**ФГБОУ ВО**

**«Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.**

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

**ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ**

сборник тестовых заданий с эталонами ответов

для студентов 5 и 6 курсов, обучающихся по специальности

**31.05.01**– лечебное дело

**31.05.02 –** педиатрия

Махачкала 2021г.

**Травматология, ортопедия и ВПХ**: сборник тестовых заданий с эталонами ответов для студентов 5 и 6 курсов, обучающихся по специальности **31.05.01**– лечебное дело, **31.05.02 –** педиатрия

**Составители:** зав. кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ, д.м.н., доцент **Атаев А.Р.**

д.м.н., профессор кафедры **Каллаев Н.О.**

к.м.н., ассистент кафедры **Ганиев М.Х.**

к.м.н., ассистент кафедры **Мирзоев Н.Э.**

ассистент кафедры **Огурлиев А.П.**

ассистент кафедры **Османов Р.Т.**

ассистент кафедры **Магарамов А.М.**

Тестовые задания с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 31.05.01 – лечебное дело**, 31.05.02**  – педиатрия. Адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 31.05.01 – Лечебное дело, **31.05.02**  – Педиатрия.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ОГЛАВЛЕНИЕ** |  |
| **Раздел 1. Травматология и ортопедия.........................................................** | | **4** |
| 1. Переломы диафизов длинных трубчатых костей .............................. | | 4 |
| 2. | Внутрисуставные переломы, переломы лодыжек ........................... | 19 |
| 3. | Переломы проксимального отдела бедра ......................................... | 27 |
| 4. | Переломы плеча и предплечья ........................................................... | 47 |
| 5. | Повреждения кисти ............................................................................. | 64 |
| 6. | Переломы позвоночника и таза ......................................................... | 69 |
| 7. | Множественные и сочетанные повреждения ................................... | 84 |
| 8. | Осложнения переломов ...................................................................... | 86 |
| 9. | Амбулаторная травма.......................................................................... | 91 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 10. | | Оперативное лечение ...................................................................... | 102 |
| 11. | | Сколиоз ............................................................................................. | 104 |
| 12. | | Полиомиелит .................................................................................... | 112 |
| 13. | | Диспластические заболевания ....................................................... | 114 |
| 14. | | Дегенеративно-дистрофические заболевания .............................. | 127 |
| 15. | | Костные опухоли ............................................................................. | 133 |
| **Раздел 2. Огнестрельные ранения..............................................................** | | | **137** |
| 1. | Огнестрельные ранения .................................................................... | | 137 |
| 2. | Обезболивание ................................................................................... | | 144 |
| 3. | Кровотечения и кровопотеря ........................................................... | | 146 |
| 4. | Травматический шок ......................................................................... | | 159 |
| 5. | Синдром длительного сдавления ..................................................... | | 166 |
| 6. | Раневая инфекция .............................................................................. | | 171 |
| 7. | Комбинированные поражения ......................................................... | | 183 |
| 8. | Термические поражения ................................................................... | | 192 |
| 9. | Ранения и закрытые повреждения головы и шеи .......................... | | 209 |
| 10. | | Ранения и закрытые повреждения груди ...................................... | 218 |
| 11. | | Ранения и закрытые повреждения живота .................................... | 224 |
| 12. | | Ранения конечностей ...................................................................... | 227 |
| **Эталоны ответов ..........................................................................................** | | | **229** |

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО РАЗДЕЛАМ** Выберите один правильный ответ

**Раздел 1. Травматология и ортопедия**

* + 1. **Переломы диафизов длинных трубчатых костей**

1. УКАЖИТЕ ПРОТЯЖЕННОСТЬ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИАФИЗА ГОЛЕНИ
   1. от коленного сустава до пальцев стопы
   2. от верхней трети голени до голеностопного сустава
   3. от верхней трети бедра до голеностопного сустава
   4. от верхней трети бедра до основания пальцев стопы
   5. от коленного сустава до голеностопного сустава
2. КАТАЯСЬ НА ЛЫЖАХ ПОДВЕРНУЛ ЛЕВУЮ НОГУ. ВСТАТЬ ИЗ-ЗА БОЛЕЙ НЕ СМОГ. В ТРАВМПУНКТЕ ВЫЯВЛЕНА РЕЗКАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ И

ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ, ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДВИЖНОСТЬ. ВАШ ДИАГНОЗ?

* + 1. закрытый перелом нижней трети большеберцовой кости и разрыв дистального синдесмоза
    2. закрытый перелом нижней трети большеберцовой кости и верхней трети малоберцовой кости
    3. закрытый винтообразный перелом верхней трети левой голени
    4. закрытый перелом верхней трети малоберцовой кости
    5. закрытый перелом обеих костей левой голени в нижней трети
  1. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТСЯ К ПЕРЕ ЛОМАМ III ГРУППЫ (5 ГРУПП ПЕРЕЛОМОВ)?
     1. со смещением отломков под углом
     2. со смещением отломков по длине
     3. с расхождением отломков
     4. открытые переломы
     5. без смещения отломков

1. ХИРУРГ В ЦРБ ИЛИ НАЧИНАЮЩИЙ ТРАВМАТОЛОГ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ ДИАФИЗА ДЛИННОЙ ТРУБЧАТОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ПО ДЛИНЕ ДОЛЖЕН
   1. произвести открытую репозицию
   2. наложить аппарат Илизарова
   3. наложить гипсовую повязку

4

* 1. произвести одномоментную репозицию, и наложить гипсовую повязку
  2. лечить скелетным вытяжением

1. ПРИ ПРЯМОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМ НИКОГДА НЕ ВОЗНИКАЮТ
   1. ушибы
   2. сдавления
   3. ранения
   4. переломы
   5. разрывы связок
2. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ТОЛЬКО ПРИ ПРЯМОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ?
   * 1. многооскольчатые
     2. косые
     3. винтообразные
     4. поперечные
     5. оскольчатые
   1. ОТКРЫТЫЕ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ДИАФИЗОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ В ОБЛАСТИ
      1. бедра
      2. плеча
      3. ключицы
      4. предплечья
      5. голени
3. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТСЯ К ОПОРНЫМ?
   * 1. косые
     2. винтообразные
     3. поперечно-зубчатые
     4. оскольчатые
     5. многооскольчатые
   1. К ПЕРЕЛОМАМ ДИАФИЗА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ НЕ ОТНОСЯТСЯ
      1. вколоченные переломы
      2. поперечно-зубчатые
      3. косопоперечные
      4. открытые переломы
      5. винтообразные
4. К ЧЕМУ ПРИВОДИТ БОЛЕВАЯ КОНТРАКЦИЯ МЫШЦ ПРИ БОЛЬШИНСТВЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ?
   1. иммобилизации перелома
   2. патологической подвижности
   3. ишемии тканей
   4. дополнительному смещению отломков
   5. контрактуре суставов

011. КАКИЕ ДАННЫЕ В ОТНОШЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОЛЯЕТ ПОЛУЧИТЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В СТАНДАРТНЫХ ПРОЕКЦИЯХ?

1. степень укорочения конечности
2. патологическую подвижность костных отломков и нарушение функции конечности
3. наличие и характер перелома, его локализацию, вид смещения отломков
4. повреждение магистральных сосудов и нервов
5. открытый или закрытый перелом

012. ОТКРЫТЫМ СЧИТАЕТСЯ ПЕРЕЛОМ КОСТИ С

1. осаднением кожных покровов
2. раной мягких тканей, сообщающейся с областью перелома
3. раной мягких тканей вне зоны перелома
4. образованием фликтен над областью перелома
5. обширной гематомой

013. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ?

1. смещение по ширине
2. боковое смещение
3. смещение по длине
4. ротационное смещение
5. расхождение отломков

014. ТРАВМА - ЭТО

1. ушибы тканей и органов
2. разрывы тканей и органов
3. переломы элементов опорно-двигательного аппарата
4. вывихи и переломо-вывихи
5. нарушение анатомической целостности тканей и органов, обусловленное воздействием внешних факторов

015. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ТОЛЬКО ПРИ НЕПРЯМОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ?

1. поперечно-зубчатые
2. оскольчатые
3. косопоперечные
4. открытые переломы
5. многооскольчатые

016. К АЛГОРИТМУ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕ ОСЛОЖНЕННОМ ПЕРЕЛОМЕ ГОЛЕНИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. дать 2-3 таблетки анальгина
2. наложить жгут
3. обеспечить иммобилизацию подручными средствами
4. уложить удобнее
5. транспортировать по назначению

017. ЧЕМ ОСУЩЕСТВИТЕ ТРАНСПОРТНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ ПЕРЕЛОМА ГОЛЕНИ?

1. шиной ЦИТО
2. шиной Дитерихса
3. пятью шинами Крамера
4. пневматической шиной
5. транспортировкой на щите

018. 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

1. со смещением костных отломков
2. со сдавлением конечности гипсовой повязкой
3. с повреждением нервных стволов
4. со спазмом или тромбозом сосудов
5. с начинающейся гангреной конечности.

019. ВЫДЕЛИТЕ СИМПТОМ, АБСОЛЮТНЫЙ ДЛЯ ВСЕХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ:

1. патологическая подвижность и крепитация костных отломков
2. отечность и кровоизлияние в мягкие ткани
3. локальная болезненность и нарушение функции
4. деформация конечности
5. гиперемия в области перелома.

020. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ТОЛЬКО ПРИ ПРЯМОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ?

1. многооскольчатые
2. косые
3. винтообразные
4. поперечные
5. оскольчатые

021. ЧТО ТАКОЕ ТРАВМАТИЗМ?

1. количество травм на душу населения за определенный период времени
2. количество травм на 1000 человек за определенный период времени
3. совокупность травм, возникших в определенной группе населения за ограниченный период времени
4. количество травм, полученных человеком на протяжении жизни
5. реакция человеческого организма на полученные травмы

022. ВИДОМ ТРАВМАТИЗМА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. производственный
2. бытовой
3. уличный
4. термический
5. криминальный

023. ИЗ РАСЧЕТА НА КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО НАСЕЛЕНИЯ РАЙОНА, ГОРОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ИСЧИСЛЯЕТСЯ ТРАВМАТИЗМ

1. на душу населения
2. на 100 человек населения
3. на 1000 человек населения
4. на 10000 человек населения
5. на 100000 человек населения

024. К МЕТОДИКЕ ИЗУЧЕНИЯ СЛУЧАЯ ТРАВМЫ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. выявление диагноза травмы
2. место травмы
3. материальные причины травмы
4. обстоятельства травмы
5. причины травмы

025. ВТОРИЧНО ОТКРЫТЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ:

1. некроза над областью перелома с постепенным обнажением кости
2. воздействия травмирующей силы, вызывающей повреждение кожных покровов, мягких тканей и перелом кости
3. нагноения гематомы в области перелома с возникновением свищевой формы остеомиелита
4. прокола мягких тканей, кожных покровов острым отломком кости изнутри-кнаружи
5. разрушения мягких тканей костной опухолью при ее прорастании с нарушением целости кожных покровов

026. ПРЯМОЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. оскольчатого перелома надколенника
2. винтообразного перелома большеберцовой кости
3. перелома лодыжек
4. перелома шейки бедренной кости
5. компрессионного перелома тел позвонков

027. В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕПРЯМОГО МЕХАНИЗМА ТРАВМЫ ВОЗНИКАЮТ

1. ампутации
2. ссадины, царапины, ушибы
3. растяжения, отрывные переломы, вывихи
4. ранения
5. многооскольчатые переломы

028. ОПОРНЫЙ ПЕРЕЛОМ – ЭТО

1. такой, при котором не возникло смещение отломков
2. такой, при котором больной может придти к врачу, приступая на сломанную ногу
3. такой, после сопоставления которого нагрузка строго по оси не ведет к вторичному смещению по длине
4. оскольчатый перелом
5. перелом опорной поверхности суставного конца кости

029. НЕ ОПОРНЫЙ ПЕРЕЛОМ – ЭТО

1. перелом с полным смещением отломков по ширине
2. перелом со смещением отломков под углом
3. такой, при котором невозможно наступить на ногу в связи с патологической подвижностью
4. такой, после сопоставления, которого даже небольшая нагрузка строго по оси ведет к смещению отломков
5. перелом опорной поверхности суставного конца кости

030. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТОЛЬКО ОДИН ЯВЛЯЕТСЯ НЕОПОРНЫМ ПЕРЕЛОМОМ

1. винтообразный
2. косой
3. оскольчатый
4. поперечный
5. многооскольчатый

031. К ДИАФИЗАРНЫМ ПЕРЕЛОМАМ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. косой
2. винтообразный
3. оскольчатый
4. отрывной
5. поперечно-зубчатый

032. ЧТО ТАКОЕ БОЛЕВАЯ КОНТРАКЦИЯ МЫШЦ?

1. действие, при котором снижается восприятие болевых ощущений
2. произвольное напряжение мышц, направленное на иммобилизацию перелома
3. непроизвольное напряжение мышц, направленное на иммобилизацию перелома
4. непроизвольное напряжение мышц, ведущее к ишемии и последующему рубцовому перерождению мышц
5. расслабление мышц, ведущее к уменьшению патологической подвижности в месте перелома

033. ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ОКАЗАНИЯ ЭТАПНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ ЯВЛЯЮТСЯ

1. грамотная эвакуация по назначению
2. обследование и направление по назначению
3. оказание помощи и эвакуация по назначению, соблюдение преемственности лечебных мероприятий
4. сокращение объема помощи по показаниям
5. не оказание помощи пострадавшим, находящимся в крайне тяжелом состоянии

034. ЧТО В ПЕРЕЧИСЛЕННОМ НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ?

