫВНЫМ ПЕРЕЛОМАМ КОСТЕЙ ТАЗА ОТНОСЯТСЯ: {

~ разрыв лонного симфиза  
~ перелом лонной кости  
~ перелом седалищной кости  
~ перелом вертлужной впадины  
= перелом гребня крыла подвздошной кости.  
}



::Вопрос № 292::

КАКАЯ ИЗ ТРАВМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗРЫВОМ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА?{

= перелом лонной и седалищной кости с одной стороны

~ перелом лонной и седалищной кости с разных сторон

~ перелом седалищной кости

~ перелом вертлужной впадины

~ перелом гребня крыла подвздошной кости.

}

::Вопрос № 293::

КАКАЯ ИЗ ТРАВМ НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗРЫВОМ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА?{

~ перелом лонной и седалищной кости с одной стороны

= перелом лонной и седалищной кости с разных сторон

~ перелом седалищной кости с разрывом лобкового симфиза

~ разрыв лобкового симфиза

~ разрыв крестцово-подвздошного сочленения.

}

::Вопрос № 294::

ТРАНСПОРТИРОВАТЬ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА НЕОБХОДИМО

НА: {

= жестком щите;

~ пневматических носилках;

~ мягких носилках

~ руках

~ одеяле

}

::Вопрос № 295::

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОПЧИКА БОЛЬНЫЕ ИСПЫТЫВАЮТ СИЛЬНУЮ БОЛЬ ПРИ: {

= сидении

~ дефекации

~ мочеиспускании

~ стоянии

~ в положении лежа.

}

::Вопрос № 296::

В ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ТАЗА НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ {

~ лечение и профилактика травматического шока

~ репозиция смещенных отломков таза

= раннее вставание и активизация пострадавшего

~ гемотрансфузии

~ профилактика и лечение возникающих осложнений.

}

::Вопрос № 297::

ТРАВМЫ ТАЗА, ПРИ КОТОРЫХ ИМЕЕТСЯ ОДНО ПОВРЕЖДЕНИЕ НАЗЫВАЮТСЯ {

= изолированными

~ множественными

- ~ сочетанными
- ~ комбинированными
- ~ осложненными
- }

::Вопрос № 298::

ТРАВМЫ ТАЗА, ПРИ КОТОРЫХ ИМЕЕТСЯ НЕСКОЛЬКО ПОВРЕЖДЕНИЙ В ПРЕДЕЛАХ ТАЗОВОЙ ОБЛАСТИ НАЗЫВАЮТСЯ{

- ~ изолированными
- = множественными
- ~ сочетанными
- ~ комбинированными
- ~ осложненными
- }

::Вопрос № 299::

ТРАВМЫ ТАЗА, ПРИ КОТОРЫХ ИМЕЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ДРУГИХ ОБЛАСТЕЙ ТЕЛА НАЗЫВАЮТСЯ{

- ~ изолированными
- ~ множественными
- = сочетанными
- ~ комбинированными
- ~ осложненными
- }

::Вопрос № 300::

ТРАВМЫ ТАЗА, ПРИ КОТОРЫХ ИМЕЮТСЯ ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ В ПРЕДЕЛАХ ТАЗОВОЙ ОБЛАСТИ И ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗЕ В ЛЮБОЙ ОБЛАСТИ НАЗЫВАЮТСЯ{

- ~ изолированными
- ~ множественными
- ~ сочетанными
- = комбинированными
- ~ осложненными
- }

::Вопрос № 301::

КАКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ БЫВАЕТ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ КОСТЕЙ ТАЗА?{

- ~ мочевого пузыря
- = прямой кишки
- ~ уретры
- ~ кровотечения
- ~ поджелудочной железы
- }

::Вопрос № 302::

К ВНУТРИБРЮШИНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ ПРИ ТРАВМЕ ТАЗА ОТНОСИТСЯ{

- ~ разрыв лобкового симфиза
- = разрыв прямой кишки
- ~ разрыв крестцово-подвздошного сочленения
- ~ перелом копчика

~ перелом седалищной кости  
}

::Вопрос № 303::  
В ОБРАЗОВАНИИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА НЕ УЧАСТВУЕТ {  
~ крестец  
= копчик  
~ подвздошная кость  
~ лонная кость  
~ лобковый симфиз  
}

::Вопрос № 304::  
КАКОЙ ИЗ ОРГАНОВ НЕ НАХОДИТСЯ В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА? {  
~ прямая кишка  
= тощая кишка  
~ мочевого пузыря  
~ матка  
~ простата  
}

::Вопрос № 305::  
КАКОЙ ИЗ ОРГАНОВ НАХОДИТСЯ В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА? {  
~ прямая кишка  
= тощая кишка  
~ подвздошная кишка  
~ печень  
~ селезенка  
}

::Вопрос № 306::  
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПЕРЕЛОМЫ {  
~ крестца  
~ гребня подвздошной кости  
= седалищной кости  
~ вертлужной впадины  
~ копчика  
}

::Вопрос № 307::  
К НЕСТАБИЛЬНЫМ ПЕРЕЛОМАМ КОСТЕЙ ТАЗА ОТНОСЯТСЯ ПЕРЕЛОМЫ {  
~ типа А  
~ типа В  
~ типа С  
~ типов А, В  
= типов В, С  
}

::Вопрос № 308::  
К СТАБИЛЬНЫМ ПЕРЕЛОМАМ КОСТЕЙ ТАЗА ОТНОСЯТСЯ ПЕРЕЛОМЫ {  
= типа А  
~ типа В

- ~ типа С
- ~ типов А, В
- ~ типов В, С
- }

::Вопрос № 309::

ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ТАЗА МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕ В ОБЪЕМЕ {

- ~ до 200 мл
- ~ до 500 мл
- ~ до 1000 мл
- ~ до 2000 мл
- = более 3000 мл
- }

::Вопрос № 310::

ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА НАИБОЛЬШИЙ ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ КОНСТАТИРУЕТСЯ ПРИ {

- ~ переломе вертлужной впадины
- ~ переломе крыла подвздошной кости
- ~ разрыве лобкового симфиза
- ~ переломе лонной кости
- = вертикальных нестабильных переломах
- }

::Вопрос № 311::

ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ВЫВИХ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ КОНСТАТИРУЕТСЯ ПРИ {

- = переломе вертлужной впадины
- ~ переломе крыла подвздошной кости
- ~ разрыве лобкового симфиза
- ~ переломе лонной кости
- ~ переломе седалищной кости
- }

::Вопрос № 312::

КАКОЕ ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЧАСТО ПРИНИМАЮТ ПАЦИЕНТЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ {

- ~ поза кошки
- ~ поза собаки
- ~ поза мышки
- = поза лягушки
- ~ поза хомяка
- }

::Вопрос № 313::

ОСНОВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ТРАВМЕ КОСТЕЙ ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ {

- ~ пальпация
- ~ УЗИ
- ~ МРТ
- = рентгенография
- ~ общий анализ крови

}

::Вопрос № 314::

КАКОЙ ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ТАЗА НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ШОКОМ И  
ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ? {

- ~ разрыв крестцово-подвздошного сочленения
  - = краевой перелом крыла подвздошной кости
  - ~ ротационно нестабильные переломы
  - ~ горизонтально нестабильные переломы
  - ~ вертикальные нестабильные переломы
- }

::Вопрос № 315::

КАКОЙ ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ТАЗА СОПРОВОЖДАЕТСЯ ШОКОМ И ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ  
КРОВОПОТЕРЕЙ? {

- ~ разрыв крестцово лобкового симфиза
  - ~ краевой перелом крыла подвздошной кости
  - ~ изолированный перелом лонной кости
  - = вертикальные нестабильные переломы
  - ~ перелом копчика
- }

::Вопрос № 316::

ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО ЛЕЖА С ПОЛУСОГНУТЫМИ В  
КОЛЕННЫХ И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ НОГАМИ С ОТВЕДЕНИЕМ И  
РОТАЦИЕЙ БЕДЕР НАРУЖУ ЭТО СИМПТОМ {

- ~ Вернеля
  - ~ Ларрея
  - = Волковича
  - ~ Мак-Бурнея
  - ~ Войно-Ясенецкого
- }

::Вопрос № 317::

ПРИ ОСТОРОЖНОМ СДАВЛИВАНИИ ТАЗА РУКАМИ В ПОПЕРЕЧНОМ  
НАПРАВЛЕНИИ НА УРОВНЕ ГРЕБНЕЙ ПОДВЗДОШНЫХ КОСТЕЙ ПОЯВЛЯЕТСЯ  
БОЛЬ В МЕСТЕ ПЕРЕЛОМА ЭТО СИМПТОМ {

- = Вернеля
  - ~ Ларрея
  - ~ Щеткина-Блюмберга
  - ~ Воскресенского
  - ~ Ситковского
- }

::Вопрос № 318::

ПОЯВЛЕНИЕ ИЛИ УСИЛЕНИЕ БОЛИ В МЕСТАХ ПЕРЕЛОМА ТАЗОВЫХ КОСТЕЙ  
ПРИ ОСТОРОЖНОМ РАЗВЕДЕНИИ ТАЗА ЗА КРЫЛЬЯ ПОДВЗДОШНЫХ КОСТЕЙ  
ЭТО СИМПТОМ {

- ~ Вернеля
- = Ларрея
- ~ Щеткина-Блюмберга
- ~ Ровзинга

~ Розера-Нелатона

}

::Вопрос № 319::

КОМПЛЕКС ПРОТИВОШОКОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ  
ТАЗА НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ {

~ адекватное обезболивание

~ возмещение кровопотери

~ возмещение ОЦК

= дарсонвализацию зоны перелома

~ иммобилизацию перелома

}

::Вопрос № 320::

КОМПЛЕКС ПРОТИВОШОКОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ  
ТАЗА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ {

~ массаж

~ лечебную физкультуру

~ магнитотерапию

~ лазеротерапию

= иммобилизацию перелома

}

::Вопрос № 321::

ПРИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА ПРИМЕНЯЮТ {

~ тексамен

= новокаин

~ гексорал

~ новопассит

~ амбробене

}

::Вопрос № 322::

ПРИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА НЕ ПРИМЕНЯЮТ {

~ новокаин

= новопассит

~ лидокаин

~ тримекаин

~ ультракаин

}

::Вопрос № 323::

ПРОВЕДЕНИЕ НЕОТЛОЖНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ  
ТАЗА ПОКАЗАНО В СЛУЧАЯХ {

~ краевого перелома крыла подвздошной кости

= повреждения тазовых органов

~ перелома лонной кости

~ перелома седалищной кости

~ перелома копчика

}

::Вопрос № 324::

ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА НЕ ПОКАЗАНО В СЛУЧАЯХ {

- = краевого перелома крыла подвздошной кости
- ~ повреждения тазовых органов
- ~ значительном расхождении лонных костей при разрыве симфиза
- ~ неэффективности консервативного восстановления положения отломков при их значительном смещении
- ~ разрыве крестцово-подвздошного сочленения со значительным смещением и кровопотерей

::Вопрос № 325::

ДЛЯ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ ВНУТРИТАЗОВАЯ БЛОКАДА {

- ~ по Розеру-Нелатону
- ~ по Волковичу-Дьяконову
- = по Школьникову-Селиванову
- ~ по Волосожар-Транькову
- ~ по Сиротинину-Куковерову

::Вопрос № 326::

ПРИ РАЗРЫВЕ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ {

- ~ обзорная рентгенография
- = уретерография
- ~ УЗИ
- ~ общий анализ мочи
- ~ цистография

::Вопрос № 327::

ПРИ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ {

- ~ обзорная рентгенография
- ~ уретерография
- ~ УЗИ
- ~ общий анализ мочи
- = цистография

::Вопрос № 328::

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

- ~ сотрясения спинного мозга
- ~ ушиба спинного мозга
- = ротационного перекрута спинного мозга
- ~ сдавления спинного мозга
- ~ перерыва спинного мозга и кровоизлияния в спинной мозг (гематомиэлии)

::Вопрос № 329::

В диагностике повреждений спинного мозга ведущую роль играют перечисленные методы исследования, кроме {  
~ сбора анамнеза  
~ исследования двигательных функций конечностей  
= измерения температуры отдельных частей тела  
~ исследования нарушений чувствительности конечностей  
~ исследования проходимости подпаутинного пространства (спинальная пункция)  
}

::Вопрос № 330::

При постановке диагноза повреждения спинного мозга большое значение имеют перечисленные клинические данные, исключая {  
~ нарушения движения в конечностях  
= высокое спинно-мозговое давление  
~ нарушение кожной чувствительности на конечностях и туловище  
~ нарушение работы тазовых органов  
~ мышечные, сухожильные и кожные рефлекторные расстройства  
}

::Вопрос № 331::

При повреждении спинного мозга на уровне шеи, возникающего в результате вывиха одного из позвонков, обычно не применяются {  
~ ламинэктомия  
~ корпоротомия с последующим пластическим замещением тела позвонка трансплантатом  
~ одномоментное вправление вывиха позвонка  
= пневмомиелорасправление деформации спинного мозга введением кислорода в подпаутинное пространство  
~ постепенное вправление вывихнутого позвонка скелетным вытяжением за череп  
}

::Вопрос № 332::

Пострадавшему с тяжелым повреждением спинного мозга на уровне 1-2-3 шейных позвонков сегментов следует в экстренном порядке осуществить все перечисленные мероприятия реанимационного характера, кроме {  
~ трахеостомии  
~ восстановления гемодинамики  
~ интубации трахеи и перевода пострадавшего на искусственную вентиляцию легких  
= ламинэктомии с ревизией спинного мозга  
~ фиксации шейного отдела позвоночника  
}

::Вопрос № 333::

Пострадавшего с тяжелым повреждением спинного мозга в грудном и поясничном отделах позвоночника при наличии только мягких носилок следует транспортировать {  
~ на спине  
~ на левом боку  
~ на правом боку  
~ в полусидячем положении с подушкой в области поясницы  
= на животе  
}

::Вопрос № 334::



Консервативное лечение повреждений спинного мозга состоит из всех перечисленных мероприятий, исключая {  
~ гемостатическую терапию  
~ дегидратацию: устранение отека тканей  
~ восполнение объема циркулирующей крови  
= устранение сдавления спинного мозга реклинацией или вправлением вывихнутого позвонка  
~ восстановление работы легких, почек, тазовых органов, печени  
}

::Вопрос № 335::

Противопоказаниями к оперативному вмешательству при повреждении спинного мозга являются все перечисленные, кроме {  
~ травматического шока  
~ продолжающегося внутреннего кровотечения, повреждения внутренних органов или головного мозга  
~ сепсиса, уросепсиса, гнойных осложнений со стороны мочевыводящих путей  
= клинических признаков сдавления спинного мозга  
~ повреждения верхних сегментов шейного отдела с бульбарным симптомокомплексом  
}

::Вопрос № 336::

При ламинэтомии в связи с повреждением спинного мозга выполняются все перечисленные способы операции, исключая {  
~ резекцию остистых отростков и дужек позвоночного столба с обнажением места повреждения спинного мозга  
~ удаление сгустков крови, осколков кости  
~ вправление вывиха или подвывиха позвонка  
= сшивание разорванных нейронов  
~ пластическое восстановление удаленных структур  
}

::Вопрос № 337::

При сочетанных повреждениях спинного мозга и печени (ранение печени) хирургическая тактика предусматривает {  
~ первоначальное лечение поврежденного спинного мозга  
= первоначальное лечение поврежденной печени  
~ одновременное лечение поврежденного спинного мозга и печени  
~ выжидание и при улучшении состояния пострадавшего - оперативное вмешательство на том органе, клиника которого превалирует  
~ оперативное лечение производится не будет, лечить следует только консервативно из-за опасности возникновения тяжелого шока  
}

::Вопрос № 338::

При установлении показаний к оперативному лечению повреждений спинного мозга во избежание ошибок следует учитывать все перечисленные обстоятельства, кроме {  
~ состояния позвонков, позвоночного канала и связочного аппарата позвоночника  
~ состояния спинного мозга (сотрясение, сдавление, размозжение)  
~ общего состояния пострадавшего (шок, нарушение дыхания, сепсис, повреждение других органов)  
~ состояния ликворного пространства (проверка на проходимость)

= степени парезов и параличей конечностей  
}

::Вопрос № 339::

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

= возможно

~ невозможно

~ возможно лишь частично

~ возможно, но через много лет

~ потребует смены специальности

}

::Вопрос № 340::

Среди травм различных отделов позвоночника повреждения шейного отдела занимают {

~ первое место

= второе место

~ третье место

~ четвертое место

~ пятое место

}

::Вопрос № 341::

При лечении неосложненного перелома шейных позвонков применяется все перечисленное, кроме {

~ скелетного вытяжения за кости черепа

~ вытяжения за голову посредством петли Глиссона

~ применения стандартного головодержателя

= использования шины Еланского для фиксации головы и шеи

~ применения торакокраниальной гипсовой повязки или воротника Шанца

}

::Вопрос № 342::

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

~ 1 месяц

~ 2 месяца

~ 3 месяца

~ 4 месяца

= 5-6 месяцев

}

::Вопрос № 343::

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

~ 6-й позвонок

~ 5-й позвонок

~ 4-й позвонок

= 7-й позвонок

~ 6-й и 5-й позвонки

}

::Вопрос № 344::

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

- ~ 1-2 месяца
- ~ 3 месяца
- ~ 4-5 месяцев
- = 6-8 месяцев
- ~ 10 и более месяцев

}

::Вопрос № 345::

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

- ~ одномоментной рекликации с наложением гипсового корсета
- ~ наложения гипсового корсета без рекликации
- ~ постепенной рекликации на щите Каплана - Антонова
- ~ вытяжения на наклонной плоскости с созданием мышечного корсета
- = скелетного вытяжения за таз и конечности

}

::Вопрос № 346::

При консервативном лечении неосложненных переломов грудного отдела позвоночника чаще всего применяются {

- ~ скелетное вытяжение за кости черепа
- ~ вытяжение за голову петлей Глиссона
- = ляжечное вытяжение за подмышечные впадины
- ~ скелетное вытяжение за кости таза
- ~ скелетное вытяжение за нижние конечности

}

::Вопрос № 347::

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

- ~ перелома, сопровождающегося повреждением спинного мозга
- ~ перелома, сопровождающегося повреждением корешков спинного мозга
- ~ тяжелого многооскольчатого перелома тела позвонка, межпозвоночного диска с нарушением оси позвоночника
- ~ взрывного перелома тела позвонка с повреждением двух дисков
- = компрессионного перелома тела со снижением высоты менее, чем на  $1/4$

}

::Вопрос № 348::

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

- ~ массажа
- ~ лечебной гимнастики
- = механотерапии
- ~ физиотерапии
- ~ электростимуляции мышц

}

::Вопрос № 349::

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

- ~ 1 месяц
  - ~ 2 месяца
  - ~ 3 месяца
  - ~ 4 месяца
  - = 5-6 месяцев
- }

::Вопрос № 350::

При травме позвоночника травма поясничного отдела занимает {

- = первое место
  - ~ второе место
  - ~ третье место
  - ~ четвертое место
  - ~ пятое место
- }

::Вопрос № 351:

Среди переломов поясничного отдела позвоночника различают все перечисленные, кроме {

- ~ осложненного перелома
  - ~ неосложненного перелома
  - ~ компрессионного перелома
  - = торсионного перелома
  - ~ перелома заднего отдела позвонка
- }

::Вопрос № 352::

Из анатомических структур поясничных позвонков чаще всего ломается {

- = поперечный отросток
  - ~ остистый отросток
  - ~ верхний суставной отросток
  - ~ нижний суставной отросток
  - ~ дужка позвонка
- }

::Вопрос № 353::

Из перечисленных ниже поясничных и крестцового позвонков чаще всего травмируются {

- = 1-й поясничный и 2-й поясничный позвонки
  - ~ 3-й поясничный позвонок
  - ~ 4-й поясничный позвонок
  - ~ 5-й поясничный позвонок
  - ~ 1-й крестцовый позвонок
- }

::Вопрос № 354::

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

- ~ наложения гипсового корсета
- ~ метода создания "мышечного корсета" по Гориневской - Древинг

- ~ постепенной реклинации на валиках или специальном щите
- ~ одномоментной реклинации с фиксацией гипсовым корсетом
- = фиксации места перелома "поясом штангиста"
- }

::Вопрос № 355::

Лечение пострадавшего с переломом поясничного позвонка вытяжением осуществляется за счет {

- ~ поднятия ножного конца кровати и фиксации стоп
- = поднятия головного конца кровати и фиксации пострадавшего петлями за подмышечные впадины
- ~ фиксации петлю Глиссона за головку и грузом в 6 кг
- ~ фиксации таза специальным лифчиком и тягами по оси
- ~ наложения на грудную клетку специального жилета и тягой к голове
- }

::Вопрос № 356::

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

- ~ стяжки за дужки при помощи фиксатора Ткаченко
- ~ стяжки за остистые отростки при помощи фиксатора Цивьяна - Рамиха
- ~ стяжки за остистые отростки лавсановой лентой
- = замены сломанного позвонка ксенопротезом
- ~ стяжки за остистые отростки проволокой (по Новаку)
- }

::Вопрос № 357::

При свежих переломах поясничных позвонков не применяются {

- ~ электростимуляция поясничных мышц
- ~ массаж
- ~ лечебная гимнастика
- ~ физиолечение
- = механотерапия
- }

::Вопрос № 358::

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

- ~ 2-3 месяца
- ~ 3-4 месяца
- ~ 4-5 месяцев
- ~ 5-6 месяцев
- = 6-8 месяцев
- }

::Вопрос № 359::

Классификация ПСМТ по механизму повреждения: {

- = резкого сгибания, резкого разгибания, вертикально компрессионный.
- ~ Прямая, непрямая.
- ~ Закрытая, открытая.
- ~ повреждение связующего аппарата, переломы тел позвонков, перелом заднего полукольца.

~ перелома-вывихи, вывихи позвонков, множественные повреждения.

}

::Вопрос № 360::

При люксационном переломе позвоночника на спондилограмме выявляются {

~ повреждение тела позвонка

~ разрыв связочного аппарата

~ разрыв желтой связки

~ перелом дуг позвонка

= подвывих позвонка

}

::Вопрос № 361::

К открытым повреждениям спинного мозга и позвоночника относятся {

= огнестрельные

~ колото-резаные

~ пулевые

~ осколочные

~ взрывные

}

::Вопрос № 362::

Стабильность позвоночника обеспечивают {

= связки надостистые, межостистые, желтые связки

~ сочленения суставных отростков

~ остистые отростки

~ дужки позвонков

~ паравертебральные мышцы

}

::Вопрос № 363::

К травмам без нарушения функции спинного мозга относятся все перечисленные, кроме {

~ ушиба позвоночника

~ подвывиха и вывиха позвонков

~ перелома дужек

~ перелома тела позвонка

= ушиба спинного мозга

}

::Вопрос № 364::

Под открытой черепно-мозговой травмой следует понимать {

~ любое повреждение мягких тканей головы

= рану с повреждением апоневроза

~ ссадину мягких тканей головы

~ скальпированную рану

~ перелом костей черепа

}

::Вопрос № 365::

Сотрясение головного мозга относится {

= к легкой черепно-мозговой травме

~ к средней черепно-мозговой травме

- ~ к тяжелой черепно-мозговой травме
- ~ к травме с повреждением костей черепа
- ~ к травме без повреждения костей черепа

}

::Вопрос № 366::

К ушибу головного мозга легкой степени относится {

- = утрата сознания на десятки минут
- ~ утрата сознания более часа
- ~ выраженная первичностволовая симптоматика
- ~ грубая очаговая симптоматика
- ~ протекает бессимптомно

}

::Вопрос № 367::

Ушиб головного мозга средней тяжести как правило не сопровождается {

- ~ утратой сознания более часа
- = утратой сознания на несколько суток
- ~ грубой стволовой симптоматикой
- ~ четкой очаговой симптоматикой
- ~ субарахноидальным кровоизлиянием

}

::Вопрос № 368::

Сдавление головного мозга характеризуется {

- ~ утратой сознания с момента травмы
- = утратой сознания после светлого промежутка
- ~ первичной стволовой симптоматикой
- ~ нарастанием стволовой симптоматики
- ~ четкой очаговой симптоматикой

}

::Вопрос № 369::

Для развития сдавления на фоне ушиба мозга характерны {

- ~ общемозговая симптоматика
- = стволовая симптоматика
- ~ менингеальные симптомы
- ~ длительная утрата сознания
- ~ утратой сознания с момента травмы

}

::Вопрос № 370::

Для развития сдавления без ушиба мозга характерны {

- = общемозговая симптоматика
- ~ очаговая симптоматика
- ~ менингеальная симптоматика
- ~ длительная утрата сознания
- ~ стволовая симптоматика

}

::Вопрос № 371::

Лечение закрытых повреждений мягких тканей головы заключается {

- ~ в обработке антисептическими и антибактериальными средствами
  - ~ в первичной хирургической обработке
  - = в наложении асептической повязки
  - ~ в иссечении пораженных участков
  - ~ не нуждается в лечении
- }

::Вопрос № 372::

Резаная рана покровов головы характеризуется {

- = ровными краями
- ~ ушибленными краями
- ~ разможженными краями
- ~ повреждением апоневроза
- ~ без повреждения апоневроза

}

::Вопрос № 373::

Колотая рана характеризуется {

- = точечным входным отверстием
- ~ ровными краями
- ~ обильным кровотечением
- ~ отсутствием кровотечения
- ~ разможженными краями

}

::Вопрос № 374::

Разможенная рана покровов черепа характеризуется {

- = края раны некротически изменены
- ~ края раны неровные
- ~ апоневроз поврежден
- ~ апоневроз не поврежден
- ~ края раны ровные

}

::Вопрос № 375::

Укушенная рана характеризуется {

- ~ неровные края раны
- = несколько входных отверстий
- ~ края раны некротически изменены
- ~ апоневроз поврежден
- ~ апоневроз не поврежден

}

::Вопрос № 376::

Скальпированная рана покровов черепа характеризуется {

- = кожно-апоневротический лоскут
- ~ края раны ровные
- ~ края раны неровные
- ~ обильным кровотечением
- ~ умеренным кровотечением

}



::Вопрос № 377::

Утрата сознания при сотрясении головного мозга чаще всего по продолжительности {  
= мгновенная  
~ до 10 минут  
~ на несколько десятков минут  
~ более часа  
~ на несколько часов  
}

::Вопрос № 378::

Под ретроградной амнезией следует понимать {  
~ амнезию на короткий период времени после травмы  
= амнезию на короткий период времени до травмы  
~ амнезию на короткий период до и после травмы  
~ амнезия периода травмы  
~ длительную амнезию  
}

::Вопрос № 379::