1. идеальное сопоставление отломков
2. надежное удержание отломков до сращения перелома
3. раннее функциональное лечение соответствующее методам и средствам лечения, не вызывающее образования щели между отломками
4. перекрытие суставной щели между отломками путем остеопериостальной декортикации (или надкостницей), если применяется открытая репозиция отломков
5. применение шарнирно-гильзовых повязок при отсутствии признаков костеобразования

035. К МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСИТСЯ

1. оперативный метод лечения при открытых переломах, особенно пальцев кисти
2. спасение жизни пострадавшего в связи с шоком, возможным повреждением головного мозга, внутренних органов и т.д.
3. применение компрессионно-дистракционных аппаратов при наличии костеобразования
4. лечение ортопедическими аппаратами при отсутствии костеобразования
5. раннее функциональное лечение соответствующее методу и средствам лечения, не вызывающее образования щели между отломками

036. ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ЭТО

1. лечебное учреждение
2. наличие высококвалифицированного врача
3. место оказания определенного объема медицинской помощи
4. операционная
5. наличие необходимого набора оборудования и инструментария

037. КАКУЮ ПОМОЩЬ МОГУТ ОКАЗАТЬ НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ ЛИЦА НЕГРАМОТНЫЕ В МЕДИЦИНСКОМ ОТНОШЕНИИ?

1. специализированную помощь
2. квалифицированную помощь
3. первую врачебную помощь
4. доврачебную помощь
5. взаимопомощь

038. КАКУЮ ПОМОЩЬ ДОЛЖНЫ ОКАЗАТЬ В УЧАСТКОВОЙ БОЛЬНИЦЕ?

1. первую медицинскую помощь
2. доврачебную помощь
3. первую врачебную помощь
4. квалифицированную помощь
5. специализированную помощь

039. КАКУЮ ПОМОЩЬ МОГУТ ОКАЗАТЬ В ЗДРАВПУНКТЕ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ?

1. взаимопомощь
2. первую медицинскую помощь
3. доврачебную помощь
4. первую врачебную помощь
5. квалифицированную помощь

040. КАКУЮ ПОМОЩЬ ДОЛЖНЫ ОКАЗАТЬ В ЦРБ?

1. первую медицинскую помощь
2. доврачебную помощь
3. первую врачебную помощь
4. квалифицированную помощь
5. специализированную помощь

041. КАКУЮ ПОМОЩЬ ДОЛЖНЫ ОКАЗАТЬ В ТРАВМ ОТДЕЛЕНИИ КРАЕВОЙ (ОБЛАСТНОЙ) БОЛЬНИЦЫ?

1. доврачебную помощь
2. первую врачебную помощь
3. квалифицированную помощь
4. специализированную помощь
5. высокоспециализированную помощь

042. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДОЛЖНА БЫТЬ ОКАЗАНА

1. в ФАП
2. на месте происшествия
3. в участковой больнице
4. в ЦРБ
5. в городской больнице

043. ДОВРАЧЕБНУЮ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЮТ

* + 1. в ФАП
    2. на месте происшествия
    3. в участковой больнице
    4. в ЦРБ
    5. в профилактории
  1. КВАЛИФИЦИРОВАННУЮ ПОМОЩЬ ОБЯЗАНЫ ОКАЗАТЬ:
     1. на месте происшествия
     2. в ФАП
     3. в ЦРБ
     4. в участковой больнице
     5. в крупных городских (областных) больницах
  2. КТО ОКАЗЫВАЕТ ПЕРВУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ?

1. люди, не имеющие медицинского образования
2. только фельдшер бригады скорой помощи
3. только врач
4. только врач-хирург
5. любой медицинский работник на месте происшествия

046. КТО ОКАЗЫВАЕТ КВАЛИФИЦИРОВАННУЮ ПОМОЩЬ БОЛЬНОМУ С ТРАВМОЙ?

1. любой врач, оказавшийся на месте происшествия
2. врач-хирург на месте происшествия
3. врач-травматолог на месте происшествия
4. врач-хирург в ЦРБ
5. врач бригады скорой помощи

047. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. временную остановку кровотечения
2. транспортную иммобилизацию подручными средствами
3. искусственное дыхание
4. наложение трахеостомы
5. наложение асептической повязки

048. В ПЕРЕЧЕНЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕ ВХОДИТ

1. дача таблетированного аналгетика
2. обеспечение иммобилизации
3. переливание кровезаменителей
4. эвакуация по назначению
5. наложение асептической повязки

049. В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ ТРАНСПОРТИРОВАТЬ БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ ГОЛЕНИ?

1. сидя
2. лежа
3. в положении Тренделенбурга
4. с приспущенной ногой
5. с приподнятой ногой

050. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ИММОБИЛИЗАЦИЕЙ?

1. обездвиживание конечности, достигаемое наложением транспортных или лечебных шин
2. удержание костных отломков средством остеосинтеза
3. ограничение подвижности больного постельным режимом
4. ограничение подвижности больного палатным режимом
5. вынужденное положение больного в постели

051. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ ОБЕСПЕЧЕНИИ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ?

1. иммобилизация конечности в среднефизиологическом положении
2. обеспечение легкого вытяжения в процессе наложения шин
3. вправление костных отломков, выступающих в рану
4. удаление из раны инородных тел
5. снятие одежды и обуви перед шинированием

052. СКОЛЬКО СУСТАВОВ НЕОБХОДИМО ИММОБИЛИЗИРОВАТЬ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ДЛИННОЙ ТРУБЧАТОЙ КОСТИ?

1. один
2. два
3. три
4. четыре
5. пять

053. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КАЧЕСТВЕ ПОДРУЧНЫХ СРЕДСТВ ИММОБИЛИЗАЦИИ?

1. палки
2. пучки ветвей кустарника
3. доски или их части
4. винтовку, карабин
5. туго скатанные валики из шинели, пальто

054. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ОТНОСИТСЯ К ЖЕСТКИМ

ТАБЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ?

1. шины ЦИТО
2. шины Крамера
3. лубки
4. шины Дитерихса
5. шины Виноградова

055. КАКИЕ ТАБЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ГОЛЕНИ?

1. косынка
2. шина Дитерихса
3. шина ЦИТО
4. шины Крамера
5. шина Беллера

056. КАКИЕ СУСТАВЫ НЕ НАДО ИММОБИЛИЗИРОВАТЬ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ГОЛЕНИ?

1. суставы пальцев стопы
2. суставы стопы
3. голеностопный
4. коленный
5. тазобедренный

057. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТСЯ К ПЕРЕЛОМАМ I ГРУППЫ (5 ГРУПП ПЕРЕЛОМОВ)?

1. с угловым смещением отломков
2. со смещением отломков по длине
3. с расхождением отломков
4. открытые переломы
5. без смещения отломков

058. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТСЯ К ПЕРЕЛОМАМ II ГРУППЫ (5 ГРУПП ПЕРЕЛОМОВ)?

1. со смещением отломков по длине
2. с расхождением отломков
3. со смещением отломков по длине
4. со смещением отломков под углом
5. без смещения отломков

059. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТСЯ К ПЕРЕЛОМАМ IV ГРУППЫ (5 ГРУПП ПЕРЕЛОМОВ)?

1. с расхождением отломков
2. открытые переломы
3. без смещения отломков
4. со смещением отломков под углом
5. со смещением отломков по длине

060. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТСЯ К ПЕРЕЛОМАМ V ГРУППЫ (5 ГРУПП ПЕРЕЛОМОВ)?

1. без смещения отломков
2. со смещением отломков под углом
3. открытые переломы
4. со смещением отломков по длине
5. с расхождением отломков

061. ВЫБЕРИТЕ МЕТОД И СРЕДСТВО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНОГО ПЕРЕЛОМА БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ

1. скелетное вытяжение
2. одномоментная репозиция и иммобилизация гипсовой повязкой
3. иммобилизация гипсовой повязкой
4. компрессионно-дистракционный остеосинтез
5. интрамедуллярный остеосинтез

062. КАК ЛЕЧИТЬ ПЕРЕЛОМЫ ДИАФИЗОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ С УГЛОВЫМ СМЕЩЕНИЕМ?

1. наложением аппарата Илизарова
2. наложением гипсовой повязки
3. одномоментной репозицией, гипсовой повязкой
4. скелетным вытяжением
5. оперативным лечением

063. КАКОВЫ МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНОГО ПЕРЕЛОМА ДЛИННОЙ ТРУБЧАТОЙ КОСТИ С УГЛОВЫМ СМЕЩЕНИЕМ?

1. скелетное вытяжение
2. одномоментная репозиция и иммобилизация гипсовой повязкой
3. иммобилизация гипсовой повязкой
4. компрессионно-дистракционный остеосинтез
5. интрамедуллярный остеосинтез

064. ОТРЫВНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ С РАСХОЖДЕНИЕМ ОТЛОМКОВ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ

1. одномоментной репозицией, наложением гипсовой повязки
2. скелетным вытяжением
3. только наложением гипсовой повязки
4. открытой репозицией, остеосинтезом, гипсовой повязкой
5. только остеосинтезом по Илизарову

065. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ДЛЯ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИМЕНЯТЬ СПИЦУ ИЛИЗАРОВА?

1. при выраженном отеке и уплотнении мягких тканей в месте проведения спицы
2. при выраженном остеопорозе
3. при необходимости проведения спицы через дистальную метафизарную зону
4. при необходимости проведения спицы ниже сустава
5. при необходимости применения больших грузов

066. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ПОЗВОЛЯЕТ СНЯТЬ СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ И НАЛОЖИТЬ ГИПСОВУЮ ПОВЯЗКУ?

1. достаточное сращение перелома
2. наличие опорного перелома
3. наличие выраженных признаков костной регенерации
4. сопоставление отломков
5. исчезновение болей и отека конечности

067. КОГДА МОЖНО СНИМАТЬ ВЫТЯЖЕНИЕ И НАКЛАДЫВАТЬ ГИПС ПРИ НЕОПОРНОМ СОПОСТАВЛЕННОМ ПЕРЕЛОМЕ ГОЛЕНИ?

1. через 7-8 недель
2. через 5-6 недель при наличии рентгенологических признаков достаточно прочного сращения перелома
3. через 3-4 недели при наличии клинического признака сращения перелома
4. через 2 недели после сопоставления отломков
5. после исчезновения болей и болезненности

068. КОГДА РАЗРЕШАЕТСЯ НАСТУПАТЬ НА НОГУ В ГИПСЕ ПРИ СОПОСТАВЛЕННОМ СКЕЛЕТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ ОПОРНОМ ПЕРЕЛОМЕ ГОЛЕНИ?

1. с момента появления рентгенологических признаков сращения
2. через 3 месяца после наложения гипса
3. через 2 месяца после наложения гипса
4. через 1 месяца после наложения гипса
5. с первых дней после высыхания гипсовой повязки

069. КАК ДОЛГО ХОДИТЬ В ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКЕ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ГОЛЕНИ СКЕЛЕТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ?

1. 1 месяц
2. 2-3 месяца
3. 3-3,5 месяца
4. 4 месяца
5. 5 месяцев

070. ПРАВИЛОМ НАЛОЖЕНИЯ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. иммобилизация 2-3 суставов
2. придание конечности функционально выгодного положения
3. удерживание конечности неподвижно до конца гипсования
4. поддерживание конечности и накладываемой повязки всей ладонью, а не пальцами
5. дождаться высыхания гипсовой повязки

071. КАКУЮ ГИПСОВУЮ ПОВЯЗКУ ЛУЧШЕ НАЛОЖИТЬ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ СКЕЛЕТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ ПЕРЕЛОМА ГОЛЕНИ В СРЕДНЕЙ 1/3?

1. шарнирно-гильзовая гипсовая повязка до верхней 1/3 бедра
2. гипсовый сапожок до нижней 1/3 бедра
3. гипсовый сапожок до верхней 1/3 бедра
4. u-образная гипсовая шина до верхней 1/3 бедра
5. задняя гипсовая шина до верхней 1/3 бедра

072. К ОШИБКАМ НАЛОЖЕНИЯ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. возникновение складок и перетяжек накожных слоев гипса
2. отсутствие ватно-марлевой прокладки
3. излишняя свобода гипсовой повязки
4. чрезмерно тугое наложение гипса
5. укрытие гипсовым бинтом всего дистального отдела конечности

073. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ НАРУШЕНИЯ ВЕНОЗНОГО И ЛИМФООТТОКА ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ?

1. нарастающее чувство жжения
2. нарушение тактильной чувствительности
3. нарастающий отек дистального отдела конечности
4. похолодание дистального отдела конечности
5. нарастающие боли в конечности

074. С ЧЕМ СВЯЗАНО НАРАСТАНИЕ БОЛИ, ЦИАНОЗ, ОТЕЧНОСТЬ И СНИЖЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, РАЗВИВШИЕСЯ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЛОМА?

* 1. со смещением костных отломков
  2. со сдавлением конечности гипсовой повязкой
  3. с повреждением нервных стволов
  4. со спазмом или тромбированием сосудов
  5. с начинающейся гангреной конечности

1. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ВИНТООБРАЗНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЦРБ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. скелетное вытяжение с последующим наложением гипсовой повязки
   2. наложение гипсовой повязки
   3. компрессионно-дистракционный остеосинтез
   4. внутрикостный остеосинтез
   5. накостный остеосинтез по АО
2. УКАЖИТЕ ПЕРЕЛОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ И НЕ ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ У ВЗРОСЛЫХ
   1. косые и винтообразные
   2. эпифизеолизы, поднадкостничные переломы
   3. вколоченные
   4. поперечно-зубчатые и поперечные
      * + 1. косопоперечные
   5. ПРИ КАКОМ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПОКАЗАНА ОДНОМОМЕНТНАЯ ЗАКРЫТАЯ РЕПОЗИЦИЯ У ДЕТЕЙ?
      * + 1. поперечном
          2. косом
          3. оскольчатом
          4. двойном
          5. компрессионном
   6. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КОСОГО ПЕРЕЛОМА ОБЕИХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
      1. скелетное вытяжение
      2. вытяжение по Шеде
      3. лейкопластырное вытяжение по прямой
      4. оперативное лечение
      5. одномоментная репозиция, иммобилизация гипсовой повязкой
         1. **Внутрисуставные переломы, переломы лодыжек**

079. ПЕРЕЛОМ МАЛЬГЕНЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ – ЭТО

1. двухлодыжечный супинационный
2. двухлодыжечный пронационный
3. перелом переднего края большеберцовой кости
4. трехлодыжечный перелом
5. изолированный перелом медиальной лодыжки

080. ОТМЕТЬТЕ ОСНОВНОЕ ПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМА ЛОДЫЖЕК

1. значительная степень смещения отломков
2. разрыв синдесмоза
3. перелом одной лодыжки со смещением
4. невозможность закрытого устранения смещения
5. неэффективность одномоментной репозиции

081. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПРОНАЦИОННОГО ПЕРЕЛОМА ЛОДЫЖЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1. падение на тот же бок при стопе, фиксированной на поверхности земли, пола
2. форсированное подворачивание стопы кнаружи (пронация)
3. форсированное подворачивание стопы кнутри (супинация)
4. форсированное запредельное разгибание в голеностопном суставе при неожиданной нагрузке на передний отдел стопы
5. форсированное запредельное сгибание в голеностопном суставе

082. ФОРМУЛОЙ ПЕРЕЛОМА ДЮПЮИТРЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

1. косой перелом внутренней, отрывной перелом наружной лодыжки
2. косой перелом переднего края большеберцовой кости, подвывих стопы кпереди
3. отрывной перелом внутренней лодыжки, оскольчатый перелом малоберцовой кости в нижней 1/3, разрыв дистального межберцового синдесмоза, подвывих стопы кнаружи
4. отрывной перелом бугра пяточной кости
5. трехлодыжечный перелом с подвывихом стопы кзади и кнаружи

083. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА СЛЕДУЕТ УЧЕСТЬ ВСЕ, КРОМЕ

1. ограничения активных движений пальцами стопы
2. нарушения конфигурации сустава
3. точек локальной болезненности
4. отека в области сустава
5. механизма травмы

084. КАК ЛЕЧИТЬ БОЛЬНЫХ СО СВЕЖИМ ПЕРЕЛОМОМ ЛОДЫЖЕК СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ?

1. иммобилизацией U-образной гипсовой шиной
2. одномоментной репозицией, гипсовой повязкой
3. наложением скелетного вытяжения
4. наложением клеолового вытяжения
5. хирургическим вмешательством

085. ПОСЛЕ ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМА ЛОДЫЖЕК ПОКАЗАНО НАЛОЖЕНИЕ

1. циркулярной бесподкладочной гипсовой повязки
2. циркулярной гипсовой повязки с ватной прокладкой
3. разрезной циркулярной гипсовой повязки типа "сапожок"
4. U-образной гипсовой шины со стопой
5. U-образной гипсовой шины без лонгеты для стопы

086. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСИТСЯ К ПЕРЕЛОМУ ДЕСТО

1. разрыв межберцового синдесмоза
2. перелом переднего края большеберцовой кости
3. перелом внутренней лодыжки
4. смещение стопы кпереди
5. перелом наружной лодыжки

087. ПРЯМЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОДЫЖЕК ЯВЛЯЮТСЯ

1. несопоставляющиеся и застарелые несопоставленные переломы
2. неопорные переломы типа Мальгеня
3. переломы с подвывихом стопы
4. переломо-вывихи
5. переломы со смещением отломков

088. К КАКОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ОБЛАСТИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ОТНЕСЕТЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛОДЫЖЕК?

1. диафиза
2. проксимального эпиметафиза
3. метафиза
4. дистального эпиметафиза
5. дистального эпифиза

089. КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ

ИЗОЛИРОВАННОГО РАЗРЫВА ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА?

1. усиление болей при пронации стопы
2. усиление болей при супинации стопы
3. усиление болей при сближающей нагрузке на берцовые кости в среднем отделе голени
4. усиление болей при нагрузке на стопу по оси голени
5. усиление болей при смещении таранной кости в сторону наружной лодыжки

090. УКАЖИТЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ОБЛАСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА ПРИСУЩЕЕ ДЕТСКОМУ ИЛИ ПОДРОСТКОВОМУ ВОЗРАСТУ

1. перелом лодыжек
2. перелом дистального метафиза
3. разрыв межберцового синдесмоза
4. вывих в голеностопном суставе
5. эпифизеолиз

091. ПРИЧИНОЙ СУПИНАЦИОННОГО ПЕРЕЛОМА ЛОДЫЖЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1. падение на бок при стопе, фиксированной на поверхности земли, пола
2. форсированное подворачивание стопы кнаружи
3. форсированное подворачивание стопы кнутри
4. форсированное запредельное сгибание в голеностопном суставе
5. форсированное запредельное сгибание в голеностопном суставе с одномоментным вращением стопы

092. У БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ ЛОДЫЖЕК ЗАДНЕГО КРАЯ С ПОДВЫВИХОМ СТОПЫ ЧЕРЕЗ 1,5 ГОДА ПОСЛЕ ТРАВМЫ

ОБНАРУЖЕН ДЕФОРМИРУЮЩИЙ АРТРОЗ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА. НАЗОВИТЕ ОСНОВНУЮ ПРИЧИНУ ЭТОГО ОСЛОЖНЕНИЯ

1. сохраняющийся подвывих стопы
2. разрыв дельтовидной связки
3. длительная иммобилизация гипсовой повязкой
4. ранняя нагрузка на ногу
5. перелом заднего края

093. КАКИМ ЯВЛЯЕТСЯ ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ?

1. шаровидным
2. блоковидным
3. плоским
4. сложным
5. комбинированным

094. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПЕРВИЧНОМУ ОСМОТРУ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛОДЫЖЕК?

1. осмотра
2. пальпации
3. изучения движений и нагрузок на стопу
4. рентгенографии
5. репозиции перелома

095. ЧТО ЗАТРУДНЯЕТ КЛИНИЧЕСКУЮ ДИАГНОСТИКУ ПЕРЕЛОМА ЛОДЫЖЕК?

1. невозможность выяснить механизм травмы у ряда больных
2. выраженный отек мягких тканей при несвоевременном (запоздалом) обращении пострадавшего
3. отсутствие клинически выявляемой патологической подвижности
4. отсутствие характерности болевых ощущений при переломах лодыжек
5. отсутствие крепитации отломков при подавляющем большинстве переломов лодыжек

096. ПРИ РАЗРЫВЕ ДЕЛЬТОВИДНОЙ СВЯЗКИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ

1. разрыв межберцового синдесмоза
2. разрыв боковых связок голеностопного сустава
3. перелом пяточной и таранной костей
4. перелом плюсневых костей
5. вывих в Шопаровом

097. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ВОЗМОЖЕН ПРИ ПАДЕНИИ НА ПРЯМУЮ НОГУ?

1. многооскольчатый перелом дистального конца большеберцовой кости
2. перелом внутренней лодыжки
3. перелом наружной лодыжки
4. двухлодыжечный перелом
5. трехлодыжечный перелом

098. ОТКРЫТЫЕ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ВНУТРИСУСТАВНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ В ОБЛАСТИ СУСТАВА

1. тазобедренного
2. голеностопного
3. плечевого
4. коленного
5. лучезапястного

099. В РЕЗУЛЬТАТЕ КАКОГО МЕХАНИЗМА ТРАВМЫ ВОЗНИКАЕТ ДВУХЛОДЫЖЕЧНЫЙ ПЕРЕЛОМ ДЮПЮИТРЕНА?

1. супинационного
2. пронационного
3. флексионного
4. экстензионного
5. флексионно-ротационного

100. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПЕРЕЛОМА ДЮПЮИТРЕНА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПОДВЫВИХА СТОПЫ КНАРУЖИ?

1. не является
2. является
3. возникновение подвывиха зависит от интенсивности пронации стопы
4. возникает только иногда
5. возникает часто, но не всегда

101. В РЕЗУЛЬТАТЕ, КАКОГО МЕХАНИЗМА ТРАВМЫ ВОЗНИКАЕТ ПЕРЕЛОМ ЛОДЫЖЕК МАЛЬГЕНЯ?

1. экстензионного
2. флексионного
3. флексионно-ротационного
4. супинационного
5. пронационного

102. КАКОЕ СМЕЩЕНИЕ ВОЗМОЖНО В ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ МАЛЬГЕНЯ?

1. смещение таранной кости кнаружи
2. смещение таранной кости кнутри
3. смещение таранной кости кзади
4. смещение таранной кости кпереди
5. расхождение в дистальном синдесмозе

103. В РЕЗУЛЬТАТЕ, КАКОГО МЕХАНИЗМА ТРАВМЫ ВОЗНИКАЕТ ПЕРЕЛОМ ПОТТА?

* 1. супинационного
  2. пронационного
  3. экстензионного
  4. флексионного
  5. флексионно-ротационного

1. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПОТТА НИКОГДА НЕ ВОЗНИКАЕТ
   1. перелома наружной лодыжки
   2. перелома заднего края большеберцовой кости
   3. перелома внутренней лодыжки
   4. перелома переднего края большеберцовой кости
   5. смещения стопы кзади
2. ВИДИМОЕ УКОРОЧЕНИЕ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ
   1. всех ниже перечисленных
   2. Мальгеня
   3. Дюпюитрена
   4. Потта
   5. Десто

106. В РЕЗУЛЬТАТЕ КАКОГО МЕХАНИЗМА ТРАВМЫ ВОЗНИКАЕТ ПЕРЕЛОМ ДЕСТО?

* 1. экстензионного
  2. пронационного
  3. супинационного
  4. флексионного
  5. флексионно-ротационного

1. ПРИЧИНОЙ ПЕРЕЛОМА ДЕСТО ЯВЛЯЕТСЯ
   1. форсированное запредельное сгибание в голеностопном суставе с одновременным вращением стопы
   2. форсированное подворачивание стопы кнутри (супинация)
   3. форсированное запредельное разгибание в голеностопном суставе при неожиданной нагрузке на передний отдел стопы
   4. падение на бок при стопе, фиксированной на поверхности земли, пола
   5. форсированное подворачивание стопы кнаружи (пронация)
2. ВИДИМОЕ УДЛИНЕНИЕ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ ВОЗМОЖНО ПРИ ПЕРЕЛОМЕ:
   1. всех ниже перечисленных
   2. Мальгеня
   3. Потта
   4. Десто
   5. Дюпюитрена

109. ЧЕГО НЕ СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛОДЫЖЕК БЕЗ СМЕЩЕНИЯ, НО С ВЫРАЖЕННЫМ ОТЕКОМ СУСТАВА?

1. наложения циркулярной гипсовой повязки от кончиков пальцев до коленного сустава
2. наложения U-образной лангетной гипсовой повязки
3. придания конечности возвышенного положения
4. перевода лангетной повязки в циркулярную после спадения отека
5. рентгенконтроля

110. КАК ЛЕЧИТЬ БОЛЬНЫХ СО СВЕЖИМ ПЕРЕЛОМОМ ЛОДЫЖЕК СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ?

1. иммобилизацией U-образной гипсовой шиной
2. одномоментной репозицией, гипсовой повязкой
3. наложением скелетного вытяжения
4. наложением клеолового вытяжения
5. хирургическим вмешательством

111. В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ ИММОБИЛИЗИРОВАТЬ СТОПУ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛОДЫЖЕК БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ?

1. под прямым углом
2. легкого тыльного сгибания
3. подошвенного сгибания
4. пронации и абдукции
5. супинации и абдукции

112. В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ ИММОБИЛИЗИРОВАТЬ СТОПУ ПОСЛЕ ЗАКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМА ДЮПЮИТРЕНА?

1. под прямым углом
2. легкого тыльного сгибания
3. подошвенного сгибания
4. пронации и аддукции
5. супинации и абдукции

113. В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ ИММОБИЛИЗИРОВАТЬ СТОПУ ПОСЛЕ ЗАКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМА МАЛЬГЕНЯ?