При сотрясении головного мозга среди общемозговых симптомов наблюдается {  
= головная боль, тошнота, рвота  
~ светобоязнь  
~ нистагм  
~ анизорефлексия  
~ судороги  
}

::Вопрос № 380::

К вегетативным нарушениям, наблюдаемым при сотрясении головного мозга, относится {  
~ головная боль  
~ светобоязнь  
= повышенная потливость, озноб  
~ тошнота  
~ рвота  
}

::Вопрос № 381::

К астеническим симптомам, наблюдаемым при сотрясении головного мозга, относится {  
~ головная боль  
~ повышенная потливость  
= повышенная утомляемость  
~ головокружение  
~ раздражительность  
}

::Вопрос № 382::

Линейный перелом свода черепа характеризуется {  
= линейным контуром перелома  
~ повреждением височной кости  
~ отсутствием признаков вдавления краев  
~ наличием нескольких линий перелома исходящих из одной точки

~ несколькими фрагментами сломанных костей, лежащих в зоне перелома  
}

::Вопрос № 383::

Для эпидуральных гематом характерны следующие общемозговые симптомы {  
~ головная боль гипертензионного характера  
= головная боль оболочечного характера  
~ головокружение  
~ психомоторное возбуждение  
~ рвота  
}

::Вопрос № 384::

Для субдуральной гематомы характерна {  
~ утрата сознания после травмы без светлого промежутка  
~ утрата сознания, светлый промежуток и повторная утрата сознания (трехфазное изменение сознания)  
= утрата сознания через определенное время после травмы  
~ психомоторное возбуждение  
~ утраты сознания не бывает  
}

::Вопрос № 385::

Для субдуральных гематом характерны следующие общемозговые симптомы {  
~ головная боль гипертензионного характера  
= головная боль оболочечного характера  
~ головокружение  
~ психомоторное возбуждение  
~ рвота  
}

::Вопрос № 386::

Ушная ликворея проявляется {  
~ кровотечением из уха  
= истечением из уха кровянистой жидкости  
~ следами крови в наружном слуховом проходе  
~ кровоподтеком в области сосцевидного отростка  
~ внутриушным кровотечением  
}

::Вопрос № 387::

Время пребывания в стационаре при сотрясении головного мозга составляет в среднем {  
~ 7 дней  
= 14 дней  
~ 1 месяц  
~ амбулаторное лечение  
~ 3 дня  
}

::Вопрос № 388::

Восстановление костной ткани не происходит за счёт деления клеток {

~ камбиального слоя надкостницы  
~ эндоста  
~ малодифференцированных клеток костного мозга  
~ мезенхимальных клеток сосудов  
= кишечного эпителия  
}

::Вопрос № 389::

При регенерации костной ткани выделяют следующие виды костной мозоли, кроме {

~ периостальной  
~ эндоостальной  
~ интермедиальной  
~ параоссальной  
= мезотелиальной  
}

::Вопрос № 390::

В процессе регенерации можно выделить следующие основные стадии, кроме {

~ аутолиза  
~ пролиферации и дифференцировки  
~ перестройки костной ткани  
~ полного восстановления  
= резорбции  
}

::Вопрос № 391:

В среднем образование первичной костной мозоли идет в течение приблизительно {

~ 1 недели  
~ 2 недель  
~ 3 недель  
= 4 недель  
~ 6 недель  
}

::Вопрос № 392::

В среднем окостенение мозоли идет в течение приблизительно {

~ 2 недель  
~ 3 недель  
~ 4 недель  
~ 6 недель  
= 8 недель  
}

::Вопрос № 393::

Осификация мозоли состоит из следующих процессов, кроме {

~ в остеоидной ткани первичной мозоли откладываются соли извести  
~ остеоидная ткань уменьшается в объеме  
= остеоидная ткань увеличивается в объеме  
~ образуется вторичная костная мозоль  
~ наступает сращение отломков.  
}

::Вопрос № 394::

Первичное сращение костных отломков происходит за счет формирования мозоли {  
~ периостальной  
~ эндоостальной  
= интермедиальной  
~ параоссальной  
~ мезенхимальной  
}

::Вопрос № 395::

Вторичное сращение костных отломков происходит за счет формирования выраженной мозоли {  
= периостальной  
~ эндоостальной  
~ интермедиальной  
~ параоссальной  
~ всех перечисленных  
}

::Вопрос № 396::

Оптимальные условия для репаративной регенерации губчатой кости создаются {  
= при вколоченных переломах  
~ при переломах костей со смещением отломков  
~ при оскольчатых переломах костей  
~ при огнестрельных переломах костей  
~ при переломах с дефектами костной ткани  
}

::Вопрос № 397::

При сращении губчатой кости периостальная мозоль {  
~ полностью отсутствует  
= не выражена  
~ выражена  
~ резко выражена  
~ соразмерна с эндоостальной  
}

::Вопрос № 398::

Сроки образования костной мозоли зависят от всех условий, кроме {  
~ местных условий  
~ общего состояния организма  
~ возраста больного  
~ сопутствующих заболеваний  
= половой принадлежности  
}

::Вопрос № 399::

Срастаются хорошо: {  
= переломы без смещения  
~ переломы со смещением  
~ открытые переломы с раневой инфекцией  
~ огнестрельные переломы

~ переломы осложненные остеомиелитом  
}

::Вопрос № 400::

Срастаются плохо все переломы кроме {

~ поперечные переломы с ровными краями

~ огнестрельные переломы

~ открытые переломы с раневой инфекцией

~ переломы сопровождающейся посттравматическим остеомиелитом и секвестрацией кости

= переломов без смещения

}

::Вопрос № 401::

Для первичного сращения при переломах костей без смещения используют метод лечения {

= иммобилизационный

~ экстензионный

~ кортикальный остеосинтез

~ накостный остеосинтез

~ внутрикостный остеосинтез

}

::Вопрос № 402::

Мозолеобразование замедлено при всех случаях кроме: {

~ авитаминозе и гиповитаминозе

~ нарушении функции паращитовидных желез

~ гиперфункции надпочечников

~ хронических заболеваний (туберкулез, сифилис, сахарный диабет)

= усиленного питания

}

::Вопрос № 403::

Причиной замедленной консолидации костей не является {

~ повреждение мягких тканей у линии перелома, кровоснабжение которых неразрывно связано с кровоснабжением кости

~ несовершенная репозицией отломков

= применение адекватных грузов при скелетном вытяжении

~ неправильная и недостаточной часто прерываемая иммобилизация

~ чрезмерно раннее применение пассивной гимнастики

}

::Вопрос № 404::

Клинические признаки замедленной консолидации все, кроме: {

~ эластической подвижности в месте перелома

~ умеренной боли при осевой нагрузке

~ иногда - покраснении кожи в области перелома

~ умеренного отека

= стабильности места перелома

}

::Вопрос № 405::

Рентгенологический признак замедленной консолидации {  
= нечетко выраженная костная мозоль  
~ выраженная параоссальная костная мозоль  
~ пятнистый остеопороз  
~ субхондральный остеосклероз  
~ краевые остеофиты  
}

::Вопрос № 406::

При замедленной консолидации применяют продолжение иммобилизации перелома на срок {  
~ 1 неделя  
~ 2 недели  
~ 4 недели  
~ 6 недель  
= 2—3 месяца и больше  
}

::Вопрос № 407::

Для ускорения образования костной мозоли применяют все методы кроме: {  
~ введения между отломками с помощью толстой иглы 10—20 мл аутокрови  
~ применения застойной гиперемии  
~ поколачивания деревянным молоточком области перелома (метод Турнера)  
~ методов физиотерапии  
= местной анестезии  
}

::Вопрос № 408::

Из физиотерапевтических методов для ускорения образования костной мозоли применяют все методы кроме: {  
~ УВЧ  
~ электрофорез солей кальция  
~ электрофорез анаболических гормонов  
~ электростимуляция слабыми токами  
= массажа  
}

::Вопрос № 409::

Операция туннелизации по Беку при замедленной консолидации заключается {  
= просверливании каналов в различных направлениях  
~ в поперечной остеотомии  
~ в миотомии  
~ в дозированной дистракции  
~ в выраженной компрессии  
}

::Вопрос № 410::

Внеочаговый компрессионный остеосинтез при замедленной консолидации позволяет {  
~ осуществить дозированную дистракцию  
~ управлять движением отломков  
~ сформировать межкостный регенерат  
= прочно удерживать отломки при плотном их соприкосновении

~ ограничить движения в смежных суставах

}

::Вопрос № 411::

Операция аутопластика по Фемистеру не включает: {

~ поднадкостнично обнажение места перелома

~ взятие губчатого трансплантата из крыла подвздошной кости

= введение трансплантата в костномозговой канал

~ введение трансплантата в промежуток между рубцово-поднадкостничной тканью и освеженным кортикальным слоем

~ создание условий для сращения

}

::Вопрос № 412::

Причинами ложных суставов являются все, кроме: {

~ несовершенной репозиции отломков (плохое их стояние)

~ интерпозиции тканей между отломками (мышечная, костная, надкостничная)

~ неправильной, недостаточной и часто прерываемой иммобилизации

~ дефекта (потери) костной ткани

= костной мозоли

}

::Вопрос № 413::

Общие предрасполагающие факторы ложных суставов все, кроме: {

~ эндокринных заболеваний (диабет, гипопаратиреоз, авитаминоз, аддисонова болезнь)

~ инфекционных заболеваний

~ острой и хронической артериальной недостаточности

~ поражений центральной и периферической нервной системы (травма)

= усиленного питания

}

::Вопрос № 414::

Рентгенологические признаки суставов с потерей костной ткани («болтающиеся суставы»){

=большой дефект костной ткани между отломками, концы костей заострены

~фиброзная ткань

~замыкательные пластинки костномозговых каналов

~выраженный склероз концов отломков

~гетеротопическая оссификация

}

::Вопрос № 415::

Костная пластика на «болтающемся суставе» не включает: {

~ освежение измененных концов отломков,

~ иссечение фиброзной ткани

~ внедрение массивного костного трансплантата в костно-мозговые каналы отломков

~ дополнительно по бокам отломков укладка 1 или 2 костных трансплантата

= иммобилизация аппаратом наружной фиксации

}

::Вопрос № 416::

Обходная костная пластика (операция Гана—Гентингтона) при «болтающимся суставе» большеберцовой кости поэтапно включает все, кроме: {  
~ остеотимию малоберцовой кости в ее верхней части  
~ внедрение этого фрагмента в верхний фрагмент большеберцовой кости  
~ остеотимию малоберцовой кости в ее нижней части  
~ внедряют этот фрагмент в нижний фрагмент большеберцовой кости  
= эндопротезирования коленного сустава  
}

::Вопрос № 417::

Билокальный последовательный компрессионно-дистракционный остеосинтез (Г.А.Илизаров, 1976) позволяет {  
= возместить дефект большеберцовой кости путем удлинения одного из отломков  
~ заместить дефект фрагментом малоберцовой кости  
~ заместить дефект фрагментом малоберцовой кости с другой конечности  
~ заместить дефект фрагментом поперечно расщепленной большеберцовой кости  
~ заместить дефект фрагментом большеберцовой кости с другой конечности  
}

::Вопрос № 418::

Благоприятные результаты вмешательства при «закрытых» псевдоартрозах достигают {  
~ 15-30%  
~ 35-50%  
~ 55-70%  
~ 75-80%  
= 85—90%  
}

::Вопрос № 419::

Операции при псевдоартрозах после открытых, в том числе огнестрельных, переломов достигают {  
~ 25-40%  
~ 45-60%  
= 65-70%  
~ 75-80%  
~ 85—90%  
}

::Вопрос № 420::

В ПРОЦЕССЕ ЭМБРИОГЕНЕЗА ТАЗОВАЯ КОСТЬ ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ: {  
~ двух костей  
= трех костей  
~ четырех костей  
~ четырех костей  
~ пяти костей.  
}

::Вопрос № 421::

УКАЖИТЕ СРОКИ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА {  
~ 12 – 15 недель  
~ 10 – 12 недель



- = 6 – 8 недель
- ~ 3 – 4 недели
- ~ 2 недели
- }

::Вопрос № 422::

КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО 0,25% РАСТВОРА НОВОКАИНА НЕОБХОДИМО ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОДНОСТОРОННЕЙ ВНУТРИТАЗОВОЙ БЛОКАДЫ? {

- ~ 100 мл
- ~ 250 мл
- = 400 мл
- ~ 600 мл
- ~ 750 мл
- }

::Вопрос № 423::

КАК СУДИТЬ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ? {

- = по исчезновению боли
- ~ по чувству тяжести в место блокады
- ~ по ощущению тепла
- ~ все ответы верные
- ~ все ответы неверные
- }

::Вопрос № 424::

К ОТРЫВНЫМ ПЕРЕЛОМАМ КОСТЕЙ ТАЗА ОТНОСЯТСЯ: {

- ~ разрыв лонного симфиза
- ~ перелом лонной кости
- ~ перелом седалищной кости
- ~ перелом вертлужной впадины
- = перелом гребня крыла подвздошной кости.
- }

::Вопрос № 425::

КАКАЯ ИЗ ТРАВМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗРЫВОМ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА? {

- = перелом лонной и седалищной кости с одной стороны
- ~ перелом лонной и седалищной кости с разных сторон
- ~ перелом седалищной кости
- ~ перелом вертлужной впадины
- ~ перелом гребня крыла подвздошной кости.
- }

::Вопрос № 426::

КАКАЯ ИЗ ТРАВМ НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗРЫВОМ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА? {

- ~ перелом лонной и седалищной кости с одной стороны
- = перелом лонной и седалищной кости с разных сторон
- ~ перелом седалищной кости с разрывом лобкового симфиза
- ~ разрыв лобкового симфиза
- ~ разрыв крестцово-подвздошного сочленения.
- }

::Вопрос № 427::

ТРАНСПОРТИРОВАТЬ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА НЕОБХОДИМО

НА: {

- = жестком щите;
  - ~ пневматических носилках;
  - ~ мягких носилках
  - ~ руках
  - ~ одеяле
- }

::Вопрос № 428::

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОПЧИКА БОЛЬНЫЕ ИСПЫТЫВАЮТ СИЛЬНУЮ БОЛЬ ПРИ: {

- = сидении
  - ~ дефекации
  - ~ мочеиспускании
  - ~ стоянии
  - ~ в положении лежа.
- }

::Вопрос № 429::

В ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ТАЗА НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ {

- ~ лечение и профилактика травматического шока
  - ~ репозиция смещенных отломков таза
  - = раннее вставание и активизация пострадавшего
  - ~ гемотрансфузии
  - ~ профилактика и лечение возникающих осложнений.
- }

::Вопрос № 430::

ТРАВМЫ ТАЗА, ПРИ КОТОРЫХ ИМЕЕТСЯ ОДНО ПОВРЕЖДЕНИЕ НАЗЫВАЮТСЯ {

- = изолированными
  - ~ множественными
  - ~ сочетанными
  - ~ комбинированными
  - ~ осложненными
- }

::Вопрос № 431::

ТРАВМЫ ТАЗА, ПРИ КОТОРЫХ ИМЕЕТСЯ НЕСКОЛЬКО ПОВРЕЖДЕНИЙ В ПРЕДЕЛАХ ТАЗОВОЙ ОБЛАСТИ НАЗЫВАЮТСЯ {

- ~ изолированными
  - = множественными
  - ~ сочетанными
  - ~ комбинированными
  - ~ осложненными
- }

::Вопрос № 432::

ТРАВМЫ ТАЗА, ПРИ КОТОРЫХ ИМЕЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ДРУГИХ ОБЛАСТЕЙ ТЕЛА НАЗЫВАЮТСЯ {

- ~ изолированными
- ~ множественными

= сочетанными  
~ комбинированными  
~ осложненными  
}

::Вопрос № 433::  
ТРАВМЫ ТАЗА, ПРИ КОТОРЫХ ИМЕЮТСЯ ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ В ПРЕДЕЛАХ ТАЗОВОЙ ОБЛАСТИ И ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗЕ В ЛЮБОЙ ОБЛАСТИ НАЗЫВАЮТСЯ {

~ изолированными  
~ множественными  
~ сочетанными  
= комбинированными  
~ осложненными  
}

::Вопрос № 434::  
КАКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ БЫВАЕТ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ КОСТЕЙ ТАЗА? {

~ мочевого пузыря  
= прямой кишки  
~ уретры  
~ кровотечения  
~ поджелудочной железы  
}

::Вопрос № 435::  
К ВНУТРИБРЮШИННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ ПРИ ТРАВМЕ ТАЗА ОТНОСИТСЯ {

~ разрыв лобкового симфиза  
= разрыв прямой кишки  
~ разрыв крестцово-подвздошного сочленения  
~ перелом копчика  
~ перелом седалищной кости  
}

::Вопрос № 436::  
В ОБРАЗОВАНИИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА НЕ УЧАСТВУЕТ {

~ крестец  
= копчик  
~ подвздошная кость  
~ лонная кость  
~ лобковый симфиз  
}

::Вопрос № 437::  
КАКОЙ ИЗ ОРГАНОВ НЕ НАХОДИТСЯ В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА? {

~ прямая кишка  
= тощая кишка  
~ мочевого пузырь  
~ матка  
~ простата  
}

::Вопрос № 438::

КАКОЙ ИЗ ОРГАНОВ НАХОДИТСЯ В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА? {

- ~ прямая кишка
  - = тощая кишка
  - ~ подвздошная кишка
  - ~ печень
  - ~ селезенка
- }

::Вопрос № 439::

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПЕРЕЛОМЫ {

- ~ крестца
  - ~ гребня подвздошной кости
  - = седалищной кости
  - ~ вертлужной впадины
  - ~ копчика
- }

::Вопрос № 440::

К НЕСТАБИЛЬНЫМ ПЕРЕЛОМАМ КОСТЕЙ ТАЗА ОТНОСЯТСЯ ПЕРЕЛОМЫ {

- ~ типа А
  - ~ типа В
  - ~ типа С
  - ~ типов А, В
  - = типов В, С
- }

::Вопрос № 441::

К СТАБИЛЬНЫМ ПЕРЕЛОМАМ КОСТЕЙ ТАЗА ОТНОСЯТСЯ ПЕРЕЛОМЫ {

- = типа А
  - ~ типа В
  - ~ типа С
  - ~ типов А, В
  - ~ типов В, С
- }

::Вопрос № 442::

ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ТАЗА МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕ В ОБЪЕМЕ {

- ~ до 200 мл
  - ~ до 500 мл
  - ~ до 1000 мл
  - ~ до 2000 мл
  - = более 3000 мл
- }

::Вопрос № 443::

ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА НАИБОЛЬШИЙ ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ КОНСТАТИРУЕТСЯ ПРИ {

- ~ переломе вертлужной впадины
- ~ переломе крыла подвздошной кости

- ~ разрыве лобкового симфиза
- ~ переломе лонной кости
- = вертикальных нестабильных переломах
- }

::Вопрос № 444::

ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ВЫВИХ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ  
КОНСТАТИРУЕТСЯ ПРИ {

- = переломе вертлужной впадины
- ~ переломе крыла подвздошной кости
- ~ разрыве лобкового симфиза
- ~ переломе лонной кости
- ~ переломе седалищной кости
- }

::Вопрос № 445::

КАКОЕ ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЧАСТО ПРИНИМАЮТ ПАЦИЕНТЫ ПРИ  
ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ {

- ~ поза кошки
- ~ поза собаки
- ~ поза мышки
- = поза лягушки
- ~ поза хомяка
- }

::Вопрос № 446::

ОСНОВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ТРАВМЕ КОСТЕЙ ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ {

- ~ пальпация
- ~ УЗИ
- ~ МРТ
- = рентгенография
- ~ общий анализ крови
- }

::Вопрос № 447::

КАКОЙ ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ТАЗА НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ШОКОМ И  
ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ? {

- ~ разрыв крестцово-подвздошного сочленения
- = краевой перелом крыла подвздошной кости
- ~ ротационно нестабильные переломы
- ~ горизонтально нестабильные переломы
- ~ вертикальные нестабильные переломы
- }

::Вопрос № 448::

КАКОЙ ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ТАЗА СОПРОВОЖДАЕТСЯ ШОКОМ И ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ  
КРОВОПОТЕРЕЙ? {

- ~ разрыв крестцово лобкового симфиза
- ~ краевой перелом крыла подвздошной кости
- ~ изолированный перелом лонной кости
- = вертикальные нестабильные переломы
- ~ перелом копчика

}

::Вопрос № 449::

ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО ЛЕЖА С ПОЛУСОГНУТЫМИ В КОЛЕННЫХ И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ НОГАМИ С ОТВЕДЕНИЕМ И РОТАЦИЕЙ БЕДЕР НАРУЖУ ЭТО СИМПТОМ{

~ Вернеля

~ Ларрея

= Волковича

~ Мак-Бурнея

~ Войно-Ясенецкого

}

::Вопрос № 450::

ПРИ ОСТОРОЖНОМ СДАВЛИВАНИИ ТАЗА РУКАМИ В ПОПЕРЕЧНОМ НАПРАВЛЕНИИ НА УРОВНЕ ГРЕБНЕЙ ПОДВЗДОШНЫХ КОСТЕЙ ПОЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬ В МЕСТЕ ПЕРЕЛОМА ЭТО СИМПТОМ{

= Вернеля

~ Ларрея

~ Щеткина-Блюмберга

~ Воскресенского

~ Ситковского

}

::Вопрос № 451::

ПОЯВЛЕНИЕ ИЛИ УСИЛЕНИЕ БОЛИ В МЕСТАХ ПЕРЕЛОМА ТАЗОВЫХ КОСТЕЙ ПРИ ОСТОРОЖНОМ РАЗВЕДЕНИИ ТАЗА ЗА КРЫЛЬЯ ПОДВЗДОШНЫХ КОСТЕЙ ЭТО СИМПТОМ{

~ Вернеля

= Ларрея

~ Щеткина-Блюмберга

~ Ровзинга

~ Розера-Нелатона

}

::Вопрос № 452::

КОМПЛЕКС ПРОТИВОШОКОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ{

~ адекватное обезболивание

~ возмещение кровопотери

~ возмещение ОЦК

= дарсонвализацию зоны перелома

~ иммобилизацию перелома

}

::Вопрос № 453::

КОМПЛЕКС ПРОТИВОШОКОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ{

~ массаж

~ лечебную физкультуру

~ магнитотерапию

~ лазеротерапию

= иммобилизацию перелома  
}

::Вопрос № 454::  
ПРИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА ПРИМЕНЯЮТ {  
~ тексамен  
= новокаин  
~ гексорал  
~ новопассит  
~ амбробене  
}

::Вопрос № 455::  
ПРИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА НЕ ПРИМЕНЯЮТ {  
~ новокаин  
= новопассит  
~ лидокаин  
~ тримекаин  
~ ультракаин  
}

::Вопрос № 456::  
ПРОВЕДЕНИЕ НЕОТЛОЖНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ  
ТАЗА ПОКАЗАНО В СЛУЧАЯХ {  
~ краевого перелома крыла подвздошной кости  
= повреждения тазовых органов  
~ перелома лонной кости  
~ перелома седалищной кости  
~ перелома копчика  
}

::Вопрос № 457::  
ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА НЕ  
ПОКАЗАНО В СЛУЧАЯХ {  
= краевого перелома крыла подвздошной кости  
~ повреждения тазовых органов  
~ значительном расхождении лонных костей при разрыве симфиза  
~ неэффективности консервативного восстановления положения отломков при их  
значительном смещении  
~ разрыве крестцово-подвздошного сочленения со значительным смещением и  
кровопотерей  
}

::Вопрос № 458::  
ДЛЯ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ  
ВНУТРИТАЗОВАЯ БЛОКАДА {  
~ по Розеру-Нелатону  
~ по Волковичу-Дьяконову  
= по Школьникову-Селиванову  
~ по Волосожар-Транькову  
~ по Сиротинину-Куковерову  
}

::Вопрос № 459::

ПРИ РАЗРЫВЕ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ {

- ~ обзорная рентгенография
  - = уретерография
  - ~ УЗИ
  - ~ общий анализ мочи
  - ~ цистография
- }

::Вопрос № 460::

ПРИ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ {

- ~ обзорная рентгенография
  - ~ уретерография
  - ~ УЗИ
  - ~ общий анализ мочи
  - = цистография
- }

::Вопрос № 461::

Тяжесть ожоговой болезни определяется: {

- = площадью и глубиной поражения кожи, поражением верхних дыхательных путей, возрастом, исходным состоянием постаравшего
  - ~ глубиной поражения кожи, возрастом, исходным состоянием постаравшего
  - ~ сопутствующей патологией
  - ~ поражением верхних дыхательных путей
  - ~ поражающим фактором
- }

::Вопрос № 462::

Общая поверхность кожи взрослого человека среднего роста: {

- = 1,6м<sup>2</sup>
  - ~ 1,8м<sup>2</sup>
  - ~ 1,5м<sup>2</sup>
  - ~ 1,7м<sup>2</sup>
  - ~ 1,4м<sup>2</sup>
- }

::Вопрос №463::

Самостоятельная эпителизация при благоприятном течении раневого процесса возможна при: {

- = поверхностных ожогах
- ~ ограниченных ожогах
- ~ глубоких ожогах
- ~ локальных ожогах
- ~ отслойки кожи и ПЖК



}

::Вопрос № 464::

Поверхностные - это ожоги: {  
= 1а,2а,3а степеней  
~ 1а степени  
~ 2а степени  
~ 2б степени  
~ 1б степени  
}

::Вопрос № 465::

При каких степенях ожоговой травмы невозможна самостоятельная эпителизация раны {  
= 3б, 4 степени  
~ 3в степень  
~ 4 степень  
~ 4а степень  
~ 2в степень  
}

::Вопрос № 466::

По «правилу девяток» передняя поверхность туловища занимает {  
= 18%  
~ 24 %  
~ 9%  
~ 3%  
~ 30%  
}

::Вопрос № 467::

Первая фаза ожоговой болезни – {  
= ожоговый шок  
~ торпидная фаза  
~ токсемия  
~ септикотоксемия  
~ реконвалесценция  
}

::Вопрос № 468::

Общее количество жидкости, введенной в первые 24 часа должно составлять: {  
= 2,5 л  
~ 3,5 л  
~ 4,5 л  
~ 5,5 л  
~ 6,5 л  
}

::Вопрос № 469::

Фаза ожоговой токсемии продолжается до: {

- ~ 1 недели
  - = 2х недель
  - ~ до 3х дней
  - ~ до 5 недель
- }

::Вопрос № 470::

Гнойные метастазы при бактериемии распространяются чаще всего в суставы: {

- = тазобедренный, коленный
  - ~ лучезапястный
  - ~ плечевой
  - ~ локтевой
  - ~ голеностопный
- }

::Вопрос № 471::

При обширных глубоких ожогах фаза септикотоксемии исключается путем: {

- = ранней некрэктомии
  - ~ инфузионной терапии
  - ~ строгого постельного режима
  - ~ наложения тугой, сухой повязки
  - ~ рассечении струпа
- }

::Вопрос № 472::

С фельшерско-акушерского пункта больного с ожоговой травмой принято транспортировать в: {

- = хирургическое отделение районной больницы
  - ~ травматологическое отделение городской больницы
  - ~ терапевтическое отделение районной больницы
  - ~ акушерское отделение районной больницы
  - ~ ожоговый центр
- }

::Вопрос № 473::

Тяжелый ожоговый шок характеризуется: {

- = площадь поражения до 40% поверхности тела, ЧСС до 120 в мин, гематокрит до 60%
  - ~ площадь поражения до 60% поверхности тела, ЧСС до 120 в мин, гематокрит до 60%
  - ~ площадь поражения до 45% поверхности тела, ЧСС до 100 в мин, гематокрит до 60%
  - ~ площадь поражения до 50% поверхности тела, ЧСС до 90 в мин, гематокрит до 60%
  - ~ площадь поражения до 30% поверхности тела, ЧСС до 80 в мин, гематокрит до 60%
- }

::Вопрос № 474::

В патогенезе обморожений выделяют 2 периода: {

= скрытый и реактивный  
~ торпидный и реконвалесценция  
~ шок и септикотоксемия  
~ шок и реконвалесценция  
~ реактивный и реконвалесценция  
}

::Вопрос № 475::

Достоверно диагностировать степень обморожения можно на: {

= 2-3 сутки  
~ 3-4 сутки  
~ 5-7 сутки  
~ 14 дней  
~ 10 день  
}

::Вопрос № 476::

Всего различают степеней обморожения: {

= 4  
~ 3  
~ 5  
~ 2  
~ 6  
}

.

::Вопрос № 477::

Отморожения каких степеней лечатся в хирургическом отделении районной больницы {

~ 1  
~ 2  
= 1 и 2  
~ 3  
~ 4  
}

::Вопрос № 478::

Экстренная ампутация при обморожении производится только: {

~ 1-2 сутки после поступления в стационар  
= наличия сепсиса  
~ наличия сопутствующих заболеваний  
~ комбинированных поражениях  
~ обширных обморожениях  
}

::Вопрос № 479::

Выраженный тризм жевательных мышц встречается в стадии замерзания: {

= судорожная стадия  
~ огупорозная стадия

- ~ динамическая стадия
- ~ торпидная стадия
- ~ ремиссии
- }

::Вопрос № 480::

Резкая сонливость, угнетение сознания, нарушение речи, нарушение мимики – характеристики стадии замерзания: {

- = огупорозная
- ~ торпидная
- ~ динамическая
- ~ кумулятивная
- ~ судорожная
- }

::Вопрос № 481::

.Травматический шок это: {

- = клиническая форма тяжёлого состояния пострадавшего, развивающаяся вследствие тяжёлой механической травмы;
- ~ выраженный болевой синдром вследствие полученной травмы;
- ~ внезапная остановка сердечной деятельности в ответ на травму;
- ~ глубокое угнетение сознания;
- ~ синдром внезапной смерти.
- }

::Вопрос № 482::

.Патогенез травматического шока характеризуется: {

- = синдромом низкого минутного объёма кровообращения и гипоперфузии тканей;
- ~ развитием интоксикации;
- ~ резким возбуждением ЦНС;
- ~ истощением коры надпочечников;
- ~ массивной кровоплазмопотерей.
- }

::Вопрос № 483::

Наиболее значимый адаптационный механизм при травматическом шоке это: {

- = централизация кровообращения;
- ~ синдром системного воспалительного ответа;
- ~ синдром полиорганной недостаточности;
- ~ респираторный дистресс-синдром;
- ~ диссеминированное внутрисосудистое свёртывание.
- }

::Вопрос № 484::

Эректильная фаза травматического шока характеризуется: {

- = психомоторным возбуждением и эйфорией;
- ~ угнетением психики;
- ~ тоническими судорогами;
- ~ артериальной гипотонией;
- ~ нарастанием одышки.
- }

::Вопрос № 485::

Основные клинические признаки, определяющие степень тяжести травматического шока

—{

- = гемодинамические показатели;
- ~ статико-динамические нарушения;
- ~ перитонеальные симптомы;
- ~ нарастающая почечная недостаточность;
- ~ неврологические нарушения.

}

::Вопрос № 486::

Травматический шок 1 степени характеризуется: {

- ~ общим тяжёлым состоянием;
- = артериальное систолическое давление на уровне 90-100 мм рт. ст.;
- ~ пульс 120 в мин., слабого наполнения;
- ~ объём циркулирующей крови снижен в пределах 35%;
- ~ частота дыханий более 22 в мин.

}

::Вопрос № 487::

Травматический шок 2 степени характеризуется: {

- ~ общее состояние удовлетворительное;
- = артериальное систолическое давление 70-90 мм рт. ст.;
- ~ пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, до 100 в мин.;
- ~ объём циркулирующей крови снижен в пределах 30%;
- ~ частота дыханий до 20-22 в мин.

}

::Вопрос № 488::

Травматический шок 3 степени характеризуется: {

- ~ общее состояние крайне тяжёлое;
- = артериальное систолическое давление ниже 70 мм рт. ст.;
- ~ пульс 100 в мин.;
- ~ объём циркулирующей крови снижен в пределах 35%;
- ~ частота дыханий 26 в мин.

}

::Вопрос № 489::

Травматический шок 4 степени характеризуется: {

- ~ общее состояние тяжёлое;
- = отсутствие пульса на лучевых артериях, при наличии его на сонных и бедренных артериях;
- ~ артериальное систолическое давление менее 60 мм рт.ст.;
- ~ объём циркулирующей крови снижен в пределах 40%;
- ~ частота дыханий 28 в мин.

}

::Вопрос № 490::

Агональное состояние характеризуется: {

- ~ общее состояние тяжёлое;
- ~ пульсация на лучевых артериях резко ослаблена;

~ артериальное давление определяется обычным способом;  
~ объём циркулирующей крови снижен в пределах 45%;  
= дыхание аритмичное типа Чейн-Стокса.  
}

::Вопрос № 491::

Клиническая смерть характеризуется {  
= остановкой сердечной деятельности и дыхания;  
~ полная утрата сознания и всех видов рефлексов;  
~ отсутствие биотоков головного мозга на энцефалограмме;  
~ расширением зрачков, отсутствие реакции зрачков на свет;  
~ необратимостью развивающихся явлений.  
}

::Вопрос № 492::

Первый период травматической болезни это – {  
~ период, сопровождающийся выраженным психомоторным возбуждением;  
= период острого нарушения жизненно важных функций;  
~ период относительной стабилизации жизненно важных функций;  
~ период максимальной вероятности развития осложнений;  
~ период полной стабилизации жизненно важных функций;  
}

::Вопрос № 493::

Оптимальное место для лечения пострадавшего в многопрофильном стационаре в первом периоде травматической болезни является – {  
= противошоковая операционная;  
~ палата отделения реанимации и интенсивной терапии;  
~ палата травматологического отделения;  
~ приёмное отделение;  
~ палата хирургического отделения.  
}

::Вопрос № 494::

Период острого нарушения жизненно важных функций начинается сразу же после травмы и продолжается – {  
= 6-12 часов;  
~ 12-48 часов;  
~ 4-10 суток;  
~ свыше 10 суток;  
~ более 1 месяца.  
}

::Вопрос № 495::

Второй период травматической болезни характеризуется тем, что {  
~ показатели жизненно важных функций значительно отличаются от нормальных, сохраняется декомпенсация функций;  
= показатели жизненно важных функций приближаются к нормальным или отклоняются незначительно, но компенсация функций неустойчива;  
~ показатели жизненно важных функций полностью нормализуются, отмечается устойчивая компенсация функций;

~ около 50% тяжелораненых и пострадавших умирают от ранней полиорганной недостаточности;  
~ хирургические вмешательства не выполняются, проводится интенсивная терапия в условиях ОРИТ общего профиля.  
}

::Вопрос № 496::

Третий период травматической болезни характеризуется тем, что {  
~ в органах и тканях значительно снижается риск развития осложнений;  
~ отмечается полная стабилизация всех жизненно важных функций;  
= развивается максимальное количество висцеральных инфекционных осложнений;  
~ местные инфекционные осложнения не возникают;  
~ на 5-е сутки развиваются генерализованные инфекционные осложнения.  
}

::Вопрос № 497::

Принципы лечения травматического шока основываются на том, что {  
~ хирургическое вмешательство проводится только после стабилизации показателей гемодинамики;  
= производится неотложное хирургическое лечение, устраняющее причину шока;  
~ выполняется интенсивная инфузионная и медикаментозная терапия;  
~ хирургические операции производятся в плановом порядке;  
~ переливаются компоненты крови в сочетании с интенсивной медикаментозной и инфузионной терапией.  
}

::Вопрос № 498::

Неотложные оперативные вмешательства при травматическом шоке это {  
= операции, направленные на остановку кровотечения;  
~ операции, направленные на окончательную фиксацию переломов;  
~ оперативное лечение внутрибрюшных разрывов мочевого пузыря;  
~ оперативное лечение при перфоративной язве желудка;  
~ оперативное лечение неосложнённых компрессионных переломов позвоночника.  
}

::Вопрос № 499::

Травматическая кома встречается, как клиническая форма тяжёлого состояния пострадавшего {  
~ при острой сердечной недостаточности, сопровождающей повреждение сердца;  
~ при тяжёлых повреждениях груди;  
~ при травматическом шоке;  
= при тяжёлых повреждениях головного мозга;  
~ при других urgentных состояниях.  
}

::Вопрос № 500::

Для травматической комы характерны следующие клинические признаки {  
= артериальная гипертензия и брадикардия;  
~ артериальная гипотония и тахикардия;  
~ нормальные показатели пульса и артериального давления;  
~ нормальные цифры артериального давления и тахисистолия;  
~ незначительное повышение артериального давления в сочетании с аритмией пульса.

}

::Вопрос № 501::

Наиболее эффективный метод обезболивания при травматическом шоке в условиях противошоковой операционной травматологического центра первого уровня {

- ~ местная анестезия;
  - = эндотрахеальный наркоз;
  - ~ спинальная анестезия;
  - ~ сочетанная анестезия;
  - ~ комбинирована анестезия.
- }

::Вопрос № 502::

Алгоритмы балльной оценки тяжести анатомических повреждений предназначаются {  
= для расчёта вероятности смертельного исхода;  
~ для прогнозирования продолжительности пребывания в стационаре;  
~ для оценки функционального статуса;  
~ прогнозирования риска развития инфекции в области хирургического вмешательства;  
~ для оценки экономических расходов, связанных с тяжестью повреждения.  
}

::Вопрос № 503::

Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является: {  
= дисплазия бедренного сустава  
~ врожденная косорукость  
~ амниотические перетяжки  
~ патологический вывих бедра  
~ болезнь Клиппеля - Фейля  
}

::Вопрос № 504::

В основе патогенеза врожденного вывиха бедра у детей лежит: {  
~ дисфункция роста  
= дисфункция внутриутробного созревания  
~ родовая травма  
~ внутриутробная инфекция  
~ онкогенное воздействие  
}

::Вопрос № 505::

Название болезни Гризеля носит: {  
~ остеохондропатия апофиза пяточной кости  
~ остеохондропатия апофизов позвонков  
~ маршевый перелом костей стопы  
= подвывих I шейного позвонка на фоне воспаления лимфоузлов шеи  
~ порок развития сухожилий сгибателей кисти  
}

::Вопрос № 506::

Врожденная кривошея чаще бывает: {



- = к миогенной
- ~ к десмогенной
- ~ к неврогенной
- ~ к дермо-десмогенной
- ~ к конституционной

::Вопрос № 507::

- Этиопатогенез врожденной мышечной кривошеи: {
- = порок развития грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
  - ~ травма при родах
  - ~ неправильное положение плода
  - ~ воспалительный процесс
  - ~ ишемия грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

::Вопрос № 508::

- Признаки врожденной мышечной кривошеи выявляются : {
- ~ в первые 3-5 дней после рождения
  - = на 10 - 14 день после родов
  - ~ в месячном возрасте
  - ~ в 3-месячном возрасте
  - ~ клинические симптомы не выражены до года

::Вопрос № 509::

- Оперативное лечение кривошеи при неэффективности консервативного показано: {
- ~ до 5 месяцев
  - ~ до 1 года
  - ~ до 2 лет
  - ~ до 3 лет
  - = в 3 - 4 года

::Вопрос № 510::

- Абсолютными показаниями к оперативному лечению кривошеи является: {
- = нарастающая асимметрия лица и шеи
  - ~ нарушение осанки
  - ~ нарушение остроты зрения
  - ~ стробизм сходящийся и расходящийся
  - ~ нарушение осанки и зрения

::Вопрос № 511::

- Патологическая установка стопы при врожденной косолапости слагается: {
- = из приведения, супинации и подошвенного сгибания
  - ~ из отведения, супинации и подошвенного сгибания
  - ~ из приведения, пронации и тыльного сгибания
  - ~ отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении
  - ~ эквинусной установки стопы

::Вопрос № 512::

не являются достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является: {

- ~ ограничение отведения бедра
  - ~ асимметрия ягодичных складок
  - ~ укорочение ножки
  - = асимметрия ножных складок
  - ~ наружная ротация ножки
- }

::Вопрос № 513::

Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует: {

- = в период новорожденности
  - ~ в первые полгода жизни
  - ~ до 1 года
  - ~ до 1,5 лет
  - ~ до 2 лет
- }

::Вопрос № 514::

Показания к оперативному лечению постостеомиелитических конечностей у детей возможно ставить: {

- ~ при затухающей стадии процесса
  - ~ при хронической форме остеомиелита
  - ~ в период ремиссии
  - ~ при свищевой форме
  - = не менее, чем через 2-3 года после полного клинического и рентгенологического выздоровления
- }

::Вопрос № 515::

Наиболее часто встречающимися формами кривошеи являются: {

- ~ костная
  - = мышечная
  - ~ рефлекторная
  - ~ воспалительная
  - ~ нейрогенная
- }

::Вопрос № 516::

Рентгенологически при мышечной форме кривошеи: {

- = изменений нет
  - ~ добавочный полупозвонок
  - ~ синостоз тел позвонков
  - ~ незарращение дужек позвонков
  - ~ подвывих первого шейного позвонка
- }

::Вопрос № 517::

Медикаментозное лечение врожденной кривошеи включает применение: {

- ~ мумие

- ~ инъекции лидазы
- ~ инъекции гидрокортизона
- = не существует
- ~ протеолитических ферментов
- }

::Вопрос № 518::

Послеоперационная иммобилизация при врожденной мышечной кривошее: {

- ~ не применяется
- = гипсовый ошейник
- ~ воротник Шанца
- ~ ошейник из половика
- ~ аппарат Илизарова
- }

::Вопрос № 519::

Иммобилизация после хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи составляет: {

- ~ 2 недели
- ~ 1 месяц
- ~ 2 месяца
- ~ 3 месяца
- = 6 месяцев
- }

::Вопрос № 520::

Этиологическим фактором врожденного вывиха (дисплазии) является: {

- ~ воспалительный процесс
- ~ травматический фактор
- = нарушение внутриутробного развития
- ~ неправильное членорасположение плода в утробе матери
- ~ нарушение обменных процессов
- }

::Вопрос № 521::

Для дисплазии головки бедра по отношению к суставной впадине возможны все перечисленные формы, кроме: {

- ~ предвывиха
- ~ подвывиха
- ~ вывиха
- ~ дисплазии
- = эпифизиолиз
- }

::Вопрос № 522::

Ведущим симптомом дисплазии тазобедренного сустава в первые месяцы жизни ребенка является: {

- ~ укорочение конечности
- ~ асимметрия кожных складок
- ~ симптом щелчка
- = ограничение отведения бедер
- ~ наружная ротация конечности

}

::Вопрос № 523::

Лечение дисплазии тазобедренного сустава необходимо начинать: {

= с рождения

~ в возрасте 1 месяца

~ в возрасте 1-2 месяца

~ в возрасте 3 месяцев и старше

~ в возрасте от 3 до 6 месяцев

}

::Вопрос № 524::

Наиболее целесообразным методом лечения дисплазии тазобедренного сустава в раннем периоде является: {

~ подушка Фрейка

= широкое пеленание с первых дней жизни ребенка

~ гипсовые повязки

~ функциональные шины

~ оперативный

}

::Вопрос № 525::

После двухлетнего возраста при различных формах дисплазии тазобедренного сустава наиболее целесообразно применение: {

~ гипсовой повязки

~ вытяжение

~ функциональных шин

~ компрессионно-дистракционных аппаратов

= хирургического лечения

}

::Вопрос № 526::

Из методов лечебного воздействия при консервативном лечении дисплазии головки бедренной кости наилучший результат дает: {

~ курортное лечение

~ физиотерапия

~ лечебная гимнастика

= массаж

~ водные процедуры

}

::Вопрос № 527::

Этиологическим фактором при врожденной косолапости является: {

= порок первичной закладки

~ внутриутробная травма

~ ягодичное предлежание плода

~ внутриутробный полиомиелит

~ родовая травма

}

::Вопрос № 528::

Основной симптом косолапости: {

~ эквинус стопы  
~ полая стопа  
~ вальгус  
= варус стопы  
~ приведение переднего отдела стопы  
}

::Вопрос № 529::

Больной с косолапостью при ходьбе: {  
~ хромает  
~ не хромает  
~ ходит, переступая нога за ногу  
~ наступает на внутренний край стопы  
= наступает на наружный край стопы  
}

::Вопрос № 530::

Лейкопластырное вытяжение считается методом выбора при лечении переломов: {  
~ 10 лет  
~ 5 лет  
~ 4 года  
~ 3 года  
= года  
}

::Вопрос № 531::

При возникновении сколиотической деформации позвоночника первые видимые патологические изменения происходят: {  
= в телах позвоночника  
~ в мышцах спины  
~ в спинном мозге  
~ в межпозвонковых дисках  
~ в паравертебральных мягких тканях  
}

::Вопрос № 532::

В вертикальном положении позвоночника по сравнению с горизонтальным ротация позвонков при сколиотической деформации: {  
= увеличивается  
~ уменьшается  
~ остается неизменной  
~ может и увеличиться и уменьшится  
~ исчезает  
}

::Вопрос № 533::

У больных грудным сколиозом жизненная емкость легких: {  
= значительно снижается  
~ остается неизменной даже при выраженной деформации позвоночника  
~ повышается за счет изменения формы грудной клетки  
~ нет четкой зависимости между степенью деформации позвоночника и изменениями ЖЕЛ

~ в 50% случаев повышается и в 50% случаев снижается

}

::Вопрос № 534::

У больных грудным сколиозом частота дыхания: {

~ снижается значительно

~ снижается незначительно

= заметно повышается

~ практически не меняется

~ степень его уменьшения зависит от прогресс. деформации позвоночника

}

::Вопрос № 535::

Профилактические осмотры детей необходимо начинать: {

~ в начальных классах общеобразовательных школ

= в детских садах, яслях

~ в старших классах общеобразовательных школ

~ в институтах, профтехучилищах, при поступлении на работу

~ в горвоенкоматах

}

::Вопрос № 536::

Укажите основной патогномичный признак врожденной мышечной кривошеи: {

~ увеличение лордоза шеи;

~ сколиоз шейного отдела;

~ высокое стояние лопатки и надплечья на стороне поражения;

~ высокое стояние лопатки и надплечья на здоровой стороне;

= напряжение и укорочение грудино-ключично-сосцевидной мышцы

}

::Вопрос № 537::

К отсроченной хирургической обработке относится обработка, произведенная после травмы через: {

~ 12-18 ч

= 24-48 ч

~ 49-72 ч

~ 73-96 ч

~ 97-120 ч

}

::Вопрос № 538::

Вторичной хирургической обработкой раны называется: {

~ хирургическая обработка, сделанная 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 прошествию одного месяца после травмы

}

::Вопрос № 539::

Поздним вторичным швом называется шов, наложенный: {

~ в течении первой недели после первичной хирургической обработки до появления грануляций

~ на гранулирующую рану с подвижными краями без наличия рубцов

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

~ на раны через один месяц после травмы

~ на рану на 2-3 суток после первичной хирургической обработки

}

::Вопрос № 540::

Методом выбора при лечении огнестрельных переломов верхней конечности будет: {

~ интрамедуллярный остеосинтез

~ скелетное вытяжение

~ накостный остеосинтез

= внеочаговый остеосинтез с помощью аппарата

~ гипсовая повязка

}

::Вопрос № 541::

Лечение огнестрельных повреждений бедра в военно-полевых условиях начинают со всех следующих мероприятий, кроме: {

~ остановки наружного кровотечения

~ проведения реанимационных мероприятий

~ иммобилизации конечности

= наложения компрессионно-дистракционного аппарата

~ транспортировки в специализированный госпиталь

}

::Вопрос № 542::

Первая врачебная помощь при огнестрельных переломах конечностей включает: {

~ контроль наложенных жгутов, повязок, шин (наложение при необходимости)

~ введение антибиотиков, противостолбнячной сыворотки и столбнячного анатоксина

~ введение анальгетиков, кардиотоников, дыхательных analeптиков

~ переливание крови и кровезаменителей

= первичную хирургическую обработку раны

}

::Вопрос № 543::

Выявить нестабильность позвоночного сегмента в шейном отделе возможно с помощью: {

= обычной бесконтрастной рентгенографии в положении сгибания и разгибания позвоночника в боковой проекции

~ при сравнении рентгенограмм позвоночника, сделанных в положении стоя и лежа

~ радиоизотопного исследования

~ миелографии

~ бесконтрастной рентгенографии в боковой и передне-задней проекции

}

::Вопрос № 544::

При выраженной нестабильности позвоночного сегмента шейного отдела позвоночника необходимо назначение: {

- ~ сосудорасширяющих препаратов
  - ~ анальгетиков ненаркотического ряда
  - = головодержателя типа воротника Шанца
  - ~ подводного или сухого вытяжения
  - ~ мануальной терапии
- }

::Вопрос № 545::

Назовите возможное осложнение в первые дни после травмы у больного с неосложненным переломом в грудно-поясничном отделе позвоночника: {

- ~ нарушение мочеиспускания;
  - ~ пролежни;
  - = парез кишечника, метеоризм;
  - ~ легочно-дыхательная недостаточность;
  - ~ тахикардия, аритмия
- }

::Вопрос № 546::

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

- ~ перелом ребер;
  - ~ перелом бедер;
  - = перелом таза и пяточных костей;
  - ~ перелом лодыжек;
  - ~ перелом надколенника
- }

::Вопрос № 547::

Больной при нырянии в мелком месте ударился головой о дно. Был вытащен из воды товарищами. Отмечается отсутствие движений и чувствительности в конечностях, затрудненное дыхание. Укажите правильный диагноз повреждения: {

- ~ перелом ребер;
  - ~ сотрясение головного мозга;
  - = перелом шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга;
  - ~ разрыв связок шейного отдела позвоночника;
  - ~ ушиб головного мозга
- }

::Вопрос № 548::

Подвывих головки лучевой кости характерен в возрастной группе: {

- ~ новорожденных
- ~ до 1 года
- = от 2 до 5 лет
- ~ от 1 до 2 лет
- ~ от 5 до 12 лет



}

::Вопрос № 549::

Переломо-вывих Монтеджа - это: {

- ~ вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой
  - ~ вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети
  - ~ вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья
  - ~ вывих локтевой кости и перелом лучевой кости
  - = вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке
- }

::Вопрос № 550::

Вывих Галеации - это: {

- ~ вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом луча верхней трети на другой
  - ~ вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка
  - = перелом лучевой кости в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке
  - ~ вывих кисти с переломом лучевой кости в средней трети
  - ~ вывих головки лучевой кости в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети
- }

::Вопрос № 551::

Деформация Маделунга - это: {

- = штыкообразная деформация кисти и предплечья
  - ~ лучевая косоруконость
  - ~ локтевая косоруконость
  - ~ укорочение костей предплечья
  - ~ сгибательная контрактура
- }

::Вопрос № 552::

Повреждение Мантеджи - это: {

- ~ изолированный перелом локтевой кости
  - ~ изолированный перелом лучевой кости
  - = перелом локтевой кости и вывих головки лучевой
  - ~ перелом лучевой кости и вывих головки локтевой
  - ~ перелом обеих костей предплечья
- }

::Вопрос № 553::

Какой способ лечения является основным при переломе лучевой кости в типичном месте: {

- = иммобилизационный (гипсовая повязка) ;
- ~ функциональный;
- ~ оперативный;
- ~ при помощи компрессионно-дистракционного аппарата;
- ~ иммобилизация эластичным бинтом

}

::Вопрос № 554::

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

- ~ проводниковая анестезия;
  - ~ внутрикостная анестезия;
  - ~ фуллярная анестезия;
  - = местная анестезия перелома;
  - ~ наркоз
- }

::Вопрос № 555::

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

- ~ со смещением костных отломков;
  - = со сдавлением конечности гипсовой повязкой;
  - ~ с повреждением нервных стволов;
  - ~ со спазмом или тромбированием сосудов;
  - ~ с начинающейся гангреной конечности
- }

::Вопрос № 556::

Отметьте границы гипсовой повязки при диафизарном переломе костей предплечья: {

- ~ от уровня лопатки до пальцев кисти;
  - = от верхней трети плеча до пальцев кисти;
  - ~ от верхней трети плеча до конца пальцев кисти;
  - ~ от нижней трети плеча до запястья;
  - ~ от локтевого сгиба до пальцев кисти
- }

::Вопрос № 557::

Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы без существенного смещения отломков, является: {

- ~ гематома в области плечевого сустава
  - ~ крепитация отломков
  - ~ гемипарез
  - = беспричинный плач и реакция на болевое ощущение при пеленании
  - ~ нарушение кровообращения
- }

::Вопрос № 558::

При закрытом поперечном переломе диафиза плечевой кости в средней трети оптимальная тактика включает: {

- ~ репозицию и фиксацию гипсовой лонгетой
  - ~ репозицию и фиксацию двумя перекрещивающимися спицами
  - ~ репозицию и фиксацию на отводящей шине
  - ~ скелетное вытяжение
  - = репозицию и остеосинтез
- }

::Вопрос № 559::

Для отрыва сухожилия длинной головки двуглавой мышцы характерно все перечисленное, кроме: {

- ~ возникновения острой боли в области верхней трети плеча
  - ~ ощущения своеобразного треска, шелка
  - = западения мягких тканей на передне-внутренней поверхности плеча, выше которого определяется выпячивание
  - ~ резкого снижения силы сгибания предплечья в локтевом суставе
  - ~ кровоизлияния и отека в области плеча
- }