* 1. под прямым углом
  2. легкого тыльного сгибания
  3. подошвенного сгибания
  4. пронации и аддукции
  5. супинации и абдукции

1. ЧЕМ ИММОБИЛИЗИРОВАТЬ КОНЕЧНОСТЬ ПОСЛЕ ЗАКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМА ДЕСТО?
   1. задней гипсовой шиной
   2. U-образной гипсовой повязкой
   3. U-образной гипсовой повязкой дополненной задней гипсовой шиной
   4. гипсовым сапожком
   5. передней гипсовой шиной
2. В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ ИММОБИЛИЗИРОВАТЬ СТОПУ ГИПСОВОЙ ШИНОЙ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ ПЕРЕДНЕГО КРАЯ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ?
   1. под прямым углом
   2. легкого сгибания
   3. лёгкого разгибания
   4. форсированного сгибания
   5. форсированного разгибания

116. ЧТО ДЕЛАТЬ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ НЕСОПОСТАВЛЕННЫХ ДВУХ- И ТРЕХЛОДЫЖЕЧНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ХИРУРГУ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ В ЦРБ?

* 1. наложить гипсовую повязку
  2. сделать новокаиновую блокаду, наложить скелетное вытяжение
  3. направить в специализированное травматологическое отделение
  4. произвести открытую репозицию, остеосинтез
  5. произвести остеосинтез по Илизарову

1. КАКОВЫ СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ ОДНОЙ ЛОДЫЖКИ?
   1. 4-5 недель
   2. 7-8 недель
   3. 5-6 недель
   4. 1,5-2 месяца
   5. 2,5-3 месяца
      1. **Переломы проксимального отдела бедра**
2. ЧЕГО СТРЕМИМСЯ ДОСТИЧЬ У ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО С ВАРУСНЫМ ПЕРЕЛОМОМ ШЕЙКИ БЕДРА МЕТОДОМ РАННЕЙ МОБИЛИЗАЦИИ?
   1. снижения болевых ощущений
   2. сращения перелома
   3. формирования ложного сустава
   4. увеличения опороспособности за счёт формирования более мощных рубцов
   5. увеличения опороспособности за счёт перераспределения нагрузки

119. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРИ ВАРУСНОМ БАЗАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ БЕДРА У ЛИЦ НЕ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА?

1. гипсовая кокситная повязка
2. скелетное вытяжение
3. пребывание в постели с деротационной гипсовой повязкой
4. активное формирование ложного сустава
5. оперативное лечение

120. К ПЕРЕЛОМАМ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ НЕ ОТНОСЯТСЯ ПЕРЕЛОМЫ

1. головки
2. чрезвертлужные
3. шейки
4. вертельной области
5. межвертельные

121. ПРИ ВАРУСНОМ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ БЕДРА ШЕЕЧНО-ДИАФИЗАРНЫЙ УГОЛ

1. не изменяется
2. увеличивается
3. увеличивается резко
4. уменьшается
5. уменьшается резко

122. ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙКИ БЕДРА ЯВЛЯЮТСЯ

1. внутрисуставными, медиальными
2. латеральными
3. внесуставными
4. медиальными
5. внесуставными латеральными
6. СУБКАПИТАЛЬНЫЙ ПЕРЕЛОМ - ЭТО ПЕРЕЛОМ
   1. головки бедренной кости
   2. основания головки
   3. отдела шейки под головкой
   4. среднего отдела шейки
   5. основания шейки
7. ВАЛЬГУСНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙКИ БЕДРА ВСЕГДА ЯВЛЯЮТСЯ ПЕРВИЧНО
   1. вколоченными
   2. не вколоченными
   3. оскольчатыми
   4. косыми
   5. поперечными
8. В ЧЁМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ЛЕЧЕНИЯ ВКОЛОЧЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ?
   1. предотвращении вторичного смещения
      1. создании условий для сращения
      2. улучшении кровоснабжения проксимального отломка
      3. предотвращении возникновения пролежней
      4. создании условий для раннего восстановления функции суставов

126. КАК ЛЕЧИТЬ ВЕРТЕЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ?

* 1. скелетным вытяжением в течение 6-8 нед.
  2. кокситной гипсовой повязкой до 2,5-3,5 мес.
  3. функциональным методом
  4. постельным режимом с деротационной гипсовой повязкой 6-8 нед.
  5. облегченной кокситной гипсовой повязкой до 2,5-3,5 мес.

1. КАК ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ ШОК ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА?
   1. в единичных случаях
   2. в 010% случаев
   3. в 020% случаев
   4. в 30% случаев
   5. в 40% случаев
2. АБСОЛЮТНЫМ СИМПТОМОМ ЗАКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ
   1. боль в месте травмы
   2. явно костная деформация, возникшая сразу после травмы
   3. патологическая подвижность
3. наличие кровоподтёка
4. боль при нагрузке по оси бедра

129. КАКОЙ ИЗ ИСТОЧНИКОВ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТЛОМКА МОЖЕТ СОХРАНЯТЬСЯ ПРИ СУБКАПИТАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА?

1. артерии синовиальной оболочки (частично)
2. артерии синовиальной оболочки (полностью)
3. артерия круглой связки головки
4. внутрикостные восходящие артерии (полностью)
5. внутрикостные восходящие артерии (частично)

130. КАКОЙ ПРОГНОЗ СРАЩЕНИЯ СОПОСТАВЛЕННЫХ ВАРУСНЫХ ИНТЕРМЕДИАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА?

1. не срастаются
2. иногда срастаются
3. срастаются в редких случаях
4. часто срастаются
5. срастаются всегда

131. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА У ПОЖИЛЫХ?

1. неустойчивость при ходьбе
2. возрастное замедление реакции человека и, отсюда, более частые падения
3. снижение силы мышц
4. возрастное изменение архитектоники и минерального состава костей
5. возрастное увеличение массы тела

132. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРИ ВАРУСНОМ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ БЕДРА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА?

1. гипсовая кокситная повязка
2. скелетное вытяжение
3. пребывание в постели с деротационной гипсовой повязкой
4. активное формирование ложного сустава
5. оперативное лечение

133. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЭЛЕМЕНТОМ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА?

1. дать 2-3 таблетки анальгина
   1. обеспечить иммобилизацию подручными средствами
   2. обогреть, укутать, напоить горячим
   3. ввести сердечные по показаниям
   4. транспортировать лежа в ЦРБ
2. КАКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ШЕЙКИ БЕДРА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДЕТЕЙ?
   1. coli lisis
   2. эпифизеолиз
   3. субкапитальные переломы
   4. базальные переломы
   5. интермедиарные переломы
3. УКАЖИТЕ ВЕРТЕЛЬНЫЕ (ЛАТЕРАЛЬНЫЕ) ПЕРЕЛОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ
   1. субкапитальный:
   2. базальный
   3. трансцервикальный
   4. подвертельный
   5. межвертельный, чрезвертельный.

136. ЛЫЖНИК, СПУСКАЯСЬ С ГОРЫ, УПАЛ ПРИ РЕЗКОМ ПОВОРОТЕ. ПОЧУВСТВОВАЛ БОЛЬ И ХРУСТ В ПРАВОМ БЕДРЕ. ОБНАРУЖЕНО ОТСУТСТВИЕ АКТИВНЫХ ДВИЖЕНИЙ, ДЕФОРМАЦИЯ ПО ТИПУ «ГАЛИФЕ», НАРУЖНАЯ РОТАЦИЯ СТОПЫ. ВАШ ДИАГНОЗ?

* 1. перелом бедренной кости
  2. вывих бедренной кости (подвздошный)
  3. вывих бедра передненижний (надлонный)
  4. переломо-вывих костей коленного сустава
  5. перелом шейки бедра.

1. ПОД КАКИМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ СЛЕДУЕТ ВПРАВЛЯТЬ ВЫВИХ БЕДРА?
   1. местная анестезия
   2. проводниковая анестезия
   3. наркоз
   4. внутрикостная анестезия
   5. без обезболивания.
2. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОТНОСИТСЯ К ПРОКСИМАЛЬНОМУ ОТДЕЛУ БЕДРЕННОЙ КОСТИ?
   * 1. малый бугорок
3. малый вертел
4. надмыщелок
5. межмыщелковое возвышение
6. клювовидный отросток

139. ШЕЙКА БЕДРА ПОКРЫТА

* 1. надкостницей
  2. дупликатурой синовиальной оболочки до её средней части
  3. дупликатурой синовиальной оболочки до межвертельной линии спереди
  4. дупликатурой синовиальной оболочки до межвертельной линии спереди и гребня сзади
  5. дупликатурой синовиальной оболочки полностью спереди и на 2/3 сзади

1. ШЕЙКА И ГОЛОВКА БЕДРА ПО ОТНОШЕНИЮ К ФРОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ТЕЛА ОТКЛОНЕНЫ ПОД УГЛОМ
   1. 25-30 градусов кпереди
   2. 11-20 градусов кпереди
   3. 5-10 градусов кпереди
   4. 5-10 градусов кзади
   5. не отклонены
2. ЧЕМУ В СРЕДНЕМ РАВЕН ШЕЕЧНО-ДИАФИЗАРНЫЙ УГОЛ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ВЗРОСЛЫХ?
   1. 119 градусам
   2. 124 градусам
   3. 127 градусам
   4. 130 градусам
   5. 135 градусам
3. ВАРУСНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙКИ БЕДРА ВСЕГДА ЯВЛЯЮТСЯ
   1. косыми
   2. поперечными
   3. оскольчатыми
   4. вколоченными
   5. невколоченными
4. ИНТЕРМЕДИАРНЫЙ ПЕРЕЛОМ - ЭТО ПЕРЕЛОМ
   1. дна вертлужной впадины
   2. под головкой бедренной кости
   3. основания шейки
   4. среднего отдела шейки
   5. подвертельной области бедра
5. БАЗАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕЛОМ
   1. основания головки
   2. основания шейки
   3. отдела шейки бедра, прилегающего к головке
   4. проходящий из-под основания шейки кнаружи через вертельную область
   5. подвертельной области бедренной кости
6. КАКОЙ ПРОГНОЗ СРАЩЕНИЯ СОПОСТАВЛЕННЫХ ВАРУСНЫХ БАЗАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ?
   1. не срастаются
   2. срастаются в редких случаях
   3. иногда срастаются
   4. срастаются, как правило
   5. срастаются всегда
7. КАКОЙ ПРОГНОЗ СРАЩЕНИЯ СОПОСТАВЛЕННЫХ ВАРУСНЫХ СУБКАПИТАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА?
   1. не срастаются
   2. иногда срастаются
   3. практически не срастаются
   4. часто срастаются
   5. срастаются всегда
8. У ЛИЦ КАКОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙКИ БЕДРА?
   1. пожилых
   2. детей
   3. молодых
   4. лиц зрелого возраста
   5. одинаково часто во всех возрастах
9. УКАЖИТЕ СИМПТОМ НЕ ОТНОСЯЩИЙСЯ К ПЕРЕЛОМАМ ШЕЙКИ БЕДРА
   1. локальная болезненность в проекции шейки бедра спереди и сзади
   2. невозможность активной внутренней ротации конечности
   3. симптом "прилипшей пятки"
   4. положительный симптом Гирголава
   5. установка конечности в положении внутренней ротации
10. ТИПИЧНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ВАРУСНОМ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. конечность выпрямлена и ротирована кнутри
       1. конечность выпрямлена и ротирована кнаружи
       2. конечность отведена в сторону
       3. конечность приведена
       4. конечность согнута в тазобедренном и коленном суставах
11. В КАКОЙ ПРОЕКЦИИ ДЕЛАТЬ РЕНТГЕНОВСКИЕ СНИМКИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ БЕДРА?
    * 1. в прямой
      2. в прямой и боковой
      3. в прямой и косой
      4. в прямой и аксиальной
      5. только в аксиальной
12. ОСНОВНЫМ ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНА-КОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ВАРУСНЫЙ ХАРАКТЕР ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРА, ЯВЛЯЕТСЯ
    * 1. уменьшение шеечно-диафизарного угла
      2. нарушение целостности кортикальных слоёв
      3. спутанность структуры, прерывистость костных балок, щелевидное просветление по линии излома
      4. укорочение, а иногда отсутствие дистального отдела шейки
      5. заметно большее и даже полное выстояние малого вертела
13. УКАЖИТЕ ОСНОВНУЮ ПРИЧИНУ ДЛИТЕЛЬНОГО СРАЩЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРА
    * 1. пожилой возраст больных
      2. остеопороз
      3. сопутствующие заболевания
      4. нарушение кровоснабжения проксимального отломка
      5. сложность иммобилизации гипсовой повязкой
14. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
    * 1. декомпенсация сердечнососудистой деятельности
      2. тяжёлая степень сахарного диабета
      3. пожилой возраст больного
      4. кожные заболевания
      5. наличие воспалительных процессов
15. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ СУБКАПИТАЛЬНОМ И ИНТЕРМЕДИАРНОМ ВАРУСНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА
    * ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА?
      1. эндопротезирование современными суставами
      2. закрытый остеосинтез пучком спиц
      3. закрытый остеосинтез трехлопастным гвоздем Смит-Петерсена
    1. закрытый остеосинтез компрессирующим винтом Сиваша
    2. эндопротезирование суставом Сиваша
16. КАК ЛЕЧИТЬ ПОЖИЛЫХ С ВАРУСНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРА, ЕСЛИ ОПЕРЦИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА?
    1. гипсовой кокситной повязкой
    2. гипсовым тутором на тазобедренный сустав
    3. постельным режимом с деротационной гипсовой повязкой
    4. методом ранней мобилизации
    5. изготовлением и ношением наружного ортопедического аппарата
17. ПОДЛЕЖАТ ЛИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРА, ЕСЛИ ОНИ ДО ТРАВМЫ ПРАКТИЧЕСКИ НЕ ХОДИЛИ?
    1. не подлежат
    2. только на несколько дней для снятия болевых ощущений
    3. подлежат для операции остеосинтеза
    4. подлежат для эндопротезирования
    5. подлежат на весь период лечения
18. ГДЕ И КАК ЛЕЧИТЬ ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ ШЕЙКИ БЕДРА, ЕСЛИ ДО ТРАВМЫ ОН ПРАКТИЧЕСКИ НЕ ХОДИЛ?
    1. в специализированном травматологическом отделении
    2. в ЦРБ у хирурга
    3. в участковой больнице, симптоматической терапией
    4. в ФАП, симптоматической терапией
    5. дома, симптоматической терапией
19. МОЖНО ЛИ ОБЕСПЕЧИТЬ ИММОБИЛИЗАЦИЮ ПОЖИЛОМУ БОЛЬНОМУ С ПЕРЕЛОМОМ ШЕЙКИ БЕДРА ПУТЁМ НАЛОЖЕНИЯ ГИПСОВОЙ КОКСИТНОЙ ПОВЯЗКИ?
    1. можно
    2. можно на короткий срок лечения
    3. можно при условии, что он будет всё время находиться в постели
    4. нельзя
    5. можно, если он согласен
20. КАКИХ БОЛЬНЫХ С ВАРУСНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРА МОЖНО ЛЕЧИТЬ СКЕЛЕТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ?
    1. лиц молодого и зрелого возраста
    2. лиц пожилого возраста
    3. пожилых при наличии противопоказаний к операции
    4. пожилых, практически не ходивших до травмы
21. пожилых с выраженным старческим маразмом

160. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРИ ВАРУСНОМ БАЗАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ БЕДРА У ЛИЦ НЕПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА?

1. гипсовая кокситная повязка
2. скелетное вытяжение
3. пребывание в постели с деротационной гипсовой повязкой
4. активное формирование ложного сустава
5. оперативное лечение

161. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА СКЕЛЕТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ НА ШИНЕ БЕЛЕРА В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ ДОЛЖНА НАХОДИТЬСЯ КОНЕЧНОСТЬ?

1. отведения
2. в среднем положении
3. приведения
4. форсированного отведения
5. зависит от уровня переломов шейки бедра

162. В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ВАРУСНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА СКЕЛЕТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ СОПОСТАВЛЕНИЕ ОТЛОМКОВ ДОСТИГАЕТСЯ ПУТЁМ УКЛАДКИ КОНЕЧНОСТИ

1. в плоскости постели
2. в положении «лягушки» с валиком под коленными суставами
3. в положении «лягушки» с шинами Белера под обеими ногами
4. в обычном положении на шине Белера
5. на шине Белера в положении форсированной внутренней ротации

163. УКАЖИТЕ ЭЛЕМЕНТ, НЕ ИМЕЮЩИЙ ОТНОШЕНИЯ К АЛГОРИТМУ ЛЕЧЕНИЯ СКЕЛЕТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА

* 1. сделать новокаиновую блокаду места перелома (1-2% раствор в количестве 20-25 мл)
  2. наложить скелетное вытяжение, проведя спицу в надмыщелковой зоне бедра
  3. уложить ногу на шину Белера в положении отведения на 15-20 градусов с грузом по оси 5-8 кг
  4. наложить боковое вытяжение (спицей через большой вертел или манжеточное)
  5. придать бедру положение форсированной внутренней ротации

1. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ ДОЛЖЕН ЛЕЧИТЬСЯ СКЕЛЕТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ БОЛЬНОЙ С ПЕРЕЛОМОМ ШЕЙКИ БЕДРА?
   1. 3-4 недели
   2. 5-6 недель
   3. 7-8 недель
   4. 9-10 недель
   5. 11-12 недель
2. ЧТО ДЕЛАТЬ ПО ОКОНЧАНИИ ЛЕЧЕНИЯ СКЕЛЕТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ БЕДРА?
   1. разрешить ходить с костылями, не приступая на ногу
   2. наложить кокситную гипсовую повязку до нижней 1/3 голени
   3. наложить кокситную гипсовую повязку до кончиков пальцев
   4. наложить гипсовый тутор на тазобедренный сустав
   5. наложить фланелевую 8-образную давящую повязку на тазобедренный сустав

166. ЧТО ТАКОЕ ДОЗИРОВАННАЯ НАГРУЗКА НА НОГУ?

* 1. нагрузка только с компенсацией веса конечности
  2. лёгкая нагрузка на стопу
  3. постепенно увеличиваемая нагрузка, не сопровождающаяся стойкими болями или неприятными ощущениями
  4. постепенно увеличиваемая нагрузка, возрастающая до полной в течение 3-7 дней
  5. постепенно медленно увеличиваемая нагрузка, возрастающая до полной в течение 2-3 недель

1. ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРУСНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА У ЛИЦ МОЛОДОГО И ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ
   1. 3-4 месяца
   2. 5-6 месяцев
   3. 7-8 месяцев
   4. 9-12 месяцев
   5. до полутора лет
2. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА У ЛИЦ МОЛОДОГО И ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА?
   1. открытая репозиция, остеосинтез
   2. эндопротезирование современным суставом
   3. закрытая репозиция, остеосинтез
   4. эндопротезирование полусуставом Мура
   5. компрессионно-дистракционный остеосинтез по Илизарову

169. ВКОЛОЧЕННЫЙ ПЕРЕЛОМ – ЭТО

1. перелом без смещения отломков
2. перелом, при котором более узкая часть кости вклинивается в более широкую
   1. перелом в зоне метафиза трубчатой кости, при котором диафизарный конец вклинивается в более широкий эпифиз
   2. слабо консолидированный перелом
   3. консолидированный перелом
3. В КАКОЙ ЗОНЕ МОГУТ ВОЗНИКАТЬ ВКОЛОЧЕННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ?
   1. во всех
   2. в зоне диафиза трубчатой кости
   3. в эпифизарной зоне
   4. в метафизарной зоне
   5. в месте любого расширения трубчатой кости
4. ПРИ ВАЛЬГУСНОМ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ БЕДРА ШЕЕЧНО-ДИАФИЗАРНЫЙ УГОЛ
   1. не изменяется
   2. увеличивается
   3. увеличивается резко
   4. уменьшается
   5. уменьшается резко
5. КАК ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ ВАЛЬГУСНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙКИ БЕДРА?
   1. в 5% случаев переломов шейки бедра
   2. в 10%
   3. в 15%
   4. в 20%
   5. в 30%
6. С ЧЕМ СВЯЗАНО, ЧТО ВКОЛОЧЕННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙКИ БЕДРА ВСЕГДА ВАЛЬГУСНЫЕ?
   1. с возрастом пострадавших
   2. с особенностями механизма травмы
   3. с особенностями кровоснабжения шейки бедра
   4. с особенностями связочного аппарата тазобедренного сустава
   5. с особенностями анатомии шейки бедра
7. С ЧЕМ СВЯЗАНО, ЧТО ВАРУСНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙКИ БЕДРА НИКОГДА НЕ БЫВАЮТ ВКОЛОЧЕННЫМИ?
   1. с толщиной кортикальной пластинки наружно-верхнего отдела шейки
   2. с толщиной кортикальной пластинки нижне-внутреннего отдела шейки
   3. с характерной балочной структурой шейки
   4. с пологим изгибом линии головка-шейка в нижне-внутреннем отделе
   5. с пологим изгибом линии головка-шейка в верхне-наружном отделе
8. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ БОЛЬНОЙ НА СТАБИЛИЗИРУЮЩЕМ СКЕЛЕТНОМ ВЫТЯЖЕНИИ ПО ПОВОДУ ВАЛЬГУСНОГО ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРА?
   1. 1-2 недели, до исчезновения болевых ощущений
   2. 3-4 недели
   3. 5-6 недель
   4. 1,5-2 месяца
   5. 2,5-3 месяца
9. К ПЕРЕЛОМАМ ВЕРТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕ ОТНОСЯТСЯ
   1. межвертельные переломы
   2. чрезвертельные переломы
   3. отрыв большого вертела
   4. отрыв малого вертела
   5. подвертельные переломы
10. ПЕРЕЛОМЫ ВЕРТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ БЕДРА ЯВЛЯЮТСЯ
    1. внесуставными латеральными
    2. внесуставными, медиальными
    3. внутрисуставными латеральными
    4. внутрисуставными, медиальными
    5. латеральными
11. УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ ПРИ ЛАТЕРАЛЬНЫХ (ВЕРТЕЛЬНЫХ) ПЕРЕЛОМАХ
    1. падение с высоты на прямые ноги
    2. прямой механизм - падение на вертельную область
    3. прямой удар в верхнюю 1/3 бедра
    4. падение на ягодичную область
    5. форсированное разгибание или сгибание конечности в тазобедренном суставе
12. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ТОЛЬКО ДЛЯ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА
    1. укорочение конечности
    2. ротация бедра кнаружи
    3. припухлость и кровоизлияние в области тазобедренного сустава, распространяющиеся на верхнюю треть бедра
    4. отсутствие активных движений
    5. сильная боль в области повреждения
13. СИМПТОМОМ ИЗОЛИРОВАННОГО ПЕРЕЛОМА БОЛЬШОГО ВЕРТЕЛА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. боль, чаще умеренная
    2. локальная припухлость и болезненность
    3. положительный симптом "прилипшей пятки"
    4. сохранение опороспособности конечности
    5. резкое усиление болей при пассивной ротации

181. КАКОЙ ПРОГНОЗ СРАЩЕНИЯ СОПОСТАВЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ?

1. не срастаются
2. срастаются в редких случаях
3. иногда срастаются
4. срастаются часто
5. срастаются всегда

182. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ?

1. преимущественно консервативное лечение
2. только консервативное лечение
3. можно лечить и консервативно и оперативно
4. только оперативный
5. преимущественно оперативный

183. КАК ЛЕЧИТЬ ВЕРТЕЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ?

1. функциональным методом
2. скелетным вытяжением
3. постельным режимом с деротационной гипсовой повязкой
4. облегченной гипсовой повязкой в течение 2,5-3,5 мес.
5. кокситной гипсовой повязкой в течение 2,5-3,5 мес.

184. КАК ЛЕЧИТЬ БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БОЛЬШОГО ВЕРТЕЛА БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ?

1. уложить ногу на шину Белера на 2-3 недели
2. произвести открытую репозицию, остеосинтез шурупами, лавсаном
3. наложить гипсовую кокситную повязку на 2-2,5 месяца
4. наложить облегченную гипсовую кокситную повязку на 3-4 недели
5. наложить клеоловое или скелетное стабилизирующее вытяжение продолжительностью до 6 недель

185. КАК ЛЕЧИТЬ БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БОЛЬШОГО ВЕРТЕЛА С УМЕРЕННЫМ СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ?

1. произвести открытую репозицию, остеосинтез шурупами, лавсаном
2. наложить гипсовую кокситную повязку на 2-2,5 месяца
3. наложить облегченную гипсовую кокситную повязку на 3-4 недели
4. наложить клеоловое или скелетное стабилизирующее вытяжение продолжительностью до 6 недель
5. уложить ногу на шину Белера на 2-3 недели

186. КАК ЛЕЧИТЬ БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БОЛЬШОГО ВЕРТЕЛА С БОЛЬШИМ СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ?

1. произвести открытую репозицию, остеосинтез шурупами, лавсаном
2. наложить гипсовую кокситную повязку на 2-2,5 месяца
3. наложить облегченную гипсовую кокситную повязку на 3-4 недели
4. наложить клеоловое или скелетное стабилизирующее вытяжение продолжительностью до 6 недель
5. уложить ногу на шину Белера на 2-3 недели

187. КАК ЛЕЧИТЬ БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ МАЛОГО ВЕРТЕЛА?

* 1. открытой репозицией, остеосинтезом шурупами, лавсаном
  2. укладкой ноги на шину Белера с углом сгибания 90 градусов в коленном и тазобедренном суставах на 10-12 дней
  3. наложением облегченной гипсовой кокситной повязки на 3-4 недели
  4. наложением клеолового или скелетного стабилизирующего вытяжения продолжительностью до 6 недель
  5. ходьбой на костылях с первых дней после травмы в течение 2-3 недель

1. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СРЕДСТВ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЧРЕЗ- И МЕЖВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ?
   1. трехлопастной гвоздь Смит-Петерсена
   2. двухлопастной гвоздь с бедренной накладкой
   3. компрессирующий винт Сиваша
   4. винт-штопор Сиваша
   5. полусустав Мура
2. ЭПИФИЗЕОЛИЗ – ЭТО
   1. незаращение зоны роста в обычные сроки
3. излишне ранее окостенение зоны роста
4. сам процесс заращения зоны роста
5. травматический разрыв зоны роста
6. асептический некроз головки бедра или другого эпифиза

190. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТЛИЧАЕТ ПЕРЕЛОМЫ БЕДРА ОТ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗОВ ДРУГИХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ?