::Вопрос № 560::

Наиболее часто ключица ломается при падении: {

- ~ на боковую поверхность лица
  - ~ на локоть
  - ~ на вытянутую руку
  - = при любом из перечисленных вариантов
- }

::Вопрос № 561::

Наиболее частым переломом проксимального отдела плеча является перелом: {

- ~ головки
  - ~ анатомической шейки
  - ~ бугорков
  - = хирургической шейки
  - ~ диафизарная часть плеча
- }

::Вопрос № 562::

При благоприятных условиях диафизарные переломы плеча при консервативном лечении срастаются: {

- ~ к 4-5 неделе
  - = к 6-8 неделе
  - ~ к 9-10 неделе
  - ~ к 12-14 неделе
  - ~ к 20-22 неделе
- }

::Вопрос № 563::

Оперативное лечение застарелого вывиха акромиального конца ключицы еще возможно через: {

- = 3 месяца
  - ~ 6 месяцев
  - ~ 1 год
  - ~ 2 года
- }

::Вопрос № 564::

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

- ~ 2 недели

= 4-5 недели  
~ 8 недель  
~ 12 недель  
}

::Вопрос № 565::

Срочно оперировать следует: {  
~ надгрудинный вывих ключицы  
~ предгрудинный вывих ключицы  
~ загрудинный вывих ключицы  
= загрудинный вывих ключицы с нарушением дыхания  
~ подгрудинный вывих ключицы  
}

::Вопрос № 566::

В зависимости от положения головки различают все перечисленные вывихи плеча, за исключением: {  
= верхнего  
~ нижнего  
~ переднего  
~ заднего  
}

::Вопрос № 567::

Вывих плеча часто сопровождается переломом: {  
~ малого бугорка  
= большого бугорка  
~ шиловидного отростка лопатки  
~ клювовидного отростка лопатки  
~ ключицы  
}

::Вопрос № 568::

Плечо при вывихе кажется: {  
= удлиненным  
~ укороченным  
~ не меняет длины  
~ деформировано  
~ визуальнo деформаций нет  
}

::Вопрос № 569::

После вправления вывиха плеча следует фиксировать с помощью: {  
~ гипсовой глубокой лонгетой по Турнеру  
~ косыночной повязки  
~ мягкой повязки Дезо  
= гипсовой повязки  
~ торако-бронхиальной повязки  
}

::Вопрос № 570::

Срок иммобилизации плеча после вправления вывиха составляет: {

- ~ 1-2 недели
- = 4 недели
- ~ 6 недель
- ~ 8 недель
- ~ 10 недель

::Вопрос № 571::

Ограничение нагрузки на плечо после вправления вывиха составляет: {

- ~ 1.5 месяца
- ~ 2 месяца
- = 3 месяца
- ~ 6 месяцев
- ~ 10 месяцев

::Вопрос № 572::

Застарелые передние вывихи плеча можно вправить не позднее, чем через: {

- ~ 2-3 недели
- = 2-3 месяца
- ~ 4-5 месяцев
- ~ 6-7 месяцев
- ~ 8-9 месяцев

::Вопрос № 573::

После установлении диагноза вывиха к вправлению следует прибегнуть: {

- = немедленно
- ~ через 2 часа
- ~ через сутки
- ~ через 3 суток
- ~ можно ждать неделю

::Вопрос № 574 ::

Привычный вывих возникает в связи: {

- ~ с повреждением плечевого сплетения
- ~ с повреждением сухожилия длинной головки бицепса
- = с разрывом и слабости капсулы плечевого сустава
- ~ с неправильно диагностированным травматическим вывихом
- ~ с повреждением дельтовидной мышцы

::Вопрос № 575::

Застарелый вывих плеча следует лечить: {

- ~ консервативно (попытка вправить)
- ~ на отводящей шине
- ~ с применением скелетного вытяжения
- = оперативно (открытым или аппаратным методом)
- ~ с помощью редрессации

::Вопрос № 576::

Восстановление трудоспособности после оперативного лечения привычного вывиха происходит через: {

- ~ 3 недели
  - ~ 1 месяц
  - = 2 месяца
  - ~ 3-5 месяцев
  - ~ 8-10 месяцев
- }

::Вопрос № 577::

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

- ~ разрыв двуглавой мышцы плеча;
  - = повреждение лучевого нерва;
  - ~ повреждение локтевого нерва;
  - ~ перелом лучевой кости в типичном месте;
  - ~ повреждение мышц предплечья.
- }

::Вопрос № 578::

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

- = вколоченного перелома шейки бедра
  - ~ субкапитального перелома шейки бедра
  - ~ несросшегося перелома (ложный сустав) шейки бедра
  - ~ асептического некроза головки и шейки бедра
  - ~ нарушения кровоснабжения головки бедра
- }

::Вопрос № 579::

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

- ~ нарушения кровоснабжения головки и шейки бедра
  - ~ недостаточной репозиции отломков
  - ~ неустойчивой фиксации отломков
  - ~ ранней нагрузки на поврежденную конечность
  - = возраста больного
- }

::Вопрос № 580::

При переломе бедра интрамедуллярное штифтование противопоказано, когда: {

- ~ имеется вколоченный перелом
  - ~ перелом находится в 6 см от места прикрепления аддукторов
  - ~ бедро сломано на нескольких уровнях
  - ~ перелом в наиболее узкой части костно-мозгового канала
  - = перелом у ребенка
- }

::Вопрос № 581::

Открытый остеосинтез шейки бедра обладает всеми перечисленными преимуществами, кроме: {

- = менее травматичен
  - ~ позволяет точно сопоставить отломки
  - ~ позволяет правильно провести фиксатор
  - ~ прочно скрепить отломки
  - ~ позволяет раньше активизировать больного
- }

::Вопрос № 582::

В основные признаки перелома шейки бедра не входит: {

- ~ боли в тазобедренном суставе
  - ~ укорочение конечности
  - ~ Ротация конечности кнаружи
  - ~ симптом прилипшей пятки
  - = ротация конечности внутрь
- }

::Вопрос № 583::

Оперативное лечение переломов шейки бедра не осуществляется методом: {

- ~ закрытым остеосинтезом различными металлоконструкциями
  - ~ открытым остеосинтезом металлоконструкциями
  - ~ остеосинтезом ауто- и аллотрансплантатами
  - = открытой репозицией отломков и фиксацией гипсовой повязкой
  - ~ эндопротезированием тазобедренного сустава
- }

::Вопрос № 584::

Повреждение бедра под действием травмирующей силы возможно при падении: {

- ~ на спину
  - ~ на область крестца и ягодиц
  - ~ на область крыла подвздошной кости
  - = на область бедра
  - ~ на вытянутые ноги
- }

::Вопрос № 585::

Тактика хирурга при открытом переломе обеих бедренных костей первоначально включает все

следующие мероприятия, кроме: {

- ~ борьбы с шоком и остановки кровотечения
  - ~ первичной хирургической обработки раны
  - = раннего стабильного остеосинтеза одновременно обеих бедер
  - ~ наложение скелетного вытяжения
  - ~ профилактика гнойных осложнений
- }

::Вопрос № 586::

Назовите основную причину медленного и длительного сращения перелома шейки бедра: {

- ~ пожилой возраст больных;

- ~ остеопороз;
  - ~ сопутствующие заболевания;
  - = отсутствие на шейке бедра надкостницы и нарушение кровоснабжения в бедренной кости в момент перелома;
  - ~ сложность иммобилизации гипсовой повязкой
- }

::Вопрос № 587::

Укажите вертельные (латеральные) переломы проксимального отдела бедренной кости: {

- ~ субкапитальный;
  - ~ базальный;
  - ~ трансцервикальный;
  - ~ подвертельный;
  - = межвертельный, чрезвертельный
- }

::Вопрос № 588::

Лыжник, спускаясь с горы, упал при резком повороте. Почувствовал боль и хруст в правом бедре. Обнаружено отсутствие активных движений, деформация по типу "галифе", наружная ротация стопы. Предположительный диагноз? {

- = перелом бедренной кости;
  - ~ вывих бедренной кости ;
  - ~ перелом на уровне вертелов ;
  - ~ переломовывих костей коленного сустава;
  - ~ перелом шейки бедра
- }

::Вопрос № 589::

Под каким видом обезболивания следует вправлять вывих бедра? {

- ~ местная анестезия;
  - ~ проводниковая анестезия;
  - = наркоз;
  - ~ внутрикостная анестезия;
  - ~ без обезболивания
- }

::Вопрос № 590::

При разрыве передней крестообразной связки коленного сустава характерным симптомом является: {

- ~ блокада коленного сустава
  - =симптом выдвигающего ящика
  - ~сгибательная контрактура в коленном суставе
  - ~симптом прилипшей пятки
  - ~ боковые качательные движения в коленном суставе
- }

::Вопрос № 591::

Абсолютные показания к оперативному лечению при переломах костей голени касаются: {

- = закрытых внутрисуставных переломов со смещением
- ~ закрытых диафизарных переломов 2 костей голени



- ~ метафизарных перелом 2 костей с угловым смещением
  - ~ закрытых переломов с полным смещением
  - ~ всех видов переломов со смещением отломков
- }

::Вопрос № 592::

При выявлении разрыва внутреннего мениска коленного сустава первоначально следует отдать предпочтение методу исследования: {

- ~ рентгенографическому
  - ~ термографическому
  - = УЗИ
  - ~ артроскопическому
  - ~ артропневмографическому
- }

::Вопрос № 593::

При множественных переломах повреждение пяточных костей наиболее часто сочетается: {

- ~ с переломом таранной кости
  - ~ с переломом костей стопы
  - = с переломом позвоночника
  - ~ с переломом костей таза
  - ~ с переломом большеберцовой кости
- }

::Вопрос № 594::

Средний срок иммобилизации при компрессионных переломах пяточной кости составляет: {

- ~ 1 месяц
  - = 2 месяца
  - ~ 3 месяца
  - ~ 4 месяца
  - ~ 5 месяцев
- }

::Вопрос № 595::

Для фиксации лодыжек после их вправления показана: {

- ~ циркулярная бесподкладочная гипсовая повязка
  - ~ циркулярная гипсовая повязка с ватной прокладкой
  - = разрезанная циркулярная гипсовая повязка типа сапожок
  - ~ V-образная повязка со стопой
  - ~ V-образная повязка без лонгеты для стопы
- }

::Вопрос № 596::

Для гемартроза голеностопного сустава ведущим симптомом является: {

- ~ кровоподтек
  - ~ боль
  - ~ нарушение функции конечности
  - = скопление крови в полости сустава
  - ~ разрыв межберцового синдесмоза
- }

::Вопрос № 597::

Учитывая механизм перелома пяточной кости, назовите нередко сопутствующее повреждение: {

- ~ перелом голени;
  - ~ разрыв связок коленного сустава;
  - = перелом позвоночника;
  - ~ перелом шейки бедра;
  - ~ перелом надколенника
- }

::Вопрос № 598::

Отметьте основное показание к оперативному лечению перелома лодыжек: {

- ~ значительная степень смещения отломков стопы;
  - ~ наличие чрессиндесмозного перелома;
  - ~ невосправляемость отломков после 2-3-кратного вправления;
  - = интерпозиция тканей между отломками; д) невозможность удержать отломки после вправления
- }

::Вопрос № 599::

У больного с переломом лодыжек и заднего края большеберцовой кости с подвывихом стопы через 1,5 года

после травмы обнаружен деформирующий артроз голеностопного сустава.

Назовите основную причину этого осложнения: {

- = сохраняющийся подвывих стопы;
  - ~ разрыв дельтовидной связки;
  - ~ длительная иммобилизация гипсовой повязкой;
  - ~ ранняя нагрузка на ногу;
  - ~ перелом заднего края
- }

::Вопрос № 600::

Назовите основной признак гемартроза коленного сустава: {

- ~ увеличение объема сустава;
  - ~ кровоизлияние в мягкие ткани;
  - ~ ограничение движений в суставе;
  - = баллотирование надколенника;
  - ~ симптом выдвигающего ящика.
- }

::Вопрос № 601::

Укажите протяженность гипсовой повязки при диафизарных переломах голени: {

- ~ от коленного сустава до пальцев стопы;
  - ~ от верхней трети голени до голеностопного сустава;
  - ~ от верхней трети бедра до голеностопного сустава;
  - = от верхней трети бедра до основания пальцев стопы;
  - ~ от коленного сустава до голеностопного сустава
- }

::Вопрос № 602::

При политравме, возникшей вследствие дорожно-транспортных происшествий, у

детей преобладают: {  
~ черепно-мозговая травма  
= черепно-мозговая травма, повреждение вн. органов и н. конечностей  
~ повреждение таза и верхних конечностей  
~ повреждение верхних и нижних конечностей  
~ повреждение верхних и нижних конечностей  
}

::Вопрос № 603::

Инвалидность при политравме в основном определяется: {  
= тяжестью повреждения опорно-двигательного аппарата  
~ диагностическими ошибками  
~ дефектами лечения  
~ осложнениями при травме  
~ дефектами при проведении врачебно-трудоустройственной экспертизе  
}

::Вопрос № 604::

Первое место в качестве причины инвалидности при политравме занимает повреждение опорно-двигательного аппарата и: {  
~ грудной клетки  
= черепно-мозговые травмы  
~ брюшной полости  
~ органов забрюшинного пространства и малого таза  
~ верно 1 и 2  
}

::Вопрос № 605::

Развитие остеомиелита при множественных и сочетанных повреждениях опорно-двигательного аппарата обусловлено комплексом причин, к которым относятся все кроме: {  
~ снижение общей и местной резистентности организма  
~ тромбоз мелких сосудов в зоне открытого перелома  
~ недостаточно радикальную первичную хирургическую обработку  
~ недостатки иммобилизации  
= дефекты антибактериальной и иммунной терапии  
}

::Вопрос № 606::

Деформирующий артроз при политравме является следствием всех перечисленных причин кроме: {  
~ повреждение хрящевой поверхности сустава  
~ повреждение эпифизов  
~ повреждение мягких тканей в области сустава  
= иммобилизация конечности  
~ общих нарушений, возникающих в организме при политравме  
}

::Вопрос № 607::

Выбор вещества для обезболивания при тяжелой множественной травме, осложненной травматическим шоком, в первую очередь определяется состоянием: {  
~ дыхания

- = гемодинамики
- ~ эндокринной системы
- ~ центральной нервной системы
- ~ свертывающей системы
- }

::Вопрос № 608::

При множественных сочетанных повреждениях в остром периоде имеет значение  
Все следующие исследования, кроме: {

- ~ определение гематокрита и объема циркулирующей крови
- ~ проведение рентгенологических исследований
- ~ проведение эндоскопических исследований
- ~ клинических исследований крови и мочи
- = исследование иммунологических и бактериологических показателей крови
- }

::Вопрос № 609::

Наиболее тяжелые переломы с обширными повреждениями мягких тканей  
обусловлены, как правило: {

- = прямым действием силы
- ~ тангенциальным действием силы
- ~ действием силы на протяжении по оси тела или конечности
- ~ скручивающим действием силы
- ~ Сдавливающим действием силы
- }

::Вопрос № 610::

Летальность при множественных и сочетанных повреждениях в первые часы  
после травмы обусловлена всем перечисленным кроме: {

- ~ шока и кровопотери
- ~ тяжелой черепно-мозговой травмой
- ~ тромбоэмболией легочной артерии
- ~ жировой эмболии
- = гнойных осложнений
- }

::Вопрос № 611::

Раннюю летальность при множественных и сочетанных повреждениях определяют  
все следующие факторы, кроме: {

- ~ кровопотери
- ~ черепно-мозговой травмы
- ~ повреждение жизненно-важных органов
- ~ травматического шока 4 степени
- = повреждение скелета
- }

::Вопрос № 612::

Среди множественных и сочетанных повреждений превалирует: {

- ~ травма грудной клетки и ее органов
- = черепно-мозговая травма и перелом конечностей
- ~ травма брюшной полости и костей таза
- ~ тяжелые множественные повреждения опорно-двигательного аппарата

~ сдавления конечностей

}

::Вопрос № 613::

Среди осложнений открытых переломов встречаются все перечисленные, кроме: {

~ нагноение раны, остеомиелита

~ сепсиса

~ замедленной консолидации, образования ложного сустава

= образования избыточной периостальной и эндостальной мозоли

~ анаэробной инфекции, тромбоза

}

::Вопрос № 614::

К группе тяжелых повреждений относятся: {

~ изолированные ранения капсулы сустава

~ сквозные ранения сустава с незначительным повреждением эпифизов

~ ограниченное повреждение эпифизов

~ слепое проникающее ранение суставов

= внутрисуставные оскольчатые переломы

}

::Вопрос № 615::

Тяжесть ранения грудной клетки определяется всем, кроме: {

~ гемотораксом

~ множественными переломами ребер

~ пневмотораксом

~ повреждениями органов грудной клетки

= изменениями показателей белой крови

}

::Вопрос № 616::

К основным признакам гемоторакса не относится: {

~ снижение артериального давления

~ учащение пульса и слабость его наполнения

~ притупление перкуторного звука с возможностью смещения средостения в здоровую сторону

~ наличие уровня жидкости в плевральной полости

= коробочный звук при перкуссии

}

::Вопрос № 617::

К признакам закрытого пневмоторакса не относится: {

~ослабление дыхания

~ перкуторно- коробочный звук

~ перкуторно - уменьшение границ средостения

~ на рентгенограмме - коллабирование легкого

= признаки кровопетери

}

::Вопрос № 618::

К признакам клапанного напряженного пневмоторакса не относится: {

~ быстро нарастающая подкожная эмфизема

- ~ при аускультации - отсутствие дыхания на стороне повреждения
- ~ смещение средостения в здоровую сторону
- ~ явления легочно-сердечной недостаточности
- = накопление жидкости в плевральной полости
- }

::Вопрос № 619::

Первая врачебная помощь при ранении в грудную клетку не включает: {

- ~ наложение окклюзионной повязки
- ~ введение анальгетиков
- ~ введение кардиотоников и дыхательных analeптиков
- ~ пункцию плевральной полости, наложение временного клапанного дренажа
- = торакотомия
- }

::Вопрос № 620::

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

- ~ дренирование плевральной полости по Бюлау
- ~ искусственная вентиляция легких
- = плевральная пункция
- ~ торакотомия, бронхоскопия
- ~ герметичная повязка на рану
- }

::Вопрос № 621::

Какое лечебное мероприятие следует применить при открытом пневмотораксе на этапе квалифицированной помощи? {

- ~ дренирование плевральной полости по Бюлау
- ~ торакотомия
- = ушивание открытого пневмоторакса
- ~ искусственная вентиляция легких
- ~ большая окклюзионная повязка
- }

::Вопрос № 622::

К абсолютным признакам проникающего ранения живота не относится: {

- ~ выпадение сальника или кишки
- ~ истечения из раны содержимого кишечника, желчи или мочи
- ~ выделение воздуха из раны при надавливании
- ~ воздух в поддиафрагмальном пространстве при рентгенографии ( при наличии раны)
- = учащенное мочеиспускание
- }

::Вопрос № 623::

Первая врачебная помощь при проникающих ранениях живота не включает: {

- ~ асептическую повязку
- ~ введение анальгетиков, паранефральные блокады
- ~ внутримышечное введение антибиотиков
- ~ введение противостолбнячной сыворотки и столбнячного анатоксина
- = диагностическую лапаротомию
- }

::Вопрос № 624::

Диагностика открытых повреждений костей таза на этапе первой врачебной помощи не включает: {

- ~ осмотр раны и определение раневого канала
  - ~ диагностику перелома
  - ~ катетеризацию мочевого пузыря
  - ~ выявление признаков перитонита
  - = диагностическую лапароскопию
- }

::Вопрос № 625::

Оказание первой врачебной помощи при открытых повреждениях области таза не включает: {

- ~ исправление повязок
  - ~ противошоковую терапию
  - ~ введение антибиотиков
  - ~ введение столбнячного анатоксина
  - = первичную хирургическую обработку раны
- }

::Вопрос № 626::

При закрытой травме органов брюшной полости наиболее достоверным методом диагностики является: {

- = диагностическая лапаротомия
  - ~ рентгенологическое исследование
  - ~ лапароцентез
  - ~ клиническое наблюдение
  - ~ лапароскопия
- }

::Вопрос № 627::

Наиболее часто сдавление мягких тканей наблюдается: {

- ~ при автомобильных авариях
  - ~ при падении с высоты
  - = при землетрясении
  - ~ при пожарах
  - ~ при подводных работах на глубине
- }

::Вопрос № 628::

Клиническая картина сдавления мягких тканей находится в прямой зависимости : {

- ~ от возраста больного
  - = от длительности сдавления
  - ~ от атмосферных условий
  - ~ от характера сдавливающего фактора
  - ~ от пола больного
- }

::Вопрос № 629::

После освобождения конечности от сдавления следует осуществить все нижеперечисленное, исключая: {

- ~ иммобилизацию конечности
- = наложение жгута на проксимальный конец конечности
- ~ новокаиновую блокаду конечности
- ~ новокаиновую паранефральную блокаду
- ~ введение обезболивающих и седативных средств

::Вопрос № 630::

- К первичному травматическому шоку относятся шок: {
- ~ впервые диагностируемый у пострадавшего
  - = возникший вслед за травмой
  - ~ возникший при механической травме
  - ~ диагностируемый при первом осмотре
  - ~ возникающий после первой помощи по поводу повреждения

::Вопрос № 631::

- Травматический шок становится необратимым, если максимальное артериальное давление в 60 мм рт. ст. не удастся поднять в течение: {
- ~ 30 мин
  - ~ 1 ч
  - ~ 2 ч
  - ~ 4 ч
  - = 6 ч

::Вопрос № 632::

- Пострадавшему, находящемуся в состоянии травматического шока III-IV степени, переливание крови и ее препаратов: {
- ~ не показано
  - = абсолютно показано
  - ~ показано относительно
  - ~ можно обойтись трансфузией кровезаменителей
  - ~ зависит от случая

::Вопрос № 633::

- Операцию остеосинтеза закрытого перелома диафиза бедренной кости после выведения больного из состояния травматического шока рекомендуется производить: {
- ~ сразу же после нормализации артериального давления и пульса
  - ~ после нормализации диуреза
  - ~ через 12 ч стабилизации гемодинамики
  - ~ через 24 ч стабилизации гемодинамики
  - = через несколько суток

::Вопрос № 634::

- Ожоговый шок по виду относится: {
- ~ к бактериальному
  - = к гиповолемическому
  - ~ к анафилактическому



- ~ к травматическому
- ~ к турникетовому
- }

::Вопрос № 635::

Критерием перехода больного из ожогового шока в стадию острой ожоговой токсемии является: {

- ~ нормализация диуреза
- = повышение температуры
- ~ нагноение в ранах
- ~ тахикардия
- ~ брадикардия
- }

::Вопрос № 636::

Наибольшее число пневмоний при ожоговой болезни приходится на период: {

- ~ шока
- = острой ожоговой токсемии
- ~ ожоговой септикотоксемии
- ~ ожоговой септикопиемии
- ~ реконвалесценции

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

1. сбор анамнеза
2. осмотра
3. +взвешивание массы тела
4. определения механизма травмы
5. рентгенологического исследования

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

1. + акромиального отростка лопатки
2. - середины проекции головки плечевой кости
3. - головки лучевой кости
4. - головки локтевой кости

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

1. - передне-верхнюю ось подвздошной кости
2. + наружный край надколенника
3. -внутренний край надколенника
4. -первый палец стопы

640. Суммарная длина верхней конечности измеряется от акромиального отростка

1. -до середины проекции головки плеча
2. - до наружного мыщелка плеча
3. + до шиловидного отростка лучевой кости
4. - до конца пятого пальца
5. - до локтевого отростка

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

1. - до большого вертела бедра
2. - до суставной щели коленного сустава
3. +до края внутренней лодыжки
4. -до пяточного бугра
5. -до дистальной части конечности

642.Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать

1. -как анкилоз
2. -как контрактуру
3. -как ригидность
4. -как вывих
5. +все перечисленное

643. Отведение и приведение конечностей - это движения

1. -в сагитальной плоскости
2. +во фронтальной плоскости
3. -а аксиальной плоскости
4. -внутреннее движение вокруг продольной оси
5. - круговые движения

644. Разгибание и сгибание конечности - это движения

1. +в сагитальной плоскости
2. -во фронтальной плоскости
3. -в аксиальной плоскости
4. -внутреннее движение вокруг продольной оси
5. -круговые движения

645. При прочтении рентгенограммы нельзя определить

1. -форму осе конечности, строение кортикального и губчатого слоев
2. -форму и ширину, симметрию суставной щели
3. +форму и характер прикрепления мышц и степень их развития
4. -состояние росткового слоя
5. -состояние ядер окостенения

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

1. -перелома и трещины кости
2. -вывиха, подвывиха фрагментов сустава
3. -костной опухоли
4. +повреждения хрящевой ткани
5. -костной полости

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

1. -подвывих фрагмента мелкого сустава
2. -повреждения хрящевой прослойки сустава
3. +секвестры в трубчатой кости

648. Используя метод магнитно-резонансной томографии, можно осуществить все перечисленное, кроме

1. -диагностики перелома

2. +исследования структуры кости
3. -диагностики опухоли
4. -выявления инородных тел и секвестров
5. -диагностики вывиха

649. Торакоцентез следует осуществлять

1. -при простом переломе ребер
2. -при сложном переломе ребер
3. +при осложненном переломе ребер
4. -при переломе тела грудины
5. -при переломе рукоятки грудины

650. Основными условиями сращения костей являются

1. -идеальная репозиция костных отломков
2. -восстановление конгруэнтности суставных поверхностей
3. -использование для фиксации костных отломков малотравматичных способов, обеспечивающих между ними динамическую компрессию до полной консолидации перелома
4. -включение в комплекс лечебной гимнастики в ранние сроки пассивных и активных движений в поврежденном суставе
5. +все перечисленное

651. Противопоказаниями к накостному остеосинтезу являются

1. -остеопороз костей
2. -открытые переломы с обширной зоной повреждения мягких тканей
3. -инфицированные переломы
4. -остеомиелит, свищи, обширные кожные рубцы
5. +все перечисленное

652. В практике остеосинтеза костей внутрикостными фиксаторами можно руководствоваться всеми следующими положениями, кроме

1. +введения штифта при длине одного из отломков менее 6 см
2. -по возможности применять длинные стержни, имеющие большую поверхность контакта с костью
3. -проводить стержни на максимально возможном протяжении в отломках костей
4. -при околосуставных переломах применять 2 плоских стержня с разведением их концов
5. -применение стержней системы АО.

653. Лечение больных с переломами трубчатых костей осложненных остеомиелитом и нарушением процессов регенерации костной ткани, включает

1. -внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез с одновременной секвестрэктомией
2. -постоянное промывание очага и затеков с активной аспирацией в течение 10-12 дней антисептиками, антибиотиками, ферментами
3. -адекватную антибактериальную терапию
4. -коррекцию всех видов обмена, дезинтоксикационную терапию, активную и пассивную иммунотерапию после серологической диагностики стафилококка
5. +все перечисленное

654. Лучшим способом оперативного восстановления перелома надколенника является

1. -перипателлярный кистетный или полукисетный шов лавсаном

2. -чрезкостный проволочный П-образный шов
3. +скрепление отломков спицами Киршнера с 8 образной стягивающей проволочной петлей
4. -компрессионный остеосинтез аппаратами различных конструкций
5. -фиксация отломков винтами

655. Критериями полезности аппаратов внешней фиксации являются

1. -возможность точной репозиции
2. -возможность прочной фиксации отломков
3. -возможность обеспечения раннего полноценного функционального лечения
4. -степень травматичности методик, простота конструкций, взаимозаменяемость и универсальность деталей и узлов аппаратов
5. +все вышеперечисленное

656. Из методик Г.А.Илизарова широкое применение находят методы с целью

1. -бескровного лечения закрытых и открытых переломов костей
2. -возможность удлинения конечности
3. -замещения дефектов длинных трубчатых костей мягких тканей, сосудов, нервов.
4. -в один этап бескровно ликвидировать ложный сустав, укорочение, искривление деформации костей
5. +все перечисленное

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

1. -закрытого перелома, отломки которого угрожают перфорации кожи
2. -сдавления отломками кости сосудисто-нервного пучка
3. -наличие оскольчатого перелома
4. -явной интерпозиции мягких тканей между отломками
5. +перелома костей, осложненного повреждением крупных сосудов, требующих оперативного восстановления их проходимости

658. К переломам медленно срастающимся и часто не срастающимся относятся

1. -проксимальный отдел плеча
2. -межвертельный перелом бедра
3. +внутрисуставной перелом бейки бедра
4. -граница средней трети и нижней трети большеберцовой кости
5. -диафиз бедра

659. Операция с использованием трансплантата, взятого у самого больного называется

1. +аутопластика
2. -аллопластика
3. -ксенопластика (перекрестная)
4. -гетеропластика

660. Костная пластика может быть применена

1. -для заполнения костной полости
2. -для артродеза суставов
3. -для лечения ложных суставов
4. -для стимуляции остеогенеза
5. +все перечисленное

670. Различают следующие виды вывихов

1. -свежий
2. -несвежий
3. -застарелый
4. -привычный
5. +все перечисленное

671. Наиболее часто вывихи возникают

1. -в тазобедренном суставе
2. -в коленном суставе
3. +в плечевом суставе
4. -в локтевом суставе
5. -в лучезапястном суставе

672. После установления диагноза вывиха к вправлению следует прибегнуть

1. +немедленно
2. -через 2 часа
3. -через сутки
4. -через 3 суток
5. -не имеет значения

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

1. -6 позвонок
2. -5 позвонок
3. -4 позвонок
4. +7 позвонок
5. -8 позвонок

674. Вывих акромиального конца ключицы характеризуется

1. -признаком Маркса
2. -симптомом "треугольной подушки"
3. +симптомом "клавиши"
4. -пружинящим движением в плечевом поясе
5. -признаком Дюшена

675. Неполный вывих акромиального конца ключицы происходит

1. -при полном разрыве акромиально-ключичной связки
2. -при разрыве ключично-клювовидной связки
3. +при разрыве только акромиально-ключичной связки
4. -при разрыве только клювовидно-ключичной связки
5. -при растяжении ключично-акромиальной связки

676. Невправленный вывих ключицы считается застарелым через

1. -1 сутки
2. -5 суток
3. +3-4 недели
4. -2 месяца
5. -3-4 месяца

677. Причиной возникновения привычного вывиха является

1. -родовая травма
2. -инфекционный артрит

3. -вывих плеча, сопровождающийся переломом ключицы
4. +повреждения в момент травматического вывиха в сочетании с неправильной тактикой ведения после вывиха
5. -передний вывих плеча

678. Вывихи обеих костей предплечья могут быть

1. -кпереди
2. -кзади
3. -кнутри
4. -комбинированные
5. +все перечисленное

679. Предплечье выглядит удлиненным при вывихе

1. +кпереди
2. -кзади
3. -с расхождением костей
4. -кнутри
5. -при переломе одной из костей

680. Наиболее часто ключица ломается при падении

1. -на боковую поверхность плеча
2. -на локоть
3. -на вытянутую руку
4. -при отведении руки кзади
5. +при любом из перечисленных вариантов

681. Для перелома ключицы характерны все перечисленные признаки, кроме

1. +верхняя конечность приподнята вверх и смещена кзади
2. -над ключицей деформация и припухлость
3. -надключичная ямка сглажена
4. -расстояние от позвоночника до медиального края лопатки увеличено на стороне повреждения
5. -надплечье укорочено

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

1. -шины Кузьминского
2. -9-образной повязки
3. -кольца Дельбе
4. +гипсовая повязка по Турнеру

683. Показаниями к оперативному лечению перелома ключицы являются

1. -закрытие переломы
2. -открытые переломы с повреждением или сдавлением сосудисто-нервного пучка
3. -оскольчатый перелом ключицы с опасностью ранения кожи
4. -интерпозиция мягкими тканями перелома
5. +все перечисленное

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

1. -2-4 недели
2. +1,5 месяца

3. -2 месяца
4. -3 месяца
5. -4 месяца

685. Клинически выделяют следующие переломы лопатки

1. -тела
2. -углов
3. -отростков
4. -шейки и суставной впадины
5. +все перечисленное

686. При внутрисуставном переломе лопатки для иммобилизации применяется

1. -кольца Дельбе
2. -косыночная повязка
3. -гипсовая повязка по Турнеру
4. -гипсовая повязка Дезо
5. +отводящая шина

687. Травматический шок при тяжелой черепно-мозговой травме возникает

1. часто
2. очень часто
3. всегда
- +4. редко
5. очень редко

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

1. изменения показателей артериального давления
- +2. четких изменений центрального венозного и спинального давления
3. показателей пульса
4. частоты дыхания
5. изменения сознания

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

- +1. иннервируемых солнечным сплетением (печень, селезенка, кишечник, поджелудочная железа, мышцы)
2. системы сердца
3. системы головного мозга
4. системы легких
5. системы верхних и нижних конечностей

690. Непосредственная причина угрозы жизни больного при травматическом шоке связана

- +1. с расстройством микроциркуляции в результате молочно-кислого диатеза
2. с артериальным кровотечением
3. с множественными переломами длинных трубчатых костей
4. с венозным кровотечением

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

1. в висок
2. в область лба

- +3. в область затылка
- 4. в область темени
- 5. в область нижней челюсти

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

- 1. ушибы полюсов и оснований лобных долей
- 2. ушибы полюсов и оснований височных долей
- +3. ушибы конвексимальной поверхности лобных долей
- 4. ушибы основания затылочной доли
- 5. перелом крыльев основной кости

693. Основными клинически формами повреждения головного мозга являются:

- +1. сотрясение головного мозга,
- +2. сдавление головного мозга,
- 3. субарахноидальное кровоизлияние,
- 4. внутричерепная гематома,
- +5. ушиб головного мозга,

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

- 1. гидропса
- 2. внутричерепной гематомы
- +3. субарахноидального кровоизлияния
- 4. вдавленного перелома костей черепа
- 5. субдуральной гидромы

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

- 1. 100-120 мм вод. ст.
- 2. 130-140 мм вод. ст.
- 3. 180-210 мм вод. ст.
- +4. 220-240 мм вод. ст.
- 5. 260-320 мм вод. ст.

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

- 1. бледности кожных покровов с небольшой синюшностью слизистых
- +2. головных болей распирающего характера
- 3. уменьшения головной боли при опускании головы
- 4. понижения артериального давления в пределах АД 100/70-90/60 мм рт. ст.
- 5. давления спинно-мозговой жидкости от 40 до 100 мм вод. ст.

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

- 1. импрессионный перелом
- 2. компрессионный перелом
- 3. депрессионный перелом
- +4. перелом сагитального и фронтального швов
- 5. оскольчатый перелом

698. При неполном переломе костей свода черепа имеет место



- +1. перелом только наружной пластинки
- +2. перелом только внутренней пластинки
- 3. расхождение по сагитальному шву или коронарному шву
- 4. перелом основания черепа, но без разрыва твердой мозговой оболочки

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

- 1. импрессионный перелом
- 2. депрессионный перелом
- 3. черепитчатый перелом
- 4. компрессионный перелом
- +5. штыкообразный перелом

700. Для оскольчатых переломов костей свода черепа характерно

- 1. вдавление в полость черепа с повреждением твердой мозговой оболочки
- +2. разделение костных фрагментов пересекающимися трещинами
- 3. радиарное расхождение трещин от центра перелома
- 4. наложение одного костного фрагмента на другой

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

- 1. кровотечение из решетчатой кости
- 2. ликворея
- +3. перелом скуловой кости
- 4. перелом верхней челюсти
- 5. повреждение глазного яблока

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

- 1. сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга, сдавление головного мозга
- 2. переломы свода и основания черепа
- 3. открытые и закрытые повреждения головного мозга и черепа
- +4. повреждение желудочков головного мозга
- 5. повреждение твердой мозговой оболочки

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

- 1. неполного перелома
- 2. линейного перелома
- 3. вдавленного перелома
- +4. парабазального перелома

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

- 1. слепого ранения
- 2. сквозного ранения
- 3. тангенциального ранения
- +4. проникающего ранения больших полушарий
- 5. диагонального ранения

705. Эпидуральная гематома возникает в основном в результате кровотечения

1. из поврежденных сосудов коры головного мозга
2. из поврежденных костей свода черепа
3. из вены Галена
- +4. из ветвей средней оболочечной артерии
5. ветвей передней мозговой артерии

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

1. тяжелое коматозное состояние пострадавшего
- +2. отсутствие данных люмбальной пункции
3. состояние алкогольного опьянения
4. отсутствие патогномичных симптомов для большинства тяжелых повреждений головного мозга
5. сочетание повреждений головного мозга с повреждениями внутр. органов и опорно-двигательного аппарата

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

1. прозрачности
2. симптома раздвоения
3. прямолинейности
- +4. уплотнения тени
5. узости просвета

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

1. сотрясение головного мозга
2. ушиб головного мозга
3. гидроцефалию
- +4. субарахноидальное кровоизлияние
5. наличие внутричерепной гематомы

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

1. эпидуральной гематомы височно-теменной области
- +2. внутримозговой гематомы лобной доли
3. внутримозговой гематомы височной доли
4. субдуральной гематомы лобно-височной области
5. эпидуральной гематомы височно-теменной области

710. Люмбальная пункция дает возможность точно подтвердить диагноз только

1. сотрясения головного мозга
2. эпидуральной гематомы
3. субдуральной гематомы
4. внутримозговой гематомы
- +5. субарахноидального кровоизлияния

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

1. дегидратацию осмотическими диуретиками
2. дегидратацию салуретиками
3. люмбальную пункцию
- +4. нейротропные препараты

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

1. восстановить дыхание, проходимость верхних дыхательных путей, сделать интубацию трахеи
- +2. при необходимости произвести трахеостомию
3. сделать венепункцию и осуществить инфузию кровозаменителей
4. осуществить непрямой массаж сердца
5. сделать новокаиновую блокаду перелома костей конечности

713. Транспортировка пострадавших с открытым повреждением области сагитального синуса осуществляется

1. в лежачем положении на спине
2. в лежачем положении на боку с приподнятой головой
- +3. в полусидячем положении
4. в положении на животе
5. в положении на спине с приподнятой головой

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

1. маннитол
2. мочевины
3. фуросемид
- +4. раствор А.Лабори
5. раствор 10% глюкозы

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

1. трепанации черепа
- +2. пневмографии
3. тенториотомии
4. дренирования желудочков
5. фальксотомии

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

1. крайне тяжелого состояния больного
- +2. субдуральной гематомы объемом 60 мл
3. выраженного отека головного мозга
4. ушиба-размозжения головного мозга
5. субдуральной гидромы, после ее удаления необходимо дренировать субдуральное пространство

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

1. возмещение кровопотери
2. инфузию кровозаменителей с целью повышения артериального давления
3. удаление внедрившихся в полость черепа отломков
- +4. наложение на рану головы умеренно давящей повязки
5. введение лекарственных препаратов, повышающих ударный и минутный объем сердца

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

1. наложение аппарата Илизарова
2. остеосинтез бедренной кости пластиной
3. фиксацию конечности кокситной гипсовой повязкой
4. наложение модуля аппарата Илизарова
- +5. остеосинтез бедренной кости штифтом

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

1. острой субдуральной гематомы
2. острой эпидуральной гематомы
- +3. подострой субдуральной гематомы
4. внутримозговой гематомы
5. подострой эпидуральной гематомы

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

1. менингита
2. гидроцефалии
- +3. арахноидита
4. гипертензионного синдрома
5. кисты головного мозга

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

1. астенического синдрома
- +2. синдрома мозжечкового намета и приступов судорожных припадков
3. явлений деменции
4. энцефалопатического синдрома

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

1. I группу инвалидности
- +2. II группу инвалидности
3. III группу инвалидности
4. трудоустраиваются (ВТЭК через 1 год), а далее повторно освидетельствуются

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

1. сотрясения спинного мозга

2. ушиба спинного мозга
- +3. ротационного перекрута спинного мозга
4. сдавления спинного мозга
5. перерыва спинного мозга и кровоизлияния в спинной мозг (гематомиеэлии)

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

1. сбора анамнеза
2. исследования двигательных функций конечностей
- +3. измерения температуры отдельных частей тела
4. исследования нарушений чувствительности конечностей
5. исследования проходимости подпаутинного пространства (спинальная пункция)

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

1. ламинэктомия
2. корпоротомия с последующим пластическим замещением тела позвонка трансплантатом
3. одномоментное вправление вывиха позвонка
- +4. пневмомиелорасправление деформации спинного мозга введением кислорода в подпаутинное пространство
5. постепенное вправление вывихнутого позвонка скелетным вытяжением за череп

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

1. трахеостомии
2. восстановления гемодинамики
3. интубации трахеи и перевода пострадавшего на искусственную вентиляцию легких
- +4. ламинэктомии с ревизией спинного мозга
5. фиксации шейного отдела позвоночника

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

1. на спине
2. на левом боку
3. на правом боку
4. в полусидячем положении с подушкой в области поясницы
- +5. на животе

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

1. травматического шока
2. продолжающегося внутреннего кровотечения, повреждения внутренних органов или головного мозга
3. сепсиса, уросепсиса, гнойных осложнений со стороны мочевыводящих путей
- +4. клинических признаков сдавления спинного мозга
5. повреждения верхних сегментов шейного отдела с бульбарным симптомокомплексом

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

1. первоначальное лечение поврежденного спинного мозга

- +2. первоначальное лечение поврежденной печени
- 3. одновременное лечение поврежденного спинного мозга и печени
- 4. выжидание, при улучшении состояния - операция на том органе, клиника которого превалирует
- 5. оперативное лечение производиться не будет, лечить следует только консервативно

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

- +1. возможно
- 2. невозможно
- 3. возможно лишь частично
- 4. возможно, но через много лет
- 5. потребует смены специальности

731. Повреждение периферических нервов возможно всеми перечисленными механизмами, кроме

- 1. прямого удара
- +2. скручивания
- 3. сдавления
- 4. тракции
- 5. огнестрельного повреждения

732. При повреждениях периферического нерва двигательные расстройства проявляются

- 1. гипертонусом мышц выше уровня ранения
- +2. вялым параличом ниже уровня ранения
- 3. судорожным сокращением мышц ниже уровня ранения
- 4. усилением сухожильных и периостальных рефлексов ниже уровня ранения
- 5. перемежающимся гипер- и гипотонусом мышц ниже уровня ранения

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

- 1. анестезии
- 2. гиперстезии
- +3. апраксии
- 4. гиперпатии
- 5. парестезии

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

- 1. пучков C3-C4
- +2. пучков C5-C6
- 3. пучков C7-C8
- 4. пучков C8-T

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

- 1. выпадения функции подкрыльцового нерва
- 2. выпадения функции кожно-мышечного нерва
- 3. невозможности активного поднимания и отведения плеча
- +4. нарушения проводимости локтевого нерва
- 5. нарушения чувствительности на наружной поверхности плеча и предплечья

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

1. поражения срединного нерва
2. синдрома Горнера
3. поражения локтевого нерва
- +4. паралича разгибателей предплечья
5. нарушения чувствительности на внутренней поверхности плеча и предплечья

737. Средний тип повреждения плечевого сплетения возникает в результате повреждения

1. С4 корешка
2. С5 корешка
3. С4 и С5 корешка
- +4. С7 корешка
5. С8 и Т1 корешка

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

1. трехглавой мышцы плеча
2. анконеуса
3. лучевых разгибателей кисти
- +4. плечевой мышцы
5. локтевого разгибателя кисти

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

1. функцию всех разгибателей плеча
2. функцию всех разгибателей кисти
3. нарушение чувствительности дорзальной поверхности предплечья
- +4. нарушение чувствительности на ладонной поверхности лучезапястного сустава

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

- +1. круглого пронатора
2. длинного сгибателя первого пальца
3. глубокого сгибателя пальцев
4. мышцы большого возвышения
5. червеобразных мышц

741. При поражении локтевого нерва кисть принимает вид

1. "обезьяньей" кисти
- +2. "когтеобразной" кисти
3. "свисающей" кисти
4. "акушерской" кисти

742. Повреждение всех стволов плечевого сплетения происходит

1. при нанесении резаной раны
- +2. при тракции (тракционном механизме)
3. при нанесении колотой раны
4. при сдавлении конечности
5. при огнестрельном ранении

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

1. вялого паралича руки
2. отсутствия сухожильных рефлексов
- +3. меняющегося тонуса мышц плеча
4. выпадения суставно-мышечного сустава до лучезапястного сустава включительно
5. симптома Горнера

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

1. атрофии четырехглавой мышцы бедра
2. утраты коленного рефлекса
- +3. утраты чувствительности на внутренней поверхности бедра
4. нарушения чувствительности на передне-внутренней поверхности голени
5. невозможности сгибания голени

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

1. невозможность сгибания голени
2. нарушения чувствительности на наручно-задней поверхности голени
3. нарушения чувствительности на тыльной и подвздошной поверхности стопы
- +4. положительный симптом Вассермана
5. утрату рефлекса ахиллова сухожилия

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

- +1. нарушения чувствительности наружной поверхности голени
2. нарушения чувствительности задне-внутренней поверхности голени
3. невозможности поворачивания стопы кнутри
4. невозможности сгибания пальцев стопы
5. атрофии задней группы мышц голени

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

1. плеча
- +2. предплечья
3. бедра
4. голени
5. голеностопного сустава

748. Каузалгия развивается, главным образом, после

1. ранения бедренного нерва
- +2. частичного повреждения срединного нерва
3. частичного повреждения малоберцового нерва
4. полного пересечения седалищного нерва
5. полного пересечения лучевого нерва

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

1. мучительных болей в отсутствующих частях конечности
- +2. болей, возникающих сразу или через несколько дней после ампутации или отрыва конечности



3. частого ощущения в неестественном, причудливом положении ампутированных частей конечности
4. как бы чувственного удлинения и отпадения со временем фантомной конечности
5. неэффективности физиотерапевтического лечения при фантомных болях

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

1. возникновения в сравнительно поздние сроки, через недели и месяцы после ранения
2. локализации трофических язв чаще в области пятки и стопы
3. образования трофических язв в первые дни после ранения при механических и термических воздействиях
- +4. трофические язвы не образуются при неполных перерывах нерва
5. при полных перерывах нерва весьма часто отмечается выпадение волос

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

1. I грудной узел
- +2. II грудной узел
3. III грудной узел
4. IV грудной узел

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

1. I поясничный узел
- +2. II поясничный узел
3. III поясничный узел

753. При оперативном лечении повреждения плечевого сплетения следует обнажить сплетение

- +1. в боковом треугольнике
2. в подкрыльцовой области
3. с остеотомией и резекцией ключицы
4. по Созону - Ярошевичу
5. супраклавикулярным доступом

754. Под термином "невролиз" понимают

1. выделение нерва из эпинеуральной оболочки
- +2. выделение нерва из окружающих тканей и рубцов
3. выделение нерва из окружающих тканей и рубцов с иссечением перерожденной части без сшивания нерва

755. Различают следующие типы операций на периферическом нерве ствола

- +1. первичные
- +2. отсроченные ранние
- +3. отсроченные поздние

756. Показаниями к внутривольному неврoлизy на верхней конечности являются

1. большие рубцы, сдавливающие нервный ствол
2. рубцовое перерождение эпинеурия
3. рубцы внутри нервного ствола

- 4. боковая неврома
- +5. нейрогенная деформация кисти

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

- 1. выделения нерва, осмотра для окончательного выбора метода вмешательства
- 2. мобилизации концов нерва
- +3. резекции поврежденных участков нерва
- 4. создания муфты по всему периметру шва нерва из мышцы или вены с целью отграничения от рубцов
- 5. наложения эпинеуральных швов

758. Техника наложения шва нерва состоит из следующих элементов

- +1. обязательное поперечное пересечение концов нерва бритвой
- +2. наложение двух направляющих швов с латеральной и медиальной поверхности нерва
- 3. сближение концов нерва вплотную, но без загиба пучков

759. Для сближения концов прерванного нерва при больших диастазах рекомендовано

- 1. максимальное сгибание в суставах с целью уменьшения натяжения нерва
- 2. мобилизация центрального и периферического отрезка нерва на значительном протяжении
- 3. резекция кости с целью укорочения конечности
- 4. перекрестное соединение разноименных нервов
- +5. правильного ответа нет

760. Пластика дефектов периферических нервных стволов может осуществляться с использованием

- 1. гомопластики (аллопластики)
- 2. гетеропластики
- +3. аутопластики

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

- +1. в 4 см
- 2. в 6 см
- 3. в 8 см
- 4. в 10 см
- 5. в 15 см

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

- 1. гипсовой иммобилизации конечности в течение трех недель
- +2. наложения через 3 недели после операции съемной гипсовой повязки и механотерапии
- 3. массажа и тепловых процедур через 3 недели после операции
- 4. профилактики развития вторичной нейрогенной деформации со 2-го месяца после операции
- 5. витаминотерапии с первых дней после операции

763. При повреждении магистральных артерий в дистальном отделе конечности наблюдается

- 1. цианоз кожных покровов
- +2. бледность кожных покровов
- 3. холодный липкий пот

#### 4. отек мягких тканей

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

1. неадекватными повреждению болями
2. раной в проекции сосудистого пучка с кровотечением (интенсивным, незначительным) или отсутствием его
3. бледностью, похолоданием кожных покровов конечности дистальнее раны
4. расстройством чувствительности
- +5. мышечной контрактурой

765. Сохранение пульса на периферии исключает ранение магистральной артерии

1. всегда
- +2. не всегда
3. при отсутствии раны в проекции сосудистого пучка
4. при отсутствии кровотечения из раны

766. Наиболее информативным методом исследования артериального русла является

1. венография
2. осциллография
- +3. ангиография
4. определение пульсации сосуда
5. аускультация

767. Для остановки кровотечения на месте происшествия можно использовать

- +1. наложение жгута
- +2. наложение давящей повязки
- +3. возвышенное положение конечности
- +4. наложение зажима на кровоточащий сосуд

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

1. реополиглукин
2. трентал
- +3. аспирин
4. спазмолитики
5. фенилин

769. По внутренней поверхности голени осуществляется доступ

1. к передней большеберцовой артерии
- +2. к задней большеберцовой артерии
3. к малоберцовой артерии

770. Циркулярный сосудистый шов накладывается

1. при сшивании артерии конец-в-конец
2. при сшивании артерии конец-в-бок
3. при сшивании вены конец-в-конец
- +4. при всех перечисленных способах

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

1. тромбоза анастомоза

- 2. несостоятельности шва
- +3. спазма в зоне анастомоза

772. При размятии магистральной артерии возможно закрытие дефекта за счет

- +1. аутовенозного трансплантата
- +2. сохраненной боковой ветви проксимального фрагмента
- 3. силиконовой трубки
- 4. аллотрансплантата

773. Для профилактики тромбоза в зоне сосудистого шва назначают

- +1. антикоагулянты прямого действия
- +2. реополиглюкин
- +3. спазмолитики
- +4. антикоагулянты непрямого действия

774. Контроль за проходимость сосудистого анастомоза осуществляется

- +1. по пульсации дистальнее сосудистого шва
- 2. по ангиографическим данным
- 3. по выраженности венозного рисунка

775. Трудоспособность при изолированном повреждении лучевой артерии восстанавливается

- 1. через 3 недели
- +2. после заживления раны
- 3. через 6 недель
- 4. трудоспособность не нарушается

776. При повреждении грудной клетки противопоказано

- 1. рентгенография грудной клетки
- 2. зондирование раны грудной клетки
- 3. измерение центрального венозного давления
- +4. выявление симптома Бирнера
- 5. сукуссия грудной клетки

777. Основные принципы лечения больных с повреждением грудной клетки включают следующие лечебные действия:

- +1. лечение острой дыхательной недостаточности,
- 2. восстановление проходимости дыхательных путей,
- +3. снятие болевого симптома,
- +4. лечение острой кровопотери,
- +5. определение показаний к торакотомии

778. Сотрясение грудной клетки, являясь закрытой травмой груди, проявляется:

- 1. клиникой переломов ребер,
- +2. тахикардией,
- +3. частым слабым пульсом,
- +4. бледностью кожных покровов, цианозом слизистых,
- 5. падением артериального давления

779. Клиника ушиба грудной клетки характеризуется следующими симптомами:

- +1. кровоизлияниями в мягкие ткани грудной клетки,
- +2. нарушением ритма и амплитуды дыхания,

3. симптомом Пертеса,
4. подкожной эмфиземой,
5. симптомами перелома ребер без смещения,

780. Для сдавления грудной клетки прежде всего характерны:

1. множественный перелом ребер,
- +2. кровохарканье,
- +3. осиплость голоса,
- +4. кровоизлияние в склереу глазных яблок,
5. гемоторакс,

781. Современная классификация переломов ребер включает следующие:

- +1. простой перелом ребер,
2. разбитая грудная клетка,
- +3. сложный перелом ребер,
- +4. осложненный перелом ребер,
5. окончательный перелом ребер,

782. Клиническая картина простого перелома ребер складывается из следующих симптомов:

- +1. кашель,
- +2. вынужденное положение тела,
- +3. локальная боль в области перелома ребра,
4. подкожная эмфизема на небольшой площади, в пределах 1-2 ребер,
- +5. подвижность сломанного ребра при пальпации,

783. Клиническую картину сложного перелома ребер составляют следующие симптомы:

- +1. болевой симптом,
- +2. кровохарканье,
- +3. подкожная эмфизема,
4. петехиальные кровоизлияния,
- +5. пневмогемоторакс

784. Основными симптомами повреждения легкого при переломах ребер являются:

- +1. кровохарканье,
- +2. пневмоторакс,
- +3. гемоторакс,
- +4. подкожная эмфизема,
5. усиление голосового дрожания на стороне поврежденного легкого,

785. Диагноз осложненного перелома ребер можно поставить на основании следующих признаков:

- +1. выраженная дыхательная недостаточность,
- +2. прогрессирующая подкожная эмфизема,
- +3. пневмоторакс, не устранимый плевральной пункцией,
- +4. гемоторакс,
5. набухание вен шеи

786. Диагноз закрытого простого пневмоторакса устанавливается на основании:

- +1. сглаженности межреберных промежутков на стороне повреждения,
- +2. отсутствия голосового дрожания на стороне повреждения,
3. бронхиального дыхания на стороне повреждения,

- +4. возможности разрешения пневмоторакса плевральными пункциями,
- +5. резкого снижения везикулярного дыхания на стороне повреждения

787. Напряженный (клапанный) пневмоторакс устанавливается на основании:

- +1. нарастающей сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности,
- +2. нарастающей подкожной эмфиземы,
- +3. симптома "хлопающего паруса",
- 4. симптома Бирмера,
- +5. положительного симптома "газового синдрома",

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

1. набухание яремных вен, синюшность лица
2. прогрессирующую осиплость голоса
3. нарастающую сердечно-сосудистую и дыхательную недостаточность
- +4. увеличивающийся гемоторакс
5. временами возникающее нарушение сознания

789. Для простого гемоторакса характерны:

1. нарастающая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность,
- +2. положительный симптом Бирмена,
- +3. снижение голосового дрожания на стороне повреждения,
- +4. укорочение перкуторного звука на стороне повреждения,
- +5. одышка, кашель

790. Для нарастающего гемоторакса прежде всего характерны:

- +1. постоянное снижение артериального давления,
- +2. резко выраженная бледность кожных покровов,
- +3. стремление больного принять сидячее положение,
- +4. снижение или отсутствие проведения голосового дрожания на стороне повреждения грудной клетки,
- +5. положительный симптом Бирмера,

791. Клиническая картина хилоторакса складывается из:

1. прогрессирующей дыхательной недостаточности,
- +2. клиники гемоторакса,
- +3. плевральной жидкости, полученной при пункции: бело-розовый густой верхний и жидкий нижний слой,
4. кровохарканья,
5. положительной пробы Петрова

792. Клиника закрытого гемопневмоторакса складывается из следующих симптомов:

1. повышение артериального давления,
- +2. снижение голосового дрожания на стороне гемопневмоторакса,
- +3. тахикардия и учащение пульса,
- +4. ослабление или отсутствие дыхания на стороне повреждения,
- +5. смещение средостения,

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

1. массивный гемоторакс
2. клапанный или напряженный пневмоторакс

3. тампонаду сердца
- +4. контузионный пневмонит
5.  $P_aCO_2 = 60$  мм вод. ст.