1. частота переломов
2. характер смещения отломков
3. частота смещения отломков
4. частота возникновения шока
5. особенность ситуаций, при которых возникает перелом

191. КАКОГО ОБЪЁМА ОРИЕНТИРОВОЧНО МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ КРОВОПОТЕРЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА, НЕ

СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ КРУПНЫХ СОСУДОВ?

1. более 1500 мл
2. 1000-1500 мл
3. до 1000 мл
4. 500-700 мл
5. до 500 мл

192. КАКОГО ОБЪЁМА ОРИЕНТИРОВОЧНО МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ КРОВОПОТЕРЯ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА, НЕ

СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ КРУПНЫХ СОСУДОВ?

1. 2-3 литра
2. 1,5-2 литра
3. 1-1,5 литра
4. до 1000 мл
5. до 700 мл

193. В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ МОЖЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА, НЕ

СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ КРУПНЫХ СОСУДОВ?

1. первые 4-8 часов
2. первые 12-16 часов
3. до 24 часов
4. до 48 часов
5. до 72 часов

194. В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ МОЖЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА, НЕ

СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ КРУПНЫХ СОСУДОВ?

1. до 3-х суток
2. первые 4-8 часов
3. первые 12-16 часов
4. до 24 часов
5. до 48 часов

195. АБСОЛЮТНЫМ СИМПТОМОМ ЗАКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ

1. деформация
2. укорочение конечности
3. патологическая подвижность, возникшая непосредственно после травмы
4. локальная болезненность, возникшая непосредственно после травмы
5. нарушение функции

196. АБСОЛЮТНЫМ СИМПТОМОМ ЗАКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ

1. боль и локальная болезненность
2. наличие явно костной деформации
3. патологическая подвижность
4. крепитация костных отломков
5. боль при нагрузке по оси бедра

197. КАКОЕ ИЗ СМЕЩЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА В ВЕРХНЕЙ 1/3?

1. смещение проксимального отломка кзади
2. смещение проксимального отломка кнаружи и кпереди
3. смещение проксимального отломка кнутри
4. смещение дистального отломка кзади и кнаружи
5. смещение дистального отломка кнаружи

198. ЧТО ВЫЗЫВАЕТ СМЕЩЕНИЕ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТЛОМКА КПЕРЕДИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА В ВЕРХНЕЙ 1/3?

1. болевая контракция пояснично-подвздошной мышцы
2. перекладывание пострадавшего неопытными людьми
3. болевая контракция приводящих мышц бедра
4. болевая контракция ягодичных мышц
5. особенность воздействия травмирующего агента

199. ЧТО ВЫЗЫВАЕТ СМЕЩЕНИЕ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТЛОМКА КНАРУЖИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА В ВЕРХНЕЙ 1/3?

1. особенность воздействия травмирующего агента
2. болевая контракция приводящих мышц бедра
3. болевая контракция ягодичных мышц
4. болевая контракция пояснично-подвздошной мышцы
5. перекладывание пострадавшего неопытными людьми

200. КАКОЕ ИЗ СМЕЩЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА В СРЕДНЕЙ 1/3?

1. смещение проксимального отломка кпереди и кнутри
2. смещение проксимального отломка кнаружи и кзади
3. смещение дистального отломка кнутри
4. возможны разнообразные варианты
5. смещение по длине

201. КАКОЕ ИЗ СМЕЩЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА В НИЖНЕЙ 1/3?

1. смещение проксимального отломка кнаружи
2. смещение проксимального отломка кзади
3. смещение проксимального отломка кнутри
4. смещение дистального отломка кзади
5. смещение дистального отломка кпереди

202. ЧТО ВЫЗЫВАЕТ СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕГО КОНЦА ДИСТАЛЬНОГО ОТЛОМКА КЗАДИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА В НАДМЫЩЕЛКОВОЙ ЗОНЕ?

1. болевая контракция мышц сгибателей голени
2. болевая контракция икроножных мышц
3. болевая контракция приводящих мышц
4. болевая контракция мышц разгибателей голени
5. особенность механизмов травмы

203. К ЧЕМУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ТИПИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ ДИСТАЛЬНОГО ОТЛОМКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА В НАДМЫЩЕЛКОВОЙ ЗОНЕ?

1. повреждению сосудисто-нервного пучка или его элементов
2. повреждению седалищного нерва
3. повреждению малоберцового нерва
4. тромбофлебиту
5. предопределению принципов лечения

204. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОТИВОБОЛЕВЫХ

ЭЛЕМЕНТОВ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОПУСТИМО ПРИМЕНЯТЬ В МИРНОЕ ВРЕМЯ НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ ТОЛЬКО ПРИ МАССОВОМ ТРАВМАТИЗМЕ ИЛИ СТИХИЙНОМ БЕДСТВИИ?

1. аналгетики
2. иммобилизацию
3. алкоголь
4. местную (регионарную) гипотермию
5. седативные препараты

205. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЭЛЕМЕНТОМ АЛГОРИТМА ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ (ФАП) ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА?

1. введение анальгина 50% 2 мл внутримышечно
2. обеспечение иммобилизации шиной Дитерихса
3. переливание кровезаменителей
4. дача горячего питья, обогревание, укутывание
5. эвакуация в ЦРБ (по назначению)

206. КАКОЙ ОБЪЁМ ПОМОЩИ МОЖЕТ ОБЕСПЕЧИТЬ ВРАЧ-ТРАВМАТОЛОГ, СЛУЧАЙНО ОКАЗАВШИЙСЯ НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ БОЛЬНОМУ С ПЕРЕЛОМОМ БЕДРА?

* 1. первую медицинскую помощь
  2. доврачебную помощь
  3. первую врачебную помощь
  4. квалифицированную помощь
  5. специализированную помощь

1. СКОЛЬКО СУСТАВОВ НЕОБХОДИМО ИММОБИЛИЗИРОВАТЬ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА?
   1. ни одного
   2. один
   3. два
   4. три
   5. четыре
2. КАКИЕ СУСТАВЫ ПОДЛЕЖАТ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА В НИЖНЕЙ 1/3?
   1. тазобедренный
   2. коленный

3) тазобедренный и коленный

1. коленный, голеностопный и мелкие суставы стопы
2. тазобедренный, коленный, голеностопный

209. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА?

1. шину Крамера
2. шину ЦИТО
3. шину Дитерихса
4. шину Белера
5. заднюю гипсовую шину

210. СКОЛЬКО ШИН КРАМЕРА НЕОБХОДИМО ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА?

1. одну
2. две
3. три
4. четыре
5. пять

211. В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ ИММОБИЛИЗИРОВАТЬ КОНЕЧНОСТЬ ПРИ НАДМЫЩЕЛКОВОМ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА?

1. умеренного сгибания в коленном суставе
2. разгибания в коленном и тазобедренном суставах
3. сгибания под углом 90 градусов в коленном суставе
4. сгибания под углом 45 градусов в коленном и тазобедренном суставах
5. сгибания под углом 60 градусов в коленном и тазобедренном суставах

212. К ЧЕМУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ В ПОЛОЖЕНИИ РАЗГИБАНИЯ ПРИ НАДМЫЩЕЛКОВОМ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА?

1. усилению болей
2. усилению кровотечения в связи с затруднением венозного оттока
3. повреждению малоберцового нерва
4. вторичному повреждению элементов сосудисто-нервного пучка
5. не сращению перелома

213. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ ПРИ КОСОМ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА ПЯТИ ЛЕТ?

* 1. скелетное вытяжение
  2. вытяжение по Шеде
  3. лейкопластырное вытяжение по прямой
  4. одномоментную репозицию, наложение гипсовой повязки
  5. оперативное лечение

1. КАКОЙ ГРУЗ НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА?
   1. 2 кг
   2. 5 кг
   3. 1/7 веса тела ребенка
   4. 1/14 веса тела ребенка
   5. 8 кг

215. КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ КОНЕЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ДЛЯ ПЕРЕДНИХ ВЫВИХОВ БЕДРА?

1. отведение и наружная ротация
2. приведение и внутренняя ротация
3. сгибание
4. укорочение конечности
5. лордоз

216. ПРИ КАКОМ ВЫВИХЕ БЕДРА ОТСУТСТВУЕТ ПРУЖИНИСТАЯ РИГИДНОСТЬ?

* 1. запирательном
  2. центральном
  3. седалищном
  4. надлобковом
  5. подвздошном

1. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВЫВИХОВ БЕДРА ВСЕГДА СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПЕРЕЛОМОМ КОСТЕЙ ТАЗА?
   1. подвздошный
   2. седалищный
   3. центральный
   4. запирательный
   5. надлобковый
2. ОПРЕДЕЛИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНУЮ ЛЕЧЕБНУЮ ТАКТИКУ ПРИ ЗАДНЕМ ВЫВИХЕ БЕДРА С ОТРЫВОМ КРАЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ:
   1. скелетное вытяжение
   2. закрытое вправление с последующим остеосинтезом (по показаниям)
   3. применение аппарата внешней фиксации
   4. гипсовая укороченная кокситная повязка
   5. одномоментное вправление с наложением стабилизирующего вытяжения

219. ПРЕДЛОЖИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕВПРАВИМОГО ИЛИ ЗАСТАРЕЛОГО ВЫВИХА БЕДРА

1. одномоментное вправление по Кохеру-Кеферу
2. одномоментное вправление по Джанелидзе
3. вправление скелетным вытяжением
4. открытое вправление
5. использование внеочаговых дистракционных аппаратов
6. **Переломы плеча и предплечья**

220. КАКОЙ ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧА ОТНОСИТСЯ К ВНЕСУСТАВНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ?

1. перелом головки плеча
2. перелом головчатого возвышения
3. перелом анатомической шейки
4. перелом блоковидного возвышения
5. перелом малого бугорка

221. В ПРОКСИМАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ ПЕРЕЛОМЫ

1. хирургической шейки
2. анатомической шейки
3. чрезбугорковые
4. большого бугорка
5. головки

222. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ ЛЕЧИТЬ БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ

ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА СКЕЛЕТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ?

1. 3-4 недели
2. 4-6 недель
3. 5-7 недель
4. 6-8 недель
5. 7-9 недель

223. КАК ЛЕЧИТЬ БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА ПОСЛЕ СНЯТИЯ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ?

* 1. косыночной повязкой 2-3 недели
  2. задней гипсовой шиной 4-5 недель
  3. клин-подушкой 4-5 недель
  4. повязкой типа Вельпо в гипсовом исполнении 3-4 недели
  5. торакобрахиальной гипсовой повязкой 4-5 недель

1. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА ЯВЛЯЮТСЯ
   * 1. переломы со смещением отломков по длине
     2. несопоставленные переломы
     3. несрастающиеся переломы
     4. слабоконсолидированные переломы
     5. застарелые переломы с неудовлетворительным стоянием отломков
2. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА БОЛЬШОГО БУГОРКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. локальный кровоподтек
   2. невозможность активной наружной ротации
   3. невозможность активной внутренней ротации
   4. деформация сустава
   5. патологическая подвижность

226. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА МАЛОГО БУГОРКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. деформация плечевого сустава
  2. патологическая подвижность
  3. резкая локальная болезненность
  4. отсутствие активной внутренней ротации
  5. нарушение или отсутствие активной наружной ротации

1. КАК ЛЕЧИТЬ ОТРЫВНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ БУГОРКОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С РАСХОЖДЕНИЕМ ОТЛОМКОВ?
   1. гипсовой повязкой
   2. скелетным вытяжением
   3. иммобилизацией на шине ЦИТО
   4. иммобилизацией клин-подушкой
   5. оперативным методом
2. КАКОЙ СИМПТОМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ДИАФИЗАРНОГО ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ?
   1. патологическая подвижность
   2. деформация сегмента
   3. сглаженность контуров сустава
   4. крепитация костных отломков
   5. укорочение сегмента

229. ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ШИНОЙ

1. Дитерихса
2. Герасимова
3. Крамера
4. Еланского
5. гипсовой повязкой

230. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧА НА ГРАНИЦЕ НИЖНЕЙ И СРЕДНЕЙ ТРЕТИ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ, ЕСЛИ "СВИСАЕТ" КИСТЬ И ОТСУТСТВУЕТ АКТИВНОЕ РАЗГИБАНИЕ ПАЛЬЦЕВ?

1. разрыв двуглавой мышцы плеча
2. повреждение лучевого нерва
3. повреждение локтевого нерва
4. перелом лучевой кости в типичном месте
5. повреждение мышц предплечья

231. ДОСТОВЕРНЫМ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. резкое ограничение функции сустава
2. усиление болей при нагрузке по оси
3. крепитация костных отломков
4. патологическая подвижность
5. нарушение равнобедренности треугольника Гюнтера

232. КАК ДОЛЖЕН ЛЕЧИТЬ НАДМЫЩЕЛКОВЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ПЛЕЧА СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ПО ДЛИНЕ ХИРУРГ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ ИЛИ МАЛООПЫТНЫЙ ТРАВМАТОЛОГ?