794. Для ранней диагностики внутреннего кровотечения при закрытой травме грудной клетки ведущее значение имеют:

- +1. падение артериального давления,
- +2. тахикардия,
3. редкий напряженный пульс на сонных артериях,
- +4. учащенное дыхание,
- +5. нарастающее чувство жажды,

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

- a) сильное давление на правый желудочек
1. давление на полые вены
2. давление на аурикулярный отдел сердца
- +3. давление на венозный отдел сердца
4. поворот сердца в более горизонтальное положение

796. Наиболее часто при травме грудной клетки средостение сдавливается

1. сломанным ребром
- +2. сломанной грудиной
3. гемотораксом
4. при эмфиземе средостения (воздухом средостения)
5. пневмотораксом

797. Острая тампонада сердца проявляется:

- +1. резким снижением артериального давления,
- +2. значительным повышением центрального венозного давления,
3. резким усилением сердечных тонов,
- +4. расширением тени сердца на рентгенограмме в виде трапеции или шара,
5. резкого снижения центрального венозного давления

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

1. пневмонии
- +2. ателектаза
3. "влажного легкого"
4. инфаркта легкого
5. кровохарканья

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

1. данные ЭКГ
- +2.  $PO_2$  и  $PCO_2$  венозной крови
3. ферменты плазмы крови (АСТ, ЛЛГ, ЛДТ)
4. изменение границ сердца
5. неустойчивую гемодинамику и отсутствие отчетливой гемодинамики на проводимую терапию

800. Ушиб легкого клинически проявляется:

- +1. в первые минуты после травмы,
- +2. в первые часы после травмы,
- 3. через 2 недели после травмы,
- +4. болями в груди,
- +5. локализацией очагов ушиба на задней поверхности нижних долей,

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

- +1. компрессионный,
- +2. обтурационный,
- 3. обтурационно-резорбционный,
- +4. констрикционный,
- 5. инфарктный

802. К достоверным признакам разрыва диафрагмы относятся:

- +1. выслушивание типичных кишечных шумов в плевральной полости,
- 2. положительный симптом диафрагмального нерва,
- 3. возникающая при форсировании дыхания длительная икота,
- +4. определение при рентгенологическом исследовании петель кишечника и желудка в грудной полости,
- 5. отсутствие голосового дрожания на стороне повреждения

803. При простых переломах ребер обезболивание достигается путем:

- +1. паравертебральной новокаиновой блокады,
- +2. новокаиновой блокады области перелома ребер,
- 3. вагосимпатической новокаиновой блокады по А.В.Вишневскому,
- 4. введения промедола,
- 5. введения морфина

804. При сложных переломах ребер целесообразно осуществлять обезболивание по Е.А.Вагнеру:

- +1. новокаиновую блокаду перелома ребер,
- +2. вагосимпатическую новокаиновую блокаду по А.В.Вишневскому,
- 3. перидуральную блокаду на уровне Т1-Т4 позвонка,
- 4. внутрикостную блокаду введением новокаина в грудину,
- +5. паравертебральную новокаиновую блокаду

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

- 1. второго межреберья по средне-ключичной линии
- 2. четвертого межреберья по средней-подмышечной линии
- 3. шестого межреберья по задней подмышечной линии
- +4. восьмого межреберья по лопаточной линии
- 5. пункции по верхнему краю ребра

806. Для дренирования плевральной полости при пневмотораксе следует выбрать следующее место прокола и диаметр дренажной трубки:

- +1. второе межреберье по средне-ключичной линии,
- +2. четвертое межреберье по задней подмышечной линии,
- 3. шестое межреберье по задней подмышечной линии,
- +4. дренажную трубку диаметром 3 мм,
- 5. дренажную трубку диаметром 15 мм,



807. Дренирование плевральной полости при гемотораксе следует осуществлять через

1. 3-е межреберье по средне-ключичной линии
2. 5-е межреберье по передней подмышечной линии
- +3. 6-е межреберье по средней подмышечной линии
4. 7-е межреберье по передней подмышечной линии
5. 8-е межреберье по лопаточной линии

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

1. скелетное вытяжение за реберную створку
2. скелетное вытяжение за грудину
3. остеосинтез сломанных ребер
- +4. фиксацию реберного клапана шиной Витюгова
5. фиксацию реберного клапана по Бечуку

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

1. гемостатические показания
2. азростатические показания
- +3. гипоксимические показания
4. дополнительные показания

810. При выполнении неотложной "типичной" торакотомии оптимальными являются:

1. положение больного на спине с приподнятой поврежденной стороной,
- +2. положение больного на здоровом боку,
- +3. эндотрахеальный наркоз,
- +4. переднебоковой разрез по 4-му или 5-му межреберью,
- +5. выступающий край широчайшей мышцы спины отслаивают и оттягивают наружу

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

1. небольшие размеры раны
2. ровные края раны
3. расположение раны чаще на левой стороне
4. раневой канал представляет собой треугольник, вершина которого - кожная рана
- +5. кровотечение из раны чаще артериального характера

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

1. перемещения мышц раневого канала
2. закрытия отверстия раневого канала сгустком крови
- +3. отека мягких тканей области раны
4. закрытия раневого канала ребром

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

1. флегмона надключичной области
2. флегмона области лопатки
- +3. субпекторальная флегмона
4. флегмона подкрыльцовой области
5. флегмона области тела грудины и мечевидного отростка

814. "Газовый синдром", имеющий место в диагностике открытых повреждений груди, включает:

- +1. подкожную эмфизему,
- +2. эмфизему средостения,
- +3. клапанный пневмоторакс,
4. "Pendelluft" - перекачивающийся газ,
5. обтурационный ателектаз

815. При наличии у пострадавшего наружного открытого пневмоторакса лечебная тактика включает следующие лечебные действия:

1. введение больному морфина,
- +2. вагосимпатическая блокада по А.В.Вишневскому,
- +3. первичная хирургическая обработка раны грудной клетки,
- +4. наложение окклюзионной повязки на рану грудной клетки до первичной хирургической обработки,
5. дренирование плевральной полости в межреберье расположения раны грудной клетки

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

- +1. сквозные ранения
2. рикошетирующие ранения
- +3. слепые ранения
- +4. касательные ранения

817. Различают следующие виды проникающих ранений грудной клетки:

- +1. ушиб легкого,
- +2. ранение с повреждением костей грудной клетки,
- +3. ранения без повреждения костей грудной клетки,
- +4. ранения, связанные с повреждением внутренних органов,
5. ранения без повреждения внутренних органов,

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

- +1. острого начала на 10-12 сутки после огнестрельного ранения
2. повышения температуры тела до 39-40 градусов Цельсия
3. беспокойного состояния больного
4. воспалительный процесс обычно захватывает переднее или заднее средостение
5. раневого симптома Герке

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

- +1. введения морфина или литической смеси
2. вагосимпатической блокады по А.В.Вишневскому
3. паравerteбральной новокаиновой блокады
4. межреберной новокаиновой блокады
5. перидуральной анестезии

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

1. 300-500 мл в течение суток

2. 600-800 мл в течение суток
- +3. 1000-1500 мл в течение суток
4. 1800-2400 мл в течение суток
5. 2600-3200 мл в течение суток

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

1. пункции по способу Марфана
2. пункции по способу Куршмана
- +3. рассечения кожи и фасции над яремной вырезкой и введения за грудину трубки в клетчатку средостения
4. введения двух дренажных трубок в 1-е межреберье по парастернальным линиям с обеих сторон
5. введения дренажной трубки в клетчатку средостения через трепанационное отверстие тела грудины,

822. Пункция перикарда может быть удачно осуществлена:

- +1. по Пирогову - Делорму,
- +2. по Войно-Сяноженцкому,
- +3. по Ларрею,
4. в промежутке между реберной дугой и мочевидным отростком слева,
5. в промежутке 3-го межреберья слева по парастеральной линии снизу и кнутри

823. Боковая торакотомия дает возможность детально осмотреть

- +1. передние отделы легкого
- +2. передние отделы сердца
- +3. задние отделы легкого
- +4. диафрагму

824. Сложность дифференциальной диагностики тяжелых сочетанных повреждений грудной клетки состоит прежде всего в выявлении:

- +1. источника кровотечения,
- +2. повреждения органов брюшной полости,
3. повреждения позвоночника,
- +4. причин нарушения сознания,
- +5. причин дыхательной недостаточности

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

1. вагосимпатическая новокаиновая блокада по А.В.Вишневскому
- +2. обезболивание закисью азота с эфиром через маску
3. трахеостомия
4. паравертебральная новокаиновая блокада
5. плевральная пункция

826. Реабилитация больных с повреждением грудной клетки предусматривает осуществление:

- +1. постоянной дыхательной гимнастики,
2. выявления ателектазов легких,
3. оперативное устранение спаек и шварт плевральной полости,
4. лечебного пневмоторакса,
- +5. восстановление формы грудной клетки, т.е. устранение деформации грудной степени,

827. К симптомам, характерным для ушиба брюшной стенки, относятся  
+1. локальная болезненность, кровоподтек, ограниченная припухлость  
2. локальная болезненность, обширная гематома, дефект мышечной ткани  
3. кровоподтек, болезненность без точной локализации, вздутие живота  
4. болезненность без точной локализации, вздутие живота, дефект мышц в области стенки живота  
5. кровоподтек, локальная болезненность, явление пареза кишечника

828. К симптомам, характерным для непроникающего ранения живота, относятся  
1. наличие раны брюшной стенки, локальная болезненность, симптомы раздражения брюшины  
2. наличие раны, разлитая болезненность в животе, вздутие живота  
+3. наличие раны, локальная болезненность, отсутствие симптомов раздражения брюшины  
4. наличие раны, кровотечение, вздутие живота, иррадиация боли в область правого плеча  
5. наличие раны, кровотечение, иррадиация боли в область левого плеча

829. Целесообразно исключить повреждение диафрагмы при наличии резаной раны  
+1. на уровне нижних шести ребер  
+2. на уровне нижних трех ребер  
+3. передней брюшной стенки  
+4. на уровне эпигастрия

830. Показанием к реинфузии крови из брюшной полости является внутреннее кровотечение вследствие  
+1. повреждения селезенки, печени, кровеносных сосудов  
2. повреждения селезенки, печени, сосудов, почки  
3. повреждения селезенки, печени, диафрагмы  
4. повреждения селезенки, печени, желудка  
5. повреждения селезенки, печени, мочевого пузыря

831. Диагностика поддиафрагмальных абсцессов основана на всех следующих признаках, исключая  
1. боли в области подреберья справа, иррадиирующие в лопатку, надплечье, эпигастральную область  
2. высокое стояние диафрагмы, наличие свободной жидкости под диафрагмой  
3. наличие симптома "защиты" - положения туловища на спине с приведенными к животу ногами  
+4. наличие экссудативного плеврита на стороне абсцесса  
5. симптомы общей интоксикации, повышение температуры, сдвиг лейкоцитарной формулы, повышение СОЭ

832. Диагноз перелома зуба второго шейного позвонка устанавливается на основе спондилограммы  
1. в передне-задней проекции  
+2. в боковой (профильной) проекции  
3. в аксиальной или полуаксиальной проекции  
+4. в передне-задней через открытый рот

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

- +1. ламинэктомия
- +2. корпоротомия с ревизией дурального мешка
- 3. рассечение передней продольной и вейной связки
- 4. резекция суставных отростков позвонков

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

- 1. скелетное вытяжение за кости черепа
- 2. вытяжение за голову петлей Глиссона
- +3. ляжочное вытяжение за подмышечные впадины
- 4. скелетное вытяжение за кости таза
- 5. скелетное вытяжение за нижние конечности

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

- 1. перелома, сопровождающегося повреждением спинного мозга
- 2. перелома, сопровождающегося повреждением корешков спинного мозга
- 3. тяжелого многооскольчатого перелома тела позвонка, межпозвоноч. диска с нарушением оси позвоночника
- 4. взрывного перелома тела позвонка с повреждением двух дисков
- +5. компрессионного перелома тела со снижением высоты менее, чем на 1/4

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

- 1. массажа
- 2. лечебной гимнастики
- +3. механотерапии
- 4. физиотерапии
- 5. электростимуляции мышц

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

- 1. осложненного перелома
- 2. неосложненного перелома
- 3. компрессионного перелома
- +4. торсионного перелома
- 5. перелома заднего отдела позвонка

838. Из анатомических структур поясничных позвонков чаще всего ломается

- +1. поперечный отросток
- 2. остистый отросток
- 3. верхний суставной отросток
- 4. нижний суставной отросток
- 5. дужка позвонка

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

- 1. наложения гипсового корсета
- 2. метода создания "мышечного корсета" по Гориневской - Древинг
- 3. постепенной реклинации на валиках или специальном щите
- 4. одномоментной реклинации с фиксацией гипсовым корсетом
- +5. фиксации места перелома "поясом штангиста"

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

1. поднятия ножного конца кровати и фиксации стоп
- +2. поднятия головного конца кровати и фиксации пострадавшего петлями за подмышечные впадины
3. фиксации петлю Глиссона за головку и грузом в 6 кг
4. фиксации таза специальным лифчиком и тягами по оси
5. наложения на грудную клетку специального жилета и тягой к голове

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

1. стяжки за дужки при помощи фиксатора Ткаченко
2. стяжки за остистые отростки при помощи фиксатора Цивьяна - Рамиха
3. стяжки за остистые отростки лавсановой лентой
- +4. замены сломанного позвонка ксенопротезом
5. стяжки за остистые отростки проволокой (по Новаку)

842. При свежих переломах поясничных позвонков не применяются

1. электростимуляция поясничных мышц
2. массаж
3. лечебная гимнастика
4. физиолечение
- +5. механотерапия

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

1. сдавливания костей таза
2. разведения костей таза
3. прямого удара по тазу
- +4. скручивания костей таза
5. отрывного механизма

844. К отрывным переломам костей таза относятся

1. перелом лонной кости
2. перелом седалищной кости
3. перелом вертлужной впадины
- +4. перелом нижнего гребешка безымянной кости
5. перелом крестца

845. К переломам, сопровождающимся разрывом тазового кольца, относятся

1. перелом крыла подвздошной кости
2. перелом лонной кости
3. перелом губы вертлужной впадины
- +4. перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
5. перелом лонной и седалищной костей с разных сторон

846. Не сопровождается разрывом тазового кольца

- +1. перелом дна вертлужной впадины
2. разрыв крестцово-подвздошного сочленения с одной стороны
3. разрыв лонного сочленения и перелом подвздошной кости
4. перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
5. разрыв лонного сочленения и вертикальный перелом крестца

847. Не относится к травме вертлужной впадины

1. перелом дна вертлужной впадины
2. перелом верхней губы вертлужной впадины
- +3. перелом основания лонной кости
4. центральный подвывих бедра
5. центральный вывих головки бедра

848. К комбинированным переломам относятся

1. открытый перелом переднего отдела таза
- +2. перелом вертлужной впадины и термический ожог промежности и ягодиц
3. перелом лонной и седалищной костей с разрывом мочевого пузыря
4. перелом лонной кости с разрывом уретры
5. перелом подвздошной кости и разрыв тонкого кишечника

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

1. лечение и профилактика травматического шока
- +2. восполнение потерянной при травме крови
3. раннее вставание и активизация пострадавшего - "функциональное лечение"
4. репозиция смещенных отломков таза
5. профилактика и лечение возникающих осложнений

850. Чаще всего при переломах костей таза повреждаются

1. простата у мужчин и яичники у женщин
- +2. уретра, простатическая ее часть
3. дистальная часть мочеиспускательного канала
4. мочевого пузыря
5. влагалище у женщин и половой член у мужчин

851. Наиболее легким осложнением ранения мягких тканей области таза является

- +1. недостаточность мышц (их сократительность)
2. повреждение крупных сосудов и связанные с этим осложнения
3. повреждение крупных нервных стволов
4. развитие гнойной инфекции
5. развитие анаэробной инфекции

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

1. иссечение и рассечение поврежденных мягких тканей
2. остановку кровотечения, удаление сгустков крови и инородных тел
- +3. пластическое восстановление поврежденного органа (мочевого пузыря, прямой кишки, матки, влагалища)
4. остеосинтез сломанных костей таза
5. тщательное дренирование ран

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

1. степени выраженности болевого симптома
2. снижения функции конечности
3. обширности отека
4. величины гематомы и кровоподтека
- +5. повышенного тонуса мышц

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

1. иммобилизации
2. обезболивания
- +3. пункции области повреждения мышцы с удалением гематомы
4. массажа конечности выше разрыва мышц
5. массажа конечности ниже разрыва мышц

855. Для полного разрыва мышцы характерно все перечисленное, кроме

1. отчетливого ощущения момента разрыва
2. резкой боли
3. снижения функции конечности
- +4. выраженного гипотонуса конечности
5. западения в области разрыва мышцы

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

1. снижения функции конечности
2. боли
- +3. лимфаденита и лимфангоита
4. отека сегмента конечности
5. защитной контрактуры конечности

857. Чаще всего при травмах происходит разрыв

- +1. сухожилий разгибателей пальцев кисти
2. сухожилий разгибателей пальцев стопы
3. сухожилий четырехглавой мышцы бедра
4. сухожилий длинной головки двуглавой мышцы плеча
5. ахиллова сухожилия

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

- +1. у места прикрепления к кости
- +2. у места перехода сухожилия в мышцу
3. в средней части мышцы

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

1. к бугристости лучевой кости
2. к фасции Пирогова
- +3. к сухожилию плечевой мышцы
4. к плечевой мышце
5. к дистальному концу оторвавшегося сухожилия двуглавой мышцы на бугристости лучевой кости

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

1. длинной приводящей мышцы бедра
- +2. большой приводящей мышцы бедра
3. малой приводящей мышцы бедра
4. короткой приводящей мышцы бедра
5. стройной (нежной) приводящей мышцы бедра



861. Воспаление ахиллова сухожилия может быть вследствие любой из перечисленных причин, кроме
1. недооценки воздействия местной инфекции
  2. частых микротравм области ахиллова сухожилия
  - +3. врожденной анатомической предрасположенности в виде варусного положения стопы
  4. неподходящей обуви при занятии спортом
  5. упражнений, связанных с бегом и прыжками на твердом, мягком и скользком грунте
862. Симптом Томпсона при выявлении разрыва ахиллова сухожилия проявляется
1. западением в области разрыва ахиллова сухожилия
  2. невозможностью стоять и ходить на пальцах поврежденной ноги
  - +3. отсутствием подошвенного сгибания стопы поврежден. конечности при сдавлении трехглавой мышцы голени
  4. резким ограничении супинации стопы
  5. ощущением щелчка при разрыве ахиллова сухожилия
863. У штангистов и борцов часто происходит повреждение всех следующих мышц, прикрепляющихся к грудной клетке, кроме
1. большой грудной
  2. межреберных мышц
  3. передней грудной мышцы
  4. прямой мышцы живота
  - +5. поперечной мышцы груди
864. Для повреждения прямой мышцы живота характерно все перечисленное, кроме
1. кровоизлияния передней брюшной стенки
  - +2. разрыва, происходящего при прямом ударе в момент расслабления брюшного пресса
  3. езкой боли в области брюшной стенки
  4. симптомов раздражения брюшины
  5. напряжения передней брюшной стенки
865. Отрыв прямой мышцы бедра происходит преимущественно в области
1. верхнего полюса надколенника
  2. седалищного бугра
  - +3. передней нижней оси подвздошной кости
  4. передней верхней оси подвздошной кости
866. Встречающийся у спортсменов так называемый перелом Segond - это
- +1. отрыв подвздошно-берцового тракта от наружного мыщелка большеберцовой кости
  2. отрыв двуглавой мышцы бедра от головки малоберцовой кости
  3. отрыв четырехглавой мышцы от верхнего полюса надколенника
  4. отрыв большого аддуктора бедра от седалищного бугра
867. Для так называемого перелома Segond характерно все перечисленное, кроме
- +1. отрыва двуглавой мышцы бедра от головки малоберцовой кости
  2. сочетанного повреждения передней крестообразной связки
  3. возникновения при насильственной внутренней ротации приведенного и согнутого коленного сустава
  4. резкой боли и блокады коленного сустава
868. Наиболее часто ключица ломается при падении

1. на боковую поверхность лица
2. на локоть
3. на вытянутую руку
- +4. при любом из перечисленных вариантов

869. Периферический отломок не бывает смещен

- +1. назад
2. вперед
3. вниз
4. внутрь

870. Для перелома ключицы характерны все перечисленные признаки, кроме

- +1. верхняя конечность приподнята вверх и смещена кзади
2. над ключицей деформация и припухлость
3. надключичная ямка сглажена
4. расстояние от позвоночника до медиального края лопатки увеличено на стороне повреждения

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

1. шины Кузьминского
2. 8-образной повязки
3. колец Дельбе
- +4. гипсовой повязки по Турнеру

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

1. 2-4 недели
- +2. 1.5-2 месяца
3. 2-3 месяца
4. 3-4 месяца

873. Периферический отломок при переломе шейки лопатки смещается

1. кверху и внутри
- +2. книзу и кнутри
3. кнаружи и кверху
4. кнаружи и книзу
5. ротационно

874. Повреждение подкрыльцового нерва при переломе шейки лопатки приводит

1. к потере чувствительности
2. к потере движений в пальцах кисти
- +3. к парезу дельтовидной мышцы
4. к нарушению кровообращения

875. Характерным симптомом перелома лопатки является

1. признак Маркса
2. симптом Чаклина
- +3. симптом Комолли

876. Возникновение "крыловидной" лопатки связано

1. с нарушением кровоснабжения в надплечье

- +2. с ушибом или перерастяжением длинного грудного нерва
- 3. с повреждением плечевого сплетения
- 4. с повреждением подкрыльцового нерва

877. При внутрисуставном переломе лопатки для иммобилизации применяется

- 1. гипсовая повязка по Турнеру
- 2. косыночная повязка
- 3. мягкая повязка Дезо
- 4. гипсовая повязка Дезо
- +5. отводящая шина

878. Срок иммобилизации при внутрисуставном переломе лопатки составляет

- 1. 2 недели
- +2. 4-5 недель
- 3. 6-8 недель
- 4. 10-12 недель
- 5. 3 месяца

879. Абдукционный перелом хирургической шейки плеча возникает

- 1. при приведении плеча
- +2. при отведении плеча
- 3. при нейтральном положении
- 4. при любом из перечисленных положений

880. Аддукционный перелом хирургической шейки плеча возникает

- +1. при приведении плеча
- 2. при отведении плеча
- 3. при нейтральном положении
- 4. при сгибании плеча

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

- 1. кнутри и кзади
- +2. кнаружи и кзади
- 3. кнутри и кпереди
- 4. углового смещения нет

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

- +1. кнутри и кзади
- 2. кнаружи и кзади
- 3. кнаружи и кпереди
- 4. кнутри и кпереди
- 5. углового смещения нет

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

- +1. оперативно вправляя и фиксируя наружным остеосинтезом в ранние сроки
- 2. удаляя головку в ранние сроки
- 3. удаляя головку, производя артродез в ранние сроки
- 4. оперируя в поздние сроки, делая остеосинтез
- 5. оперируя в поздние сроки, удаляя головку