1. скелетным вытяжением
2. иммобилизацией гипсовой повязкой
3. одномоментной репозицией, наложением циркулярной гипсовой повязки
4. одномоментной репозицией, наложением задней гипсовой шины
5. открытой репозицией, остеосинтезом

233. УКАЖИТЕ СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ТОЛЬКО ДЛЯ ПЕРЕЛОМА ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА

* + 1. боль при нагрузке по оси
    2. локальная болезненность
    3. усиление боли при пассивном сгибании фиксированного мышцами предплечья
    4. невозможность активного сгибания предплечья
    5. припухлость сустава

1. КАКОЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ?
   1. закрытая одномоментная репозиция
   2. функциональный
   3. оперативный
   4. компрессионно-дистракционный по Илизарову
   5. иммобилизация эластичным бинтом

235 АБДУКЦИОННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПАДЕНИИ НА РУКУ НАХОДЯЩУЮСЯ В

1. среднем положении
2. положении отведения
3. положении приведения
4. процессе отведения
5. процессе приведения

236. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ПРИ ВКОЛОЧЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА У ВСЕХ БОЛЬНЫХ И С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМ УГЛОВЫМ СМЕЩЕНИЕМ У ПОЖИЛЫХ?

* 1. функциональный на косыночной повязке
  2. функциональный на клин-подушке
  3. иммобилизация гипсовой повязкой типа Дезо
  4. иммобилизация задней гипсовой шиной
  5. иммобилизация торакобрахиальной повязкой

1. В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛЕЧА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ НА ШИНЕ ЦИТО ПРИ АДДУКЦИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ?
   1. максимально возможного приведения
   2. приведения под углом 45 градусов
   3. приведения под углом 60 градусов
   4. максимально возможного отведения
   5. отведения под углом 90 градусов
2. ОТМЕТЬТЕ ГРАНИЦЫ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ ПРИ ДИАФИЗАРНОМ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ
   1. от уровня лопатки до пальцев кисти
   2. от верхней трети плеча до пальцев кисти
   3. от верхней трети плеча до конца пальцев кисти
   4. от нижней трети плеча до запястья
   5. от локтевого сгиба до пальцев кисти.

239. ПОЖИЛАЯ ЖЕНЩИНА УПАЛА НА ПЛЕЧО, ПОЧУВСТВОВАЛА РЕЗКУЮ БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА. САМА ПОДДЕРЖИВАЕТ ПЛОТНО ПРИЖАТУЮ К ТУЛОВИЩУ РУКУ. АКТИВНЫЕ ДВИЖЕНИЯ В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ ОГРАНИЧЕНЫ БОЛЕЗНЕННЫ. ВАШ ДИАГНОЗ?

* 1. ушиб плечевого сустава
  2. вывих плеча
  3. перелом хирургической шейки плеча
  4. отрыв сухожилия двуглавой мышцы плеча
  5. перелом ключицы.

1. НАЗОВИТЕ ОСНОВНУЮ ПРИЧИНУ ОБРАЗОВАНИЯ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА
   1. недостаточная длительность или отсутствие иммобилизации после вправления вывиха
   2. вправление вывиха без обезболивания
   3. вправление вывиха по способу Джанелидзе
   4. раннее начало ЛФК
   5. позднее начало ЛФК
2. БОЛЬ ПРИ АКТИВНЫХ ДВИЖЕНИЯХ КИСТИ, ОТЕЧНОСТЬ И РЕЗКАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ, КОСТНАЯ КРЕПИТАЦИЯ, ДЕФОРМАЦИЯ ПРЕДПЛЕЧЬЯ, БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ОБЛАСТИ ШИЛОВИДНОГО ОТРОСТКА ЛОКТЕВОЙ КОСТИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН
   1. разрыв связок лучезапястного сустава
   2. перелом нижней трети кости предплечья
   3. перелом ладьевидной кости
   4. перелом лучевой кости в типичном месте
   5. разрыв мышц предплечья
3. ПОСЛЕ ПАДЕНИЯ ВОЗНИКЛА БОЛЬ, ПРИПУХЛОСТЬ НА ГРАНИЦЕ НИЖНЕЙ И СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧА, ПОДВИЖНОСТЬ И КОСТНЫЙ ХРУСТ. КИСТЬ «СВИСАЕТ», АКТИВНОЕ РАЗГИБАНИЕ ПАЛЬЦЕВ И КИСТИ ОТСУТСТВУЕТ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПЕРЕЛОМА МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ?
   1. разрыв двуглавой мышцы плеча
   2. повреждение лучевого нерва
   3. повреждение локтевого нерва
   4. перелом лучевой кости личном месте
   5. повреждение мышц предплечья
4. К ВНУТРИСУСТАВНЫМ ПЕРЕЛОМАМ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ОТНОСИТСЯ ПЕРЕЛОМ
   * 1. анатомической шейки
     2. хирургической шейки
     3. большого бугорка
     4. черезбугорковый
     5. малого бугорка
5. КАКОЙ ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧА ОТНОСИТСЯ К ВНЕСУСТАВНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ?
   * 1. перелом головки плеча
     2. перелом головчатого возвышения
     3. перелом анатомической шейки
     4. перелом блоковидного возвышения
     5. перелом малого бугорка
6. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К ПЕРЕЛОМАМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ?
   * 1. перелом головки
     2. перелом анатомической шейки
     3. перелом клювовидного отростка
     4. переломы бугорков
     5. перелом хирургической шейки
   1. У ЛИЦ КАКОГО ВОЗРАСТА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВОЗНИКАЮТ ПЕРЕЛОМЫ ГОЛОВКИ И АНАТОМИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ?
      1. детского
      2. молодого
      3. среднего и зрелого
      4. преимущественно пожилого
      5. от возраста не зависит
7. НА УРОВНЕ АНАТОМИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ
   1. переломы со смещением отломков
   2. переломы без смещения отломков
   3. вколоченные переломы
   4. переломы с разворотом головки на 180 градусов
   5. эпифизеолизы
8. УСТАНОВИТЬ, ЧТО ПЕРЕЛОМ ШЕЙКИ ПЛЕЧА ЯВЛЯЕТСЯ ВКОЛОЧЕННЫМ, ПОЗВОЛЯЮТ
   1. жалобы
   2. тщательно собранный анамнез
   3. данные осмотра и пальпации
   4. изучение длины конечности и объёма движений
   5. дополнительные методы исследования (рентгенограммы)
9. ЗАВИСИТ ЛИ ЧАСТОТА ПЕРЕЛОМОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА ОТ ВОЗРАСТА БОЛЬНОГО?
   1. не зависит
   2. чаще возникают у подростков
   3. чаще возникают у молодых
   4. чаще возникают у лиц среднего возраста
   5. чаще возникают у пожилых
10. КАК РАСПОЛАГАЮТСЯ ОТЛОМКИ ПРИ АБДУКЦИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА СО СМЕЩЕНИЕМ ПО ДЛИНЕ?
    1. проксимальный отломок смещён кнутри
    2. проксимальный отломок смещён кпереди
    3. дистальный отломок смещён кнаружи
    4. дистальный отломок смещён кнутри и кверху
    5. дистальный отломок смещён кнутри
11. ПРИ ЧИСТО АБДУКЦИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА СО СМЕЩЕНИЕМ ПОД УГЛОМ ОТЛОМКИ РАСПОЛАГАЮТСЯ ПОД УГЛОМ ОТКРЫТЫМ
    1. кнутри
    2. кзади
    3. кнаружи
    4. кпереди
    5. типичного расположения угла нет
12. АДДУКЦИОННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПАДЕНИЕ НА РУКУ НАХОДЯЩУЮСЯ

В

* 1. положении приведения
  2. процессе приведения
  3. положении отведения
  4. среднем положении
  5. процессе отведения

1. ПРИ ЧИСТО АДДУКЦИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ

ШЕЙКИ ПЛЕЧА СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКИ РАСПОЛАГАЮТСЯ ПОД УГЛОМ ОТКРЫТЫМ

* 1. кзади
  2. кнутри
  3. кнаружи
  4. кпереди
  5. типичного расположения угла нет

1. ДОСТОВЕРНЫМ СВИДЕТЕЛЬСТВОМ ВНУТРИСУСТАВНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. крепитация костных отломков
   2. локальная болезненность на всём протяжении линии перелома
   3. сглаженность контуров и выбухание капсулы сустава, возникшее вскоре после травмы
   4. нарушение функции сустава
   5. резкое усиление боли при нагрузке по оси повреждённого сегмента конечности
2. К ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НЕ ОТНОСЯТСЯ
   1. кровоподтек
   2. увеличение в объеме плечевого сустава
   3. невозможность активных движений из-за резкого усиления болей
   4. локальная болезненность при пальпации
   5. резкая болезненность при нагрузке по оси плеча
3. АБСОЛЮТНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ПО ДЛИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. патологическая подвижность
   2. укорочение конечности
   3. усиление боли при нагрузке по оси
   4. крепитация костных отломков
   5. припухлость плечевого сустава
4. МОЖНО ЛИ ВЫЯВИТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОДВИЖНОСТЬ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВБЛИЗИ СУСТАВНОГО КОНЦА, В ЧАСТНОСТИ, ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА?
   1. практически не удаётся
   2. невозможно
   3. можно
   4. можно у худощавого с невыраженной мускулатурой
   5. можно, при отсутствии выраженной припухлости мягких тканей
5. ЧТО ИМЕЕТ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ?
   1. тщательное выяснение жалоб и анамнеза травмы
   2. наличие абсолютных симптомов заболевания
   3. рентгенография
   4. лабораторные исследования
   5. наличие комплекса достоверных симптомов
6. В КАКОЙ ПРОЕКЦИИ ДЕЛАТЬ РЕНТГЕНОГРАММЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ?
   1. в прямой и аксиальной
   2. в боковой
   3. в аксиальной
   4. в прямой
   5. в прямой и боковой

260. ДЛЯ «ЭПОЛЕТНОГО» (АКСИАЛЬНОГО) РЕНТГЕНОВСКОГО СНИМКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ЖЕЛАТЕЛЬНО ПЛЕЧО ОТВЕСТИ ДО УГЛА

1. 10-20 градусов
2. 30-40
3. 50-60
4. 90
5. 110 градусов

261. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА С УГЛОВЫМ СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ У ПОЖИЛЫХ?

1. скелетное вытяжение на шине цито
2. скелетное вытяжение на балканской раме
3. открытая репозиция, остеосинтез
4. одномоментная репозиция, гипсовая шина
5. одномоментная репозиция, диафиксация спицами, клин-подушка

262. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕОБХОДИМО ДЛЯ

ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧА?

1. отсутствие сопутствующих повреждений
2. отсутствие сопутствующих заболеваний
3. согласие больного
4. электроннооптический преобразователь
5. общее обезболивание

263. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БЫЛ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДО НЕДАВНЕГО ВРЕМЕНИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ПО ДЛИНЕ У ЛИЦ НЕПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА?

* 1. одномоментная репозиция, диафиксация спицами, клин-подушка
  2. открытая репозиция, остеосинтез
  3. одномоментная репозиция, гипсовая шина
  4. скелетное вытяжение
  5. иммобилизация гипсовой повязкой

1. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧА ШИРОКО ПРИМЕНЯЕТСЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?
   1. одномоментная репозиция, диафиксация спицами, клин-подушка
   2. открытая репозиция, стабильный остеосинтез современными металлоконструкциями
   3. одномоментная репозиция, гипсовая шина
   4. скелетное вытяжение
   5. иммобилизация гипсовой повязкой
2. ДЛЯ ЧЕГО ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ УГЛОВЫМ СМЕЩЕНИЕМ

ОТЛОМКОВ КПЕРЕДИ ИЛИ КЗАДИ СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ НАДО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ НА БАЛКАНСКОЙ РАМЕ?

1. чтобы воздействовать противотягой на подлопаточную мышцу
2. чтобы воздействовать противотягой на надостную мышцу
3. чтобы воздействовать противотягой на подостную мышцу
4. чтобы обеспечить коррегирующее вытяжение в любом необходимом направлении
5. чтобы компенсировать болевую контракцию всех мышц

266. ЧЕРЕЗ КАКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И С КАКОЙ СТОРОНЫ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ СПИЦУ ДЛЯ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧА?