884. Для скелетного вытяжения при лечении аддукционного перелома хирургической шейки плеча со смещением требуется
1. 1-2 недели
  - +2. 3-4 недели
  3. 5-6 недель
  4. 8-10 недель
885. Характер смещения диафизных переломов плеча всех 3 уровней (проксимального, среднего и дистального отделов)
- +1. только от действующей внешней силы, нарушившей целостность кости
  - +2. от сокращения и тяги определенной группы мышц, по-новому влияющих на кость в условиях ее перелома
  - +3. от особенностей иннервации
886. Признаками мышечной интерпозиции при диафизарных переломах плеча являются
- +1. смещение фрагментов
  - +2. отсутствие "костного хруста"
  - +3. неудача при попытке репозиции
887. При консервативном лечении диафизарного перелома плеча и клинических признаках замедленной консолидации для иммобилизации может потребоваться
1. 3-4 месяца
  - +2. 5-6 месяцев
  3. 10-12 месяцев
  4. 1-1.5 года
888. При оперативном лечении переломов диафиза плеча для остеосинтеза предпочтительны
- +1. деротационные накостные пластинки
  2. различные внутрикостные штифты
  3. винты
  4. проволока
889. Среди внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза плеча следует выделять
- +1. надмыщелковые переломы плеча (разгибательные и сгибательные)
  - +2. чрезмыщелковые переломы плеча и переломы мыщелков
  - +3. мыщелковые переломы плеча
  - +4. переломы головчатого возвышения
890. При разгибательном переломе плеча угол между фрагментами открыт
1. кпереди и кнаружи
  - +2. кзади и кнутри
  3. кпереди и кнутри
  4. углового смещения нет
891. При сгибательном типе перелома дистального отдела плеча угол между фрагментами открыт
1. кпереди и кнаружи
  2. кзади и кнутри
  - +3. кпереди и кнутри
  4. углового смещения нет

892. Повреждение лучевого нерва при переломе в нижней трети плеча вызывает все перечисленное, кроме
- +1. расстройства чувствительности в 4 и 5 пальцах
  2. свисания кисти и невозможности активного разгибания ее и основной фаланги пальцев
  3. понижения чувствительности на лучевой стороне кисти
  4. понижения чувствительности на разгибательной части предплечья
893. При переломе плеча в нижней трети, осложненным повреждением срединного нерва, возникает расстройство чувствительности
1. 4 и 5 пальцев
  2. во 2-м пальце
  3. только в 1-м пальце
  4. только в 3-м пальце
  - +5. в 1, 2, 3 пальцах кисти и внутренней поверхности 4 пальца
894. Треугольник Гютера определяется в положении
1. полного разгибания предплечья
  2. частичного разгибания в локтевом суставе
  - +3. при согнутом предплечье под углом 40 градусов
  4. при пронированном предплечии
895. Линия Гютера - это
1. линия оси плеча
  2. линия оси предплечья
  - +3. линия, соединяющая надмыщелки плеча в положении разгибания предплечья
  4. линия, соединяющая большой и малый бугорки плеча
896. Предплечье при переломе наружного мыщелка
1. приведено
  - +2. отведено
  3. кнутри
  4. ротировано внутрь
  5. ротировано внутрь и приведено
897. Контрактура Фолькмана возникает вследствие
1. повреждения плечевого сплетения
  - +2. продолжительного значительного, но не полного нарушения артериального кровотока
  3. короткого, измеряемого минутами, полного прекращения кровотока
  4. двойного перелома плечевой кости
898. Наиболее опасной локализацией для развития контрактуры Фолькмана при переломе плеча является
1. внутрисуставной перелом проксимального отдела плеча
  2. перелом плеча в верхней трети
  3. перелом плеча в средней трети
  - +4. перелом плеча в нижней трети
899. Контрактура Фолькмана может возникнуть
- +1. при ушибе конечности
  - +2. при сдавлении конечности
  - +3. при тромбозе, эмболии магистральных сосудов

+4. при частичном или полном повреждении плечевой артерии

900. При переломе головки лучевой кости резко ограничены

1. сгибание предплечья
2. разгибание предплечья
- +3. вращение предплечья

901. Для изолированного перелома лучевой или локтевой кости более характерна

1. косая линия излома
- +2. поперечная линия излома
3. винтообразная линия излома
4. продольная линия излома

902. Ротационные смещения при переломе костей предплечья зависят

1. от действия той или иной степени силы
2. от положения сгибания или разгибания предплечья в момент травмы
- +3. от соотношения локализации линий излома (верхней, средней и нижней трети)

903. При сгибательном типе повреждения Монтеджа головка луча вывихивается

- +1. кпереди
2. кзади
3. кнутри
4. кнаружи

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

1. кпереди
- +2. кзади
3. кнутри
4. кнаружи

905. Повреждение Галиацци - это

1. изолированный перелом локтевой кости
2. изолированный перелом лучевой кости
3. перелом локтевой кости и вывих головки лучевой
- +4. перелом лучевой кости и вывих головки локтевой

906. Различают следующие виды вывихов

- +1. свежий
- +2. несвежий
- +3. застарелый
- +4. привычный

907. Вывих акромиального конца ключицы характеризуется

1. признаком Маркса
2. симптомом "треугольной подушки"
- +3. симптомом "клавиши"
4. пружинящим движением в плечевом поясе

908. Неполный вывих акромиального конца ключицы происходит

1. при полном разрыве акромиально-ключичной и ключично-клювовидной связок
- +2. при разрыве только акромиально-ключичной связки

3. при разрыве только клювовидно-ключичной связки
4. при растяжении ключично-акромиальной связки

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

1. надплечья, в положении больного лежа
2. надплечья, в положении больного стоя
- +3. обоих надплечий, стоя, с грузом в руке с поврежденной стороны
4. обоих надплечий в положении больного "лежа"

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

1. выпячивания акромиального конца ключицы вверх
2. ограничения отведения руки
3. боли в надплечье при движении с нагрузкой
- +4. быстрой утомляемости верхней конечности на стороне повреждения
5. ослабления силы в руке

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

1. 2 недели
- +2. 4-5 недель
3. 8 недель
4. 12 недель

912. Из стернальных вывихов ключицы наиболее часто встречается

1. надгрудинный
- +2. предгрудинный
3. загрудинный
4. двусторонний

913. Срочно оперировать следует

1. надгрудинный вывих ключицы
2. предгрудинный вывих ключицы
3. загрудинный вывих ключицы
- +4. загрудинный вывих ключицы с нарушением дыхания

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

- +1. верхнего
2. нижнего
3. переднего
4. заднего

915. Наиболее часто вывихи возникают

1. в тазобедренном суставе
2. в коленном суставе
- +3. в плечевом суставе
4. в локтевом суставе
5. в лучезапястном суставе

916. К типу "передних" относятся вывихи плеча

- +1. подклювовидный
- 2. подлопаточный
- +3. внутриклювовидный

917. Вывих плеча часто сопровождается переломом

- 1. малого бугорка
- +2. большого бугорка
- 3. шиловидного отростка лопатки
- 4. клювовидного отростка лопатки
- 5. ключицы

918. Плечо при вывихе, как правило

- 1. приведено
- +2. отведено
- 3. согнуто
- 4. разогнуто

919. Плечо при внутриклювовидном вывихе кажется

- 1. удлинненным
- +2. укороченным
- 3. длина не изменена
- 4. деформированным

920. Для перелома-вывиха головки плеча характерно

- +1. укорочение плеча
- +2. плечо не отведено
- +3. "пружинящие" движения отсутствуют
- +4. при пассивных движениях ощущается "костный хруст"

921. После вправления вывиха плечо следует фиксировать с помощью

- 1. косыночной повязки
- 2. мягкой повязки
- +3. гипсовой повязки
- 4. торако-бронхиальной повязки

922. Ограничение нагрузки на плечо после вправления вывиха составляет

- 1. 1.5 месяца
- 2. 2 месяца
- +3. 3 месяца
- 4. 6 месяцев
- 5. 10 месяцев

923. Причиной возникновения привычного вывиха является

- 1. родовая травма
- 2. инфекционный артрит
- 3. вывих плеча, сопровождающийся переломом ключицы
- +4. повреждения в момент травматического вывиха в сочетании с неправильной тактикой ведения после вывиха

924. При консервативном лечении привычных вывихов к эффективным приемам относятся

- 1. физиотерапевтическое лечение



2. противовоспалительное лечение
3. длительное скелетное вытяжение
- +4. массаж и укрепление мышц живота

925. Предплечье выглядит удлинненным при вывихе

- +1. кпереди
2. кзади
3. с расхождением костей
4. кнутри

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

1. немедленно
2. через 1-2 часа
3. через 1-2 дня
- +4. через 3-4 суток

927. Наиболее характерным симптомом для вывиха является

1. сильная боль
2. "костный" хруст
3. возможность производить пассивные движения
- +4. "пружинящие" движения

928. Для перелома-вывиха из типичных симптомов характерно

1. сильная боль
2. деформация
3. изменение оси конечности
- +4. "укорочение" конечности
5. отсутствие "пружинящей" фиксации и "костный" хруст

929. После вправления вывиха плеча необходима иммобилизация

1. на косынке
2. мягкой повязкой Дезо
3. на отводящей шине
- +4. с помощью гипсовой повязки Дезо

930. Привычный вывих возникает в связи

1. с повреждением плечевого сплетения
2. с повреждением сухожилия длинной головки бицепса
- +3. с разрывом и слабости капсулы плечевого сустава
4. с направленным травматическим вывихом

931. Методом выбора при лечении огнестрельных переломов верхней конечности будет

1. интрамедуллярный остеосинтез
2. скелетное вытяжение
3. накостный остеосинтез
- +4. внеочаговый остеосинтез с помощью аппарата

932. При перилунарном вывихе вывихиваются следующие кости запястья

1. полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу
- +2. головчатая кость по отношению к полулунной
3. полулунная и головчатая кости по отношению к лучезапястному суставу
4. ладьевая и головчатая кости по отношению к многогранной

5. гороховидная по отношению к ладьевидной и головчатой

933. При вывихе полулунной кости вывихиваются следующие кости запястья

- +1. полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу
2. головчатая кость по отношению к полулунной
3. полулунная и головчатая кости по отношению к лучезапястному суставу
4. головчатая и крючковидная кости по отношению к полулунной
5. ладьевидная, головчатая и гороховидная по отношению к полулунной

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

1. основная фаланга 1-го пальца находится под прямым углом, открытым к тылу по отношению к пястной кости
- +2. ногтевая фаланга находится под прямым углом по отношению к основной под углом, открытым к тылу
3. происходит укорочение 1-го пальца
4. на ладонной поверхности пальпируется выступ, соответствующий головке 1-й пястной кости
5. на тыльной поверхности пальпируется выступ, соответствующий головке 2-й фаланги пальца

935. Для повреждения сухожилия глубокого сгибателя пальца не характерны

1. локализация и вид раны
- +2. активное сгибание пальца в пястно-фаланговом суставе
3. отсутствие активного сгибания ногтевой фаланги пальца
4. отсутствие мышечного тонуса при пассивном разгибании пальца
5. полное активное разгибание пальца

936. Первичным сухожильным швом называется шов, наложенный

1. на сухожилие в течение первого часа после травмы
2. в течение первых 24 часов после повреждения
- +3. в течение первых 7 дней после травмы
4. в течение первых 3 дней после травмы

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

1. сухожилие поверхностного сгибателя этого же пальца
2. сухожилие длинной мышцы, натягивающей апоневроз кисти
- +3. сухожилие разгибателя этого же пальца
4. аллосухожилие
5. сухожилия разгибателя пальцев стопы

938. Чаще всего из костей запястья ломается

- +1. ладьевидная кость
2. трехгранная кость
3. полулунная кость
4. крючковидная кость
5. большая многоугольная кость

939. Вывихом чаще всего сопровождается

1. внутрисуставной перелом дистальной головки пястной кости
- +2. перелом типа Беннета - основание 1-й пястной кости

3. околосуставной перелом дистального отдела 5-й пястной кости
4. околосуставной перелом проксимального отдела 5-й пястной кости
5. перелом диафиза 5-й пястной кости

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

- +1. промывания раны по Сызганову-Ткаченко
2. озвучивания, вакуумирования раны, магнитотерапии
3. полноценной хирургической обработки раны с последующим остеосинтезом сломанных фрагментов
4. направленной антибиотикотерапии
5. воздействия теплом

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

1. болей в тазобедренном суставе
2. укорочения конечности
3. симптома Гирголова
4. симптома "прилипшей пятки"
- +5. ротации конечности внутрь

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

1. скелетного вытяжения
2. наложения кокситной гипсовой повязки
3. репозиции отломков и фиксации аппаратом Илизарова
4. функционального лечения
- +5. иммобилизации репонированных отломков гипсовой повязки, наложенной на конечность до 2/3 бедра

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

1. закрытого остеосинтеза различными металлоконструкциями
2. открытого остеосинтеза металлоконструкциями
3. остеосинтеза ауто- и аллотрансплантатами
- +4. открытой репозиции отломков и фиксации гипсовой повязкой
5. эндопротезирования тазобедренного сустава

944. Переломы большого и малого вертелов возможны в случае

1. падения на ноги
2. падения на область ягодиц
3. сдавления таза в передне-заднем направлении
4. сдавления таза с боков
- +5. падения на область тазобедренного сустава

945. Характерными признаками перелома большого и малого вертелов являются все перечисленные, кроме

1. боли в области тазобедренного сустава, усиливающейся при пальпации
2. боли в области паховой складки и внутренней поверхности бедра
- +3. боли в крестцово-подвздошном сочленении
4. гематомы в области тазобедренного сустава
5. крепитации отломков при пальпации

946. Консервативное лечение переломов большого и малого вертелов осуществляется всеми перечисленными способами, кроме

1. введения 2% раствора новокаина в область перелома и отведения ноги на плоскости на 10°
2. укладки ноги на шину на 20-25 дней в положении сгибания до 90° в тазобедренном и коленном суставе
- +3. отведения ноги на 10-15° от средней линии с валиком под коленным уставом
4. наложения гипсовой повязки
5. наложения деротационного сапожка

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

- +1. компрессионно-дистракционные и стержневые аппараты
2. спицы и упорные площадки
3. металлические штифты и шурупы
4. костные штифты
5. шовный материал

#### Эталоны ответов на тесты

1.	3	53.	2	105.	2	157.	4	209.	3
2.	2	54.	5	106.	3	158.	1	210.	5
3.	5	55.	1	107.	2	159.	4	211.	5
4.	5	56.	2	108.	3	160.	1	212.	5
5.	1	57.	3	109.	5	161.	1	213.	4
6.	3	58.	4	110.	3	162.	1	214.	3
7.	1	59.	3	111.	5	163.	1	215.	5
8.	2	60.	5	112.	4	164.	1	216.	4
9.	2	61.	1	113.	1	165.	1	217.	5
10.	1	62.	3	114.	2	166.	1	218.	1
11.	3	63.	3	115.	2	167.	1	219.	4
12.	3	64.	2	116.	4	168.	5	220.	2
13.	2	65.	2	117.	3	169.	1	221.	2
14.	4	66.	1	118.	2	170.	5	222.	3
15.	1	67.	3	119.	3	171.	1	223.	2
16.	4	68.	5	120.	3	172.	2	224.	3
17.	2	69.	4	121.	1	173.	4	225.	2
18.	4	70.	1	122.	3	174.	3	226.	3
19.	5	71.	2	123.	1	175.	2	227.	4
20.	5	72.	3	124.	4	176.	3	228.	4
21.	5	73.	2	125.	3	177.	4	229.	5
22.	3	74.	3	126.	1	178.	2	230.	5
23.	1	75.	2	127.	3	179.	2	231.	4
24.	1	76.	3	128.	1	180.	1	232.	3
25.	3	77.	5	129.	2	181.	2	233.	1
26.	4	78.	5	130.	2	182.	3	234.	1
27.	5	79.	4	131.	3	183.	4	235.	4
28.	1	80.	4	132.	3	184.	2	236.	3
29.	5	81.	3	133.	1	185.	3	237.	2
30.	4	82.	5	134.	1	186.	1	238.	4
31.	4	83.	5	135.	2	187.	2	239.	1

32.	3	84.	5	136.	2	188.	4	240.	2
33.	4	85.	3	137.	4	189.	2	241.	3
34.	3	86.	4	138.	2	190.	4	242.	2
35.	4	87.	1	139.	5	191.	1	243.	2
36.	5	88.	1	140.	3	192.	2	244.	2
37.	3	89.	3	141.	2	193.	2	245.	1
38.	5	90.	3	142.	2	194.	2	246.	5
39.	3	91.	4	143.	4	195.	4	247.	1
40.	2	92.	5	144.	4	196.	1	248.	5
41.	4	93.	5	145.	1	197.	3	249.	4
42.	3	94.	4	146.	4	198.	3	250.	1
43.	4	95.	5	147.	4	199.		251.	4
44.	3	96.	4	148.	3	200.	3	252.	4
45.	4	97.	4	149.	5	201.	3	253.	3
46.	2	98.	4	150.	2	202.	2	254.	4
47.	2	99.	3	151.	5	203.	4	255.	3
48.	1	100.	2	152.	5	204.	1	256.	2
49.	3	101.	2	153.	5	205.	5	257.	2
50.	1	102.	2	154.	2	206.	4	258.	3
51.	2	103.	3	155.	5	207.	4	259.	4
52.	1	104.	4	156.	3	208.	4	260.	1
261.	4	313.	4	365.	1	417.	1	469.	2
262.	4	314.	2	366.	1	418.	5	470.	1
263.	3	315.	4	367.	2	419.	3	471.	1
264.	4	316.	3	368.	2	420.	2	472.	1
265.	1	317.	1	369.	2	421.	3	473.	1
266.	3	318.	2	370.	1	422.	3	474.	1
267.	1	319.	4	371.	3	423.	1	475.	1
268.	4	320.	5	372.	1	424.	5	476.	1
269.	4	321.	2	373.	1	425.	1	477.	3
270.	2	322.	2	374.	1	426.	2	478.	2
271.	4	323.	2	375.	2	427.	1	479.	1
272.	3	324.	1	376.	1	428.	1	480.	1
273.	2	325.	3	377.	1	429.	3	481.	1
274.	1	326.	2	378.	2	430.	1	482.	1
275.	2	327.	5	379.	1	431.	2	483.	1
276.	1	328.	3	380.	3	432.	3	484.	1
277.	2	329.	3	381.	3	433.	4	485.	1
278.	4	330.	2	382.	1	434.	2	486.	2
279.	1	331.	4	383.	2	435.	2	487.	2
280.	2	332.	4	384.	3	436.	2	488.	2
281.	5	333.	5	385.	2	437.	2	489.	2
282.	3	334.	4	386.	2	438.	2	490.	5
283.	2	335.	4	387.	2	439.	3	491.	1
284.	1	336.	4	388.	5	440.	5	492.	2
285.	3	337.	2	389.	5	441.	1	493.	1
286.	4	338.	5	390.	5	442.	5	494.	1
287.	2	339.	1	391.	4	443.	5	495.	2
288.	3	340.	2	392.	5	444.	1	496.	3
289.	3	341.	4	393.	3	445.	4	497.	2

290.	1	342.	5	394.	3	446.	4	498.	1
291.	5	343.	4	395.	1	447.	2	499.	4
292.	1	344.	4	396.	1	448.	4	500.	1
293.	2	345.	5	397.	2	449.	3	501.	2
294.	1	346.	3	398.	5	450.	1	502.	1
295.	1	347.	5	399.	1	451.	2	503.	1
296.	3	348.	3	400.	5	452.	4	504.	2
297.	1	349.	5	401.	1	453.	5	505.	4
298.	2	350.	1	402.	5	454.	2	506.	1
299.	3	351.	4	403.	3	455.	2	507.	1
300.	4	352.	1	404.	5	456.	2	508.	2
301.	2	353.	1	405.	1	457.	1	509.	5
302.	2	354.	5	406.	5	458.	3	510.	1
303.	2	355.	2	407.	5	459.	2	511.	1
304.	2	356.	4	408.	5	460.	5	512.	4
305.	2	357.	5	409.	1	461.	1	513.	1
306.	3	358.	5	410.	4	462.	1	514.	5
307.	5	359.	1	411.	3	463.	1	515.	2
308.	1	360.	5	412.	5	464.	1	516.	1
309.	5	361.	1	413.	5	465.	1	517.	4
310.	5	362.	1	414.	1	466.	1	518.	2
311.	1	363.	5	415.	5	467.	1	519.	5
312.	4	364.	2	416.	5	468.	1	520.	3
521.	5	573.	1	625.	5				
522.	4	574.	3	626.	1				
523.	1	575.	4	627.	3				
524.	2	576.	3	628.	2				
525.	5	577.	2	629.	2				
526.	4	578.	1	630.	2				
527.	1	579.	5	631.	5				
528.	4	580.	5	632.	2				
529.	5	581.	1	633.	5				
530.	5	582.	5	634.	2				
531.	1	583.	4	635.	2				
532.	1	584.	4	636.	2				
533.	1	585.	3						
534.	3	586.	4						
535.	2	587.	5						
536.	5	588.	1						
537.	2	589.	3						
538.	2	590.	2						
539.	3	591.	1						
540.	4	592.	3						
541.	4	593.	3						
542.	5	594.	2						
543.	1	595.	3						
544.	3	596.	4						
545.	3	597.	3						
546.	3	598.	5						
547.	3	599.	1						

548.	3	600.	4						
549.	5	601.	4						
550.	3	602.	2						
551.	1	603.	1						
552.	3	604.	2						
553.	1	605.	5						
554.	4	606.	4						
555.	2	607.	2						
556.	2	608.	5						
557.	4	609.	1						
558.	5	610.	5						
559.	3	611.	5						
560.	5	612.	2						
561.	4	613.	4						
562.	2	614.	5						
563.	1	615.	5						
564.	2	616.	5						
565.	4	617.	5						
566.	1	618.	5						
567.	2	619.	5						
568.	1	620.	3						
569.	4	621.	3						
570.	2	622.	5						
571.	3	623.	5						
572.	2	624.	5						

### 3.3.Перечень ситуационных задач

#### Задача

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

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует выполнить?
3. Как будет осуществлена анестезия?
4. Какой способ лечения следует избрать?
5. Как будет осуществляться иммобилизация области повреждения?

#### **Задача**

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

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует выполнить?
3. На какие возможные осложнения следует обратить внимание?
4. Как осуществить транспортную иммобилизацию?
5. Какое лечение следует назначить?

#### **Задача**

Ножевое ранение в грудь справа. Появился значительный кашель с кровянистой мокротой, нарастающая одышка. Кожные покровы цианотичны. Холодный пот. Дыхание значительно затруднено. Пульс 120 в минуту. На уровне 3-го ребра справа по средней ключичной линии имеется рана размером 0,1х3 см. Подкожная эмфизема распространяется на шею, лицо, живот. Глаза открыть не может из-за эмфиземы век. Перкуторно сердечная тупость значительно смещена влево.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите объем первой помощи.
3. Перечислите мероприятия первой врачебной помощи.
4. Объем квалифицированной медицинской помощи.
5. Принципы транспортировки подобных пострадавших.

#### **Задача**

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

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

#### **ВОПРОСЫ:**

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



### **Задача**

Ранен на охоте случайной пулей в грудь. Дыхание затруднено. Одышка. Кровохарканье. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 110 в минуту. На уровне 4 ребра по боковой поверхности правой половины грудной клетки имеется рана размером 3х4 см, которая в момент вдоха присасывает воздух. При кашле из-под повязки выделяется пенная кровь.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Объем первой помощи.
3. Объем первой врачебной помощи .
4. Объем квалифицированной помощи.
5. Принципы транспортировки подобных пострадавших.

### **Задача**

При возведении дачи мужчина, получил удар твердым предметом по голове. Кратковременно терял сознание. Испытывает умеренную тошноту. В лобно-теменной области справа - обширный кровоподтек, ссадины. Заторможен, вял. Жалобы на сильную головную боль; пульс 60 уд.в мин., напряжен. Повторная рвота. Анизокория, правый зрачок шире. Сухожильные рефлексы справа снижены.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует выполнить?
3. Объем первой врачебной помощи.
4. На какие возможные осложнения следует обратить внимание?
5. Какой вид специализированной медицинской помощи показан пострадавшему?.

### **Задача**

Женщина стояла у закрытой двери. Внезапно дверь быстро распахнулась и ударила ее по выпрямленным напряженным пальцам левой кисти. В результате травмы ногтевая фаланга III пальца резко согнулась и как бы "повисла". В ближайшее время после травмы пациентка обратилась в травматологический пункт. Объективно: на тыльной поверхности III пальца левой кисти в дистальном межфаланговом суставе имеется небольшой отек, при пальпации умеренно болезнен. Ногтевая фаланга согнута и самостоятельно не разгибается. Пассивные движения сохранены.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какой целью следует произвести рентгенографию 3 п. лев.кисти?
3. Каким способом будет осуществляться лечение повреждения и почему возможно применить такую тактику?
4. В каком положении следует осуществлять иммобилизацию пальца?
5. Длительность иммобилизации?

### **Задача**

На охоте ранен пулей в левое бедро. Рана умеренно кровоточит. Сразу упал, на ногу встать не может. Бедро укорочено, деформировано. Общее состояние тяжелое. Бледен. Пульс 115 в минуту, АД 80/60 мм рт.ст. Стопа теплая, кожная чувствительность сохранена.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует выполнить?
3. Объем первой помощи.
4. Объем первой врачебной помощи .
5. Объем квалифицированной медицинской помощи.

### **Задача**

Ученик VI класса средней школы катался на лестничных перилах. При очередной попытке съехать вниз упал на разогнутую в локтевом суставе левую руку с опорой на ладонь. Предплечье при этом как бы "переразогнулось". В результате этой травмы появились сильные боли в локтевом суставе. Обратился за помощью в травматологический пункт. Объективно: левый локтевой сустав увеличен в объеме, деформирован, локтевая ямка сглажена. При осторожном ощупывании сзади выступает локтевой отросток. Ось плеча смещена вперед. Рука находится в вынужденном полуразогнутом положении. Пострадавший придерживает ее здоровой рукой. Активные движения в локтевом суставе невозможны. При попытке пассивных движений ощущается пружинящее сопротивление.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Какие из перечисленных симптомов абсолютные для данного повреждения?
4. Каким способом будет осуществляться лечение повреждения?
5. Как будет осуществляться иммобилизация локтевого сустава?

### **Задача**

Ранен при ДТП. На передневыпуклой поверхности правой голени в средней трети – рана размером 0,5х 0,5 см. Возникло сильное кровотечение. При осмотре в травмункте одежда обильно пропитана кровью. На бедре жгут. Пульс 110 уд. в минуту, слабый. Кожные покровы бледные. Голень деформирована, прибинтована к здоровой конечности.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите мероприятия первой медицинской помощи.
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
4. Какую транспортную иммобилизацию следует применить?
5. Определите содержание квалифицированной медицинской помощи.

### **Задача**

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

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Какова разновидность данного повреждения в зависимости от направления смещения фрагментов?
4. Какова тактика лечения?
5. Как следует произвести иммобилизацию предплечья?

### **Задача**

Во время пьяной драки мужчина получил ножевое ранение в правую половину груди. Появились кровохарканье, выраженный кашель, слабость, затруднение при дыхании. Состояние тяжелое. Пульс 108 в минуту, слабого наполнения, АД 75/45 мм.рт. ст. Дыхание 32 в 1 мин. Кожные покровы бледные. На передней поверхности груди две раны диаметром 0,5 см. Расстояние между ранами 4 см. При перкуссии над правой половиной грудной клетки определяется тупость до 2 ребра спереди. Кровь, извлеченная при плевральной пункции, свертывается в шприце.

**ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите мероприятия доврачебной помощи.
3. Перечислите мероприятия первой врачебной помощи.
4. Объем оперативного вмешательства на этапе квалифицированной помощи.
5. Принципы оказания медицинской помощи в период эвакуации на этапе квалифицированной помощи..

### **Задача**

При ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень в средней трети. Извлечен через 5 ч. Определяются деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

**ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определить степень тяжести травмы.
3. Перечислите мероприятия доврачебной помощи.
4. Перечислите мероприятия первой врачебной помощи.
5. Какую транспортную иммобилизацию следует применить?

### **Задача**

Мужчина разгружал пиломатериалы. При неосторожных действиях деревянный брус свалился с машины и ударил его по левому предплечью. Пострадавший обратился в травматологический пункт. Объективно: в месте ушиба (на наружно-ладонной поверхности нижней трети левого предплечья) имеется подкожная гематома. Пальпация места травмы болезненна, определяется крепитация костных отломков. При нагрузке по оси предплечья появляется боль в месте травмы. Пронация и супинация затруднены, попытка произвести эти движения вызывает резкую боль. Сгибание и разгибание предплечья почти не ограничены. Дистальная часть предплечья и кисти находятся в положении пронации.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Какие из перечисленных симптомов абсолютные для данного повреждения?
4. Каким способом будет осуществляться лечение повреждения?
5. Как будет осуществляться иммобилизация локтевого сустава?

### **Задача**

На пожаре получил ожоги обеих нижних конечностей. Одежда сторела. Выявляется ожоговый струп на голени и бедре. Самостоятельно двигаться не может.

**ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите объем первой помощи.
3. Перечислите мероприятия первой врачебной помощи.
4. Примите решение о транспортной иммобилизации.

## 5. Объем квалифицированной помощи.

### Задача

Юноша М. 20 лет в падении с высоты 3м. ударился окрай балки. При осмотре: ранение мягких тканей левой половины грудной клетки в 6 межреберье по задней и средней подмышечной линиям. Рана умеренно кровотоцит. Поступления воздуха в рану при дыхательных движениях нет. Состояние средней тяжести. Умеренный цианоз. Пульс 110 уд.в мин. удовлетворительного наполнения. АД=140/100, ЧДД до 40 в мин., поверхностное. Левая половина грудной клетки почти не участвует в дыхании, несколько выбухает. Перкуторный звук слева коробочный. Дыхание не проводится. Аускультативно - смещение проекции тонов сердца вправо.

### ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Объем первой врачебной помощи.
4. Проводимые мероприятия при эвакуации в стационар.
5. Объем квалифицированной медицинской помощи.

### Задача

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

### ВОПРОСЫ:

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

### Задача

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

### ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Уточните диагноз в соответствии с направлением смещения.
3. Какова тактика лечения?

4. Какой способ анестезии следует избрать?
5. Как будет осуществляться лечебная иммобилизация?

#### **Задача**

Мужчина в ДТП получил открытый перелом правого бедра в средней трети с повреждением бедренной артерии; тяжелая кровопотеря. АД 70/40 мм рт. ст., пульс 136 с минуту, дыхание 34 в 1 мин. Кожные покровы холодные на ощупь.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите объем первой помощи.
3. Перечислите мероприятия первой врачебной помощи.
4. Объем помощи в специализированном отделении.
5. Примите решение о транспортной иммобилизации.

#### **Задача**

Женщина подвернула левую стопу внутрь. В результате этой травмы появились сильные боли в области голеностопного сустава. Обратилась в травматологический пункт. Беспокоят боли в области наружной лодыжки при ходьбе. Пострадавшая не может твердо наступить на больную ногу. При осмотре левого голеностопного сустава область наружной лодыжки отечна, болезненна при пальпации. Движения в голеностопном суставе ограничены и болезненны.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Ваш диагноз?
2. С какими повреждениями следует провести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
4. Какова тактика лечения?
5. Как будет осуществляться иммобилизация и последующее лечение?

#### **Задача**

Сбит автомобилем. На внутренней поверхности бедра в средней трети – рана размером 3 X 3 см. Бедро деформировано. Сильное кровотечение. При доставке в приемный покой одежда обильно пропитана кровью. Бледен. Пульс 128 в минуту, слабый. На бедре жгут. Раненая конечность прибинтована к здоровой. Стопа холодная. Чувствительность снижена. После снятия жгута возникло сильное кровотечение. Сосуд в ране не виде.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Перечислите мероприятия первой врачебной помощи.
4. Примите решение о транспортной иммобилизации.
5. Определите содержание медицинской помощи в специализированном отделении.

#### **Задача**

Больной Д., 30л. доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение. Со слов больного: в момент аварии находился в автомобиле рядом с водителем, ударился правой ногой. При поступлении жалобы на боль в правом тазобедренном суставе, не может двигать правой ногой. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, холодный липкий пот. АД- 100/70, пульс- 112/мин., ЧДД- 16/мин. В сознании, контактен, несколько заторможен, сознания не теряет. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Местный статус: правая нога незначительно приведена, легкое сгибание в тазобедренном и коленном суставах. Ротация ноги внутрь. Укорочение ноги на 3 см, активные и пассивные движения отсутствуют. Ягодичная область на стороне повреждения имеет несколько большую округлость. Нарушения иннервации и кровообращения в дистальных отделах конечности нет.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С чего будет начато лечение при поступлении больного в стационар?
3. Какие манипуляции будут выполнены больному при поступлении?
4. Метод анестезии при выполнении манипуляций?
5. Возникновение каких осложнений можно ожидать в последствии?

### **Задача**

Оступившись, упал на выступающий из земли металлический штырь, доставлен в приемный покой через 1,5 часа с ранением левой половины грудной клетки. Состояние тяжелое. Умеренная бледность. Пульс 110 уд.в мин. АД 90/40. ЧДД 32 в мин. Кашель с кровянистой мокротой. Дыхание слева не проводится. Перкуторно притупление звука до 4 ребра. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Правая граница относительной тупости не расширена. В рану на входе поступает воздух.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. В какое подразделение больницы и в какую очередь следует направить пострадавшего?
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
4. Какой объем первой медицинской помощи должен быть оказан?
5. Объем помощи в специализированном отделении больницы.

### **Задача**

Больная 78 лет, упала дома в ванной комнате с упором на левую руку. Почувствовала резкую боль в левом плечевом суставе, не могла двигать левой рукой. Ночью не спала из-за сильных болей, принимала анальгетики. Утром соседями доставлена в приемное отделение больницы (через 14 часов после травмы).

При осмотре: резкий отек и обширный кровоподтек в области левого плечевого сустава, распространяющийся до н/з плеча и на грудную клетку. Левое плечо незначительно укорочено и деформировано под углом открытым кнаружи. При пальпации резкая болезненность в области левого плечевого сустава. Активные движения невозможны из-за боли, попытка пассивных движений усиливает болезненность. Осевая нагрузка на плечо также вызывает усиление боли в плечевом суставе.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Как следовало произвести транспортную иммобилизацию данной больной?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Каковы основные методы лечения этого повреждения?
5. Какой метод лечения может целесообразно использовать у данной больной?

### **Задача**

Раненный Д. 20 лет, в падении с высоты 3 м. о бетонную плиту получил сильный удар в области правой половины грудной клетки. Доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии. Жалобы на резкие боли, ощущение нехватки воздуха. Выраженный цианоз. Дыхание поверхностное до 36 в мин. Пульс 110 уд. в мин., ритмичный, АД = 140/100. Перкуторно-звук справа с коробочным оттенком. Дыхание резко ослаблено. Притупление в реберно-диафрагмальном синусе. При аускультации выслушивается "хруст снега", пальпаторно - тестоватая консистенция грудной стенки и крепитация газа в мягких тканях. Отмечается западение на входе грудной стенки между передней и задней подмышечными линиями на уровне 3 и 4 межреберий.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Объем первой врачебной помощи.
4. В какое подразделение больницы и в какую очередь следует направить пострадавшего?
5. Объем помощи специализированного отделения.

### **Задача**

Больной 23 лет обратился в хирургический кабинет поликлиники с жалобами на боли в правом коленном суставе, периодически наступающее "заклинивание" сустава. Болен около двух лет, когда получил травму сустава при игре в футбол. К врачу не обращался, лечился домашними средствами (растирания, компрессы). Периодически носил наколенник. За четыре дня до обращения, выходя из автомашины, подвернул ногу, вновь почувствовал боль в коленном суставе, не мог разогнуть ногу, затем при каком-то движении "сустав встал на место".

При осмотре: коленный сустав фиксирован наколенником. По снятии наколенника отмечается сглаженность контуров сустава, атрофия мышц правого бедра. В полости сустава определяется небольшой выпот (надколенник "баллотирует"). Положительные симптомы Чаклина, "ладони", Байкова, Мак-Маррея.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. В чем заключаются перечисленные выше симптомы повреждения коленного сустава?
3. Какие дополнительные методы исследований показаны?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы и возможны?
5. Какова лечебная тактика?

### **Задача**

Больной, 47 лет, поступил в ортопедическое отделение с жалобами на боль в левом коленном суставе. Со слов больного, страдает болями в течение 4 лет. Отмечает, что боли в суставе связаны с физической нагрузкой. Часто бывает утром при вставании с постели и вечером в конце рабочего дня. В покое боли в суставе проходят. Больной работает токарем и целый день стоит на ногах. Последние 1.5 года боли стали более интенсивными и, кроме этого, периодически стал отекать сустав.

При осмотре: левый коленный сустав увеличен в объеме, движения в нем незначительно ограничены.

На рентгенограммах: сужение щели коленного сустава, незначительный склероз замыкательных пластин.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План общей медикаментозной терапии заболевания?
3. Местная терапия заболевания?
4. Прогноз заболевания?

5. Какие методы оперативного лечения возможны в случае прогрессирования заболевания?

#### **Задача**

Раненый С. Перевернувшись в ДТП автомобилем было прижато бедро. Правое бедро в с/з деформировано и утолщено. Определяется патологическая подвижность. Стопа теплая, чувствительность сохранена. Пульс 130 уд.в мин. АД= 85/55 мм рт. ст.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. В какое медицинское учреждение (травмпункт, больница) следует эвакуировать пострадавшего с места ДТП?
3. Какую транспортную иммобилизацию следует применить?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
5. Объем помощи в специализированном подразделении.

#### **Задача**

Больной М. на охоте получил случайное пулевое ранение груди справа с открытым пневмотораксом, гемотораксом. АД 75/30 мм рт. ст., пульс 130 в 1 мин, покровы тела цианотичны, дыхание до 40 в 1 мин.

**ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите мероприятия доврачебной помощи.
3. Перечислите мероприятия первой врачебной помощи.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
5. Объем помощи в специализированном отделении.

#### **Задача**

Больной Т., 69 лет, упал в метро на ступеньках эскалатора, ударился левым коленным суставом о край ступени. Почувствовал редкую боль в суставе. Обратился к сотрудникам метрополитена, которые вызвали "скорую помощь". При поступлении в приемное отделение больницы: конечность фиксирована транспортной шиной от пальцев стопы до в/з бедра. По снятии шины - на передней поверхности в области надколенника поверхностная кожная ссадина, сустав резко увеличен в объеме. При пальпации в полости сустава определяется выпот, а в области надколенника - диастаз. Пострадавший в состоянии активно согнуть коленный сустав до угла 160 градусов, однако активное разгибание конечности в этом суставе невозможно. Пальпация и активные движения усиливают болевые ощущения.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Правильно ли произведена транспортная иммобилизация?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. В чем состоит оказание первой врачебной помощи?
5. Каковы методы лечения этого повреждения.

#### **Задача**

На пожаре получил ожоги боковой поверхности туловища и левой верхней и нижней конечностей. В этих областях разлитая гиперемия кожи, пузыри, местами участки бледно-серого цвета (до 10% поверхности тела), лишенные чувствительности. Поступил в больницу на 5 часу с момента травмы. Пульс 110 уд.в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предположительный диагноз?



2. Определите площадь поверхностных и глубоких ожогов.
3. В чем состоит оказание первой врачебной помощи?
4. Куда должен быть направлен пострадавший и в какую очередь?
5. Объем медицинской помощи в специализированном подразделении.

### **Задача**

Мужчина средних лет нес в правой руке груз, оступился и упал на правое плечо. Сильный удар пришелся на область плечевого сустава, максимально опущенного в это время вниз под тяжестью груза. Мужчина почувствовал сильную боль в области надплечья. Через сутки обратился в травматологическое отделение больницы. При сравнительном осмотре здорового и поврежденного надплечья правое отечно, наружный (акромиальный) конец ключицы ступенеобразно выпячивается. Отмечается локальная болезненность в ключично-акромиальном сочленении. Движения в плечевом суставе, особенно отведение и поднятие плеча вверх, ограничены и болезненны. При надавливании на акромиальный конец ключицы она опускается, после прекращения давления она вновь поднимается - пружинящая подвижность ключицы.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Каким еще термином обозначают симптом пружинящей фиксации при данном повреждении?
4. Какова тактика консервативного лечения?
5. Как будет осуществляться оперативное вмешательство при неудачной попытке консервативного лечения?

### **Задача**

Больной Д., 23 лет, сбит легковой автомашиной на проезжей части улицы вне пешеходного перехода. Прохожими вызвана "скорая помощь", которая доставила пострадавшего через 40 мин. после травмы в приемное отделение городской больницы. При поступлении: бледность кожных покровов, в сознании, ретроградной амнезии нет, пульс 100 уд. в мин. удовлетворительного наполнения. АД 100/60 мм рт. ст. Левая нижняя конечность фиксирована транспортной шиной от пальцев стопы до в/з голени. В н/з голени марлевая повязка обильно промокла кровью. Пальцы стопы теплые, обычной окраски активные движения невозможны из-за боли. По снятии повязки на передней поверхности голени рваная рана размерами 3x5 см с осадненными краями. Голень деформирована на границе средней и нижней трети под углом открытым кнутри и кпереди. Пульс на артериях стопы определяется четко. Чувствительность не нарушена. Кровотечение из раны на голени небольшое.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Правильно ли наложена транспортная шина?
3. Какие еще манипуляции следовало бы сделать сотрудникам "скорой помощи"?
4. Ваши действия при поступлении пострадавшего?
5. Какова лечебная тактика при подобных повреждениях?

### **Задача**

На охоте ранен пулей в грудь справа. Появились значительный кашель с кровянистой мокротой, нарастающая одышка. Кожные покровы цианотичны. Холодный пот. Дыхание значительно затруднено. Пульс 120 в минуту. На уровне 3-го ребра справа по средней ключичной линии имеется рана размером 1x1 см, у нижнего угла правой лопатки вторая рана размером 2,5x2,0 см. Подкожная эмфизема распространяется на шею, лицо, живот. Глаза открыть не может из-за эмфиземы век. Перкуторно сердечная тупость значительно смещена влево.

**ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите объем первой помощи.
3. Перечислите мероприятия первой врачебной помощи.
4. Объем помощи в специализированном подразделении.
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

**Задача**

Молодой мужчина упал с высоты 2 м. Основной удар пришелся на левую пятку. Доставлен в травматологическое отделение больницы. Объективно: левая пятка уплощена, расширена и отечна. Под внутренней лодыжкой кровоподтек. Продольный свод стопы уплощен. Нагрузка на пятку невозможна из-за сильных болей. Пальпация пятки болезненна. Сокращение мышц голени вызывает усиление болей в пятке. При осмотре сзади обеих стоп видно, что на поврежденной стороне лодыжки стоят ниже, а ось пяточной кости наклонена внутрь. Активные приведение и отведение, пронация и супинация отсутствуют.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Что обозначает угол Белера?
4. Какова тактика лечения?
5. Длительность иммобилизации?

**Задача**

Больной К., 32 лет доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение. Со слов больного: упал с высоты 1,5 м, ударился головой и правой половиной грудной клетки. Жалобы на головокружение, тошноту, боль в правой половине грудной клетки. Невозможность из-за боли глубоко вздохнуть. При кашле боль в правой половине грудной клетки резко усиливается. Общее состояние средней тяжести, в сознании, контактен, ориентирован. Отмечает потерю сознания при травме. Кожные покровы бледно-розовой окраски. В легких дыхание несколько ослаблено. ЧДД 16 мин АД-330/80, пульс-84/мин. В неврологическом статусе в момент осмотра горизонтальный нистагм. Местный статус: в области лба из-под сбившейся повязки видна рана с неровными краями размерами 5 x 1,5 см со следами кровотечения. При пальпации грудной клетки резкая болезненность, крепитация, патологическая подвижность 4,5,6,7 ребер справа по передней подмышечной линии. Подкожной эмфиземы нет. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует произвести при поступлении больного.
3. Виды блокад.
4. На что следует обратить внимание при производстве ПХО раны
5. Какие препараты вы назначите больному?

**Задача**

Юноша упал с высоты около 3 м. Основная сила удара пришлась на левую ногу. Самостоятельно подняться не мог. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре левое бедро припухшее, деформировано, ось его искривлена. Ощупывание места травмы болезненно. Появилась патологическая подвижность в средней трети бедра. Не может поднять левую ногу. Чувствительность и двигательная функция стопы сохранены в полном объеме. Пульс на периферических артериях сохранен.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
2. Как будет произведена анестезия?
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
4. Какова тактика лечения?
5. Сроки сращения перелома?

### **Задача**

Мужчина 80 лет оступился и упал на левый бок. Ударился областью большого вертела. Появились сильные боли в паховой области. Пострадавший доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре больного в горизонтальном положении правая нога ротирована наружу. Самостоятельно поставить стопу вертикально не может. Попытка сделать это с посторонней помощью приводит к появлению сильной боли в тазобедренном суставе. Больной не может поднять выпрямленную в коленном суставе ногу, вместо этого он сгибает ее, и нога скользит пяткой по постели (симптом «прилипшей пятки»). Постукивание по пятке и по большому вертелу болезненно.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш диагноз?
2. Какой метод лечения следует избрать?
3. В каких случаях оперативное лечение не производят?
4. Какова техника оперативного лечения?
5. Особенности послеоперационного ведения больного?

### **Задача**

При террористическом акте ранен пулей в грудь и область позвоночника. Сразу упал и подняться не смог. В приемном отделении состояние тяжелое. Пульс 96 уд. в мин. АД-95/50 мм рт.ст. Мышечный тонус на нижних конечностях резко снижен, движения и чувствительность отсутствуют. Мочевой пузырь переполнен, позывов к мочеиспусканию нет. На уровне 7го грудного позвонка, слева от остистых отростков имеется рана размером 2 на 2 см. Вторая рана справа на уровне 5го ребра по средней подмышечной линии. Дыхание над правым легким не прослушивается.

**ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Объем первой медицинской помощи.
3. Объем первой врачебной помощи .
4. Объем помощи в специализированном подразделении.
5. Примите решение о способе эвакуации с места ранения.

### **Задача**

Девушка 18 лет упала на согнутую в локтевом суставе левую руку и ударилась локтем о землю. Почувствовала резкую боль в локтевом суставе. Обратилась в травматологический пункт. Объективно: на задней поверхности левого плеча в нижней трети имеется подкожная гематома. Предплечье кажется удлинненным, ось плеча отклонена кпереди. Задняя поверхность плеча образует дугу, обращенную выпуклостью в дорсальную сторону. Сзади над локтевым отростком пальпируется конец центрального отломка. Отмечается значительная припухлость локтевого сустава и резкая болезненность при попытке произвести движения. Определяется крепитация костных отломков при пальпации. Чувствительность и двигательная функция пальцев кисти сохранены. Пульс в нижней трети предплечья определяется.

#### ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Уточните тип перелома?
4. Для чего в задаче даны сведения о пульсе и функции кисти?
5. Какой способ лечения следует избрать?

#### Задача

Мужчина делал в квартире ремонт. Пробивал пробойником бетонную стену. Молотком случайно ударил по ногтевой фаланге I пальца левой кисти. Обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре I пальца ногтевая фаланга отечная, болезненная при пальпации. Движения в пальце ограничены. Под ногтевой пластинкой имеется гематома. Нагрузка по оси пальца болезненна. Захватывание пальцем каких-либо предметов невозможно из-за болей.

#### ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Что нужно сделать для уточнения диагноза?
3. Как произвести пункцию подногтевой гематомы?
4. Как осуществить иммобилизацию пальца?
5. Длительность иммобилизации?

#### Задача

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

#### ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. В каком участке наиболее часто происходит повреждение данной мышцы?
3. Какова тактика лечения?
4. К чему фиксируют поврежденный конец сухожилия?
5. Как осуществляется иммобилизация?

#### Задача

После ДТП. Правая стопа оторвана на уровне голеностопного сустава. Обширная рана мягких тканей. Голени обильно загрязнена землей, кожа закопчена. Общее состояние тяжелое. Бледен. Пульс 110 уд.в минуту, АД 100/50 мм рт.ст.

#### ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Объем первой медицинской помощи .
3. Объем первой врачебной помощи.
4. Объем помощи в специализированном подразделении.
5. Укажите транспортную иммобилизацию.

#### Задача

Доставлен больной М. после падения с высоты 3-х метров. Жалобы на сильные боли в правом плечевом суставе. Активные движения невозможны, пассивные – резко болезненны и ограничены, поддерживает правую руку левой рукой. При осмотре: область плечевого сустава утолщена, выделяется акромиальный отросток, пальпаторно определяется пустая суставная впадина, головка плеча прощупывается в подмышечной впадине. Попытка поднять руку или отвести ее вызывает пружинистое сопротивление в суставе.

Вопросы:

1. Сформулировать диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести?
3. Как осуществить транспортную иммобилизацию у подобных больных?
4. Каковы ваши лечебные мероприятия в условиях травмпункта.
5. Возможные осложнения?

#### Задача

Доставлен машиной скорой помощи больной М. из травмпункта через 1.5 часа после получения травмы, падение с высоты 3-х метров. Бледен АД 105/65 мм. рт. ст., пульс 100 в минуту, левая голень фиксирована двумя шинами Крамера. При осмотре: после снятия иммобилизации в средней трети голени отек, резкая болезненность, крепитация костных отломков, нарушение оси конечности.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести?
3. Какие из перечисленных симптомов абсолютные для данного повреждения?
4. Выбор метода лечения данного повреждения.
5. Какой способ обезболивания следует избрать?

#### Задача

Больной С., 41 года, грузчик мясокомбината. Жалобы на боли в нижних конечностях, иррадиирующие в бедра, голени, боли усиливаются во второй половине дня, к вечеру отмечается умеренная отечность мягких тканей тыла стопы. При осмотре: выраженные отклонения первых пальцев обеих стоп кнаружи, боли при ходьбе и в положении стоя, припухлость передних отделов стоп, на подошвенной поверхности стоп – натоптыши. Носит широкую обувь, на 1-2 размера больше обычной, боли усиливаются к смене погоды, сезона, смене обуви, при прыжках и беге.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Причины появления данных жалоб?
3. Какие дополнительные исследования следует применить?
4. Ваш план лечебных мероприятий в амбулаторных и стационарных условиях.
5. Профилактика данных деформаций?

#### Задача

Больной В., 58 лет, инженер-проектировщик. Жалобы на боли в области шеи постоянного характера, боли начинаются после сна, нарастают по интенсивности при попытке повернуть голову в сторону и после нагрузки, иногда движения головы сопровождаются хрустом в области шеи. При осмотре: тугоподвижность и напряжение шейных мышц. Боли иррадиируют в верхние конечности, выражено похолодание конечности и нарушение чувствительности.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Причины появления данных жалоб?
3. Какие дополнительные исследования следует применить?
4. Ваш план лечебных мероприятий в амбулаторных и стационарных условиях.
5. Решите вопросы реабилитации больного.

### **Задача**

Больной П. 31 года. Доставлен с улицы попутной машиной. За 40 минут до поступления упал, поскользнувшись на льду. Жалобы на боли в области поясничного отдела позвоночника.

При осмотре: боли на уровне тел 12-го грудного- 1-го поясничного позвонков, сгибание в этом отделе и ротационные движения болезненны. При пальпации определяется выстояние остистого отростка 1-го поясничного позвонка, под которым обнаруживается западение. Мышцы напряжены, осевая нагрузка в этой области позвоночника резко болезненна, причем боль имеет опоясывающий характер.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Как следует транспортировать подобных больных?
3. Какие дополнительные исследования следует применить?
4. Предложите объем лечения в отделении стационара
5. План реабилитации на постгоспитальном этапе.

### **Задача**

Больной П. 37 лет. Жалобы на боли в левом коленном суставе на протяжении последнего года после травмы при падении с велосипеда. Отмечает частые боли в суставе, "блокады", появление выпота и боли. Боли возникают после работы, или во время ее. Иногда наличие "инородного тела" в суставе. При осмотре: уверенная отечность левого коленного сустава. Небольшое баллотирование надколенника. Временами ощущает "хруст" в суставе.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует применить?
3. Причины данного заболевания?
4. Какова тактика лечения данного заболевания?
5. Возможные осложнения?

### **Задача**

Больная Б. 36 лет. Считает себя больной на протяжении последнего года. Жалобы на головную боль, начинающуюся с затылочной области и затем иррадиирующую на теменно-височную область. Боли усиливаются при движении головой, чаще по утрам. При осмотре: движения правой рукой болезненны в плечевом и локтевом суставах. При пальпации определяется своеобразный "хруст" по передней поверхности правого плечевого сустава. При работе и движениях во второй половине дня - парестезии правой кисти. Сила мышц конечности снижена,

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Предложите план обследования .
3. Причины появления данных жалоб?
4. Ваш план лечения.
5. Профилактика подобных заболеваний.

#### **3.4. Темы рефератов**

1. Вывихи, классификации вывихов, клиника, диагностика, лечение, что считается вывихнутым.
2. Классификация переломов. Основные виды смещения отломков. Обязательные компоненты всякого перелома кости.
3. Выполнение блокад места переломов и техника пункции суставов.