* 1. через основание локтевого отростка снаружи
  2. через основание локтевого отростка изнутри
  3. через мыщелки плеча снаружи
  4. через мыщелки плеча изнутри
  5. на 2 см выше мыщелков плеча изнутри

1. МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШОГО БУГОРКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. прямой
   2. непрямой
   3. как правило, непрямой
   4. как правило, прямой
   5. в равной степени и тот и другой
2. С ЧЕМ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ ПЕРЕЛОМ БОЛЬШОГО БУГОРКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ?
   1. отрывом сухожилия над- или подостной мышцы
   2. с переломом ребер
   3. с разрывом акромиально-ключичного сочленения
   4. с ушибом легких
   5. с вывихом плеча

269. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ИЗОЛИРОВАННЫХ ПЕРЕЛОМАХ БОЛЬШОГО БУГОРКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ

1. косыночной повязкой на 10-15 дней
2. гипсовой шиной на 10-15 дней
3. гипсовой шиной на 3-4 недели
4. гипсовой торакобрахиальной повязкой на 4-5 недель
5. клин-подушкой на 4-5 недель
6. ЧТО ДОЛЖЕН ДЕЛАТЬ БОЛЬНОЙ С ПЕРЕЛОМ БОЛЬШОГО БУГОРКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ПО ОКОНЧАНИИ ЛЕЧЕНИЯ ИММОБИЛИЗАЦИЕЙ?
   1. проводить дозированную разработку в течение 1,5-2 месяцев
   2. производить неограниченные движения
   3. приступить к труду
   4. производить разработку в течение 4-5 недель
   5. вести обычный образ жизни
7. КАКУЮ ИЗ ОПЕРАЦИЙ ВЫПОЛНЯЮТ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ ОТРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БУГОРКОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С РАСХОЖДЕНИЕМ ОТЛОМКОВ?
   1. закрытую репозицию, остеосинтез спицей
   2. открытую репозицию, остеосинтез спицей
   3. открытую репозицию, остеосинтез шурупом
   4. открытую репозицию, шов лавсаном
   5. открытую репозицию, остеосинтез металлом с памятью формы
8. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ 1/3 ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ (ВЫШЕ МЕСТА ПРИКРЕПЛЕНИЯ БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ) НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. смещение проксимального отломка кнутри
   2. внутренняя ротация проксимального отломка
   3. смещение проксимального отломка кзади
   4. смещение дистального отломка кнутри и кверху
   5. смещение дистального отломка кнаружи и кверху
9. ЧЕМ ОБЕСПЕЧИТЬ ИММОБИЛИЗАЦИЮ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ?
   1. торакобрахиальной гипсовой повязкой
   2. гипсовой повязкой типа Дезо
   3. задней гипсовой шиной от надплечья до средней 1/3 предплечья
   4. клин-подушкой
   5. косыночной повязкой
10. КАК ЛЕЧИТЬ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ С ПЕРЕЛОМОМ ДИАФИЗА ПЛЕЧА СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ПО ДЛИНЕ ЕСЛИ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО?
    1. скелетным вытяжением
    2. наложением гипсовой повязки
    3. одномоментно репонировать и наложить гипсовую торакобрахиальную повязку
    4. наложением укороченной гипсовой повязки
    5. клин-подушкой
11. КАК ЛЕЧИТЬ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ ДИАФИЗА ПЛЕЧА СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ПО ДЛИНЕ?
    1. скелетным вытяжением
    2. открытой репозицией, остеосинтезом накостным или интрамедуллярным блокированным стержнем
    3. наложением гипсовой повязки
    4. одномоментной репозицией и наложением гипсовой торакобрахиальной повязки
    5. наложением укороченной циркулярной гипсовой повязки
12. ВНЕСУСТАВНЫМ ПЕРЕЛОМОМ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. изолированный перелом наружного мыщелка
    2. перелом блока
    3. Т-образный перелом
    4. надмыщелковый перелом
    5. чрезмыщелковый перелом
13. ВНЕСУСТАВНЫМ ПЕРЕЛОМОМ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. перелом головчатого возвышения
    2. изолированный перелом внутреннего мыщелка
    3. изолированный перелом одного из надмыщелков
    4. Y-образный перелом
    5. перелом блока
14. ПРИ НАДМЫЩЕЛКОВЫХ СГИБАТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧА С УГЛОВЫМ СМЕЩЕНИЕМ УГОЛ ОТКРЫТ
    1. кзади
    2. кпереди
    3. кнутри
    4. кнаружи
    5. возможны варианты
15. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК СГИБАТЕЛЬНОГО НАД- И ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧА
    1. усиление болей при пассивном разгибании
    2. кажущееся удлинение предплечья
    3. локальная болезненность по окружности плеча
    4. припухлость тканей над локтевым отростком
    5. нарушение равнобедренности треугольника Гютера
16. ПРИ НАДМЫЩЕЛКОВЫХ РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧА С УГЛОВЫМ СМЕЩЕНИЕМ УГОЛ ОТКРЫТ:
    1. кпереди
    2. кнутри
    3. кнаружи
    4. кзади
    5. возможны варианты
17. ЧЕМ ОБЕСПЕЧИТЬ ЛЕЧЕБНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ ПРИ НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧА БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ?
    1. косыночной повязкой
    2. клин-подушкой
    3. циркулярной гипсовой повязкой
    4. задней гипсовой шиной
    5. торакобрахиальной гипсовой повязкой
18. КАКОЙ ПРОТЯЖЁННОСТИ ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАДНЯЯ ГИПСОВАЯ ШИНА ПРИ НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧА БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ?
    1. от кончиков пальцев до надплечья неповреждённой стороны
    2. от пястно-фаланговых суставов до надплечья неповреждённой стороны
    3. от пястно-фаланговых суставов до надплечья поврежденной стороны
    4. от пястно-фаланговых суставов до плечевого сустава
    5. от лучезапястного до плечевого суставов
19. УКАЖИТЕ ПРИМЕНЯЕМЫЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧА СО СМЕЩЕНИЕМ

ОТЛОМКОВ ПО ДЛИНЕ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ИНТЕНСИФИЦИРОВАТЬ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ

* 1. одномоментная закрытая репозиция, гипсовая повязка
  2. одномоментная закрытая репозиция, диафиксация спицами, гипс
  3. скелетное вытяжение
  4. компрессионно-дистракционный остеосинтез по Илизарову
  5. открытая репозиция, накостный остеосинтез

1. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ВСКОРЕ ПОСЛЕ ЗАКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ?
   1. нарушение артериального кровотока
   2. нарушение венозного оттока и, затем, артериального притока крови
   3. нарушение лимфооттока
   4. нарастающее сдавление нервных стволов
   5. ишемическая контрактура Фолькмана
2. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОГО НАРУШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ?
   1. повреждение магистральных сосудов костными отломками в момент травмы
   2. повреждение магистральных сосудов вторично смещенными отломками
   3. нарастающее избыточное давление в фасциально-апоневротических пространствах локтевого сгиба в результате продолжающегося кровотечения
   4. сдавление наложенной циркулярной гипсовой повязкой
   5. тромбоз артерий
3. ЧТО ДЕЛАТЬ ПРИ НАРУШЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА, ЯВИВШЕГОСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ ИЗБЫТОЧНОГО ДАВЛЕНИЯ В МЯГКИХ ТКАНЯХ ЛОКТЕВОГО СГИБА?
   1. придать возвышенное положение конечности
   2. своевременно обеспечить транспортную иммобилизацию
   3. обеспечить регионарную анестезию
   4. рассечь фасции наружной и внутренней групп мышц передней поверхности локтевого сгиба
   5. наложить жгут для прекращения кровотечения из повреждённых тканей
4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРЕЛОМА ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА ЯВЛЯЕТСЯ
   1. падение на локоть
   2. форсированная супинация предплечья
   3. форсированная пронация предплечья
   4. избыточная нагрузка по оси
   5. внезапное сгибание предплечья при напряженных разгибателях
5. КАК ЛЕЧИТЬ ПЕРЕЛОМЫ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА БЕЗ РАСХОЖДЕНИЯ ОТЛОМКОВ?
   1. гипсовой повязкой в положении разогнутого предплечья
   2. гипсовой повязкой в среднефизиологическом положении предплечья
   3. КД аппаратом Илизарова
   4. открытой репозицией, остеосинтезом
   5. закрытой репозицией, циркулярной гипсовой повязкой
6. КАК ЛЕЧИТЬ ПЕРЕЛОМ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА С РАСХОЖДЕНИЕМ ОТЛОМКОВ?
   1. гипсовой шиной в положении разогнутого предплечья
7. гипсовой шиной в физиологическом положении предплечья
8. аппаратом Илизарова
9. открытой репозицией, остеосинтезом
10. закрытой репозицией, циркулярной гипсовой повязкой

290. ПЕРЕЛОМ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ПРИ

1. избыточном разгибании предплечья
2. избыточной пронации
3. избыточной супинации
4. прямом ударе
5. падении на прямую руку

291. ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ ИЛИ ЛОКТЕВОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ ПЕРЕЛОМЫ

1. косые
2. поперечные
3. винтообразные
4. оскольчатые
5. многооскольчатые

292. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ СИМПТОМОМ ИЗОЛИРОВАННОГО ПЕРЕЛОМА ОДНОЙ ИЗ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. локальная болезненность
2. боль при нагрузке по оси
3. локальная припухлость
4. боль при сближающей нагрузке на удалении от места повреждения
5. усиление болей при попытке сгибания-разгибания

293. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕЛОМОМ МАНТЕДЖИ?

* 1. вывих головки локтевой кости
  2. перелом локтевой кости и вывих головки лучевой
  3. вывих головки лучевой кости
  4. перелом лучевой кости и вывих головки локтевой
  5. разгибательный перелом луча в типичном месте и отрыв шиловидного отростка локтевой кости

1. КАКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К ГРУППЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ?
   1. переломо-вывих Галеацци
   2. перелом головки локтевой кости
   3. переломо-вывих Мантеджи
   4. перелом лучевой кости в типичном месте (Коллиса и Смит1)
   5. перелом шиловидного отростка локтевой и лучевой кости
2. ПЕРЕЛОМ ГАЛЕАЦЦИ - 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
   5. разрыв кольцевидной связки

296. У БОЛЬНОГО ПРИПУХЛОСТЬ И ДЕФОРМАЦИЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛЕВОГО ПРЕДПЛЕЧЬЯ, БОЛЬ ПРИ ДВИЖЕНИЯХ КИСТИ, РЕЗКАЯ ЛОКАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ И КРЕПИТАЦИЯ; БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ОБЛАСТИ ШИЛОВИДНОГО ОТРОСТКА ЛОКТЕВОЙ КОСТИ. ДИАГНОЗ?

* 1. разрыв связок лучезапястного сустава
  2. перелом костей нижней трети предплечья
  3. перелом ладьевидной кости
  4. перелом лучевой кости в типичном месте
  5. разрыв мышц предплечья

1. К ЧЕМУ ВЕДЕТ НАЛОЖЕНИЕ ЦИРКУЛЯРНОЙ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ?
   1. нарушению лимфооттока
   2. непроходимости сосудистого пучка
   3. синдрому Зудека
   4. контрактуре Дюпюитрена
   5. контрактуре Фолькмана
2. ЧТО ТАКОЕ КОНТРАКТУРА ФОЛЬКМАНА?
   1. оссификация капсулы и связок локтевого сустава
   2. оссифицирующий миозит
   3. некроз дистального отдела конечности в результате сдавления сосудистого пучка циркулярной гипсовой повязкой
   4. тяжелая ишемия, с рубцовым замещением участков некроза мышц предплечья
   5. паралитическая контрактура в результате длительного сдавления одного или нескольких нервных стволов циркулярной гипсовой повязкой

299. В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ СЛЕДУЕТ ИММОБИЛИЗИРОВАТЬ ВЕРХНЮЮ КОНЕЧНОСТЬ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ У НОВОРОЖДЕННОГО?

1. прибинтовав руку к туловищу
2. в положении отведения под углом 90 градусов
3. связав локти за спиной
4. запрокинув руку за спину
5. иммобилизация не показана

300. КАК ВРЕМЕННО ОСТАНОВИТЬ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ И РАНЕНИИ ПОДКЛЮЧИЧНЫХ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ?

1. наложить жгут
2. наложить кровоостанавливающий зажим
3. прижать сосуд пальцем
4. произвести тампонаду раны
5. связать руки за спиной

301. ЧТО ДЕЛАТЬ ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ У ДЕТЕЙ?

1. наложить лейкопластырное вытяжение на отводящей шине
2. произвести одномоментную репозицию, наложить гипсовую повязку
3. наложить скелетное вытяжение с рукой «в зенит»
4. произвести открытую репозицию, интрамедуллярный остеосинтез
5. произвести открытую репозицию, накостный остеосинтез

302. КАКОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЭПИФИЗЕОЛИЗА ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ, ВОЗНИКШЕГО В РОДАХ?

1. деструкция метафиза плеча
2. наличие костного отломка
3. нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья
4. видимая тень мозоли
5. видимая линия перелома

303. КАКОЙ НЕРВ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ ПРИ ОТРЫВНОМ ПЕРЕЛОМЕ МЕДИАЛЬНОГО НАДМЫЩЕЛКА У ДЕТЕЙ?

* 1. лучевой
  2. локтевой
  3. срединный
  4. подмышечный
  5. кожно-мышечный

1. КАКОВА ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ВЫВИХЕ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ?
   1. закрытое вправление, гипсовая лонгета в положении супинации предплечья
   2. закрытое вправление, гипсовая лонгета в положении пронации предплечья
   3. закрытое вправление, гипсовая лонгета в среднем положении
   4. открытое вправление, остеосинтез спицей
   5. открытое вправление, пластика кольцевидной связки
      1. **Повреждения кисти**
2. СИМПТОМОМ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ АКТИВНОГО
   1. сгибания концевой фаланги
   2. сгибания средней фаланги
   3. противопоставления пальца
   4. отведения пальца
   5. приведения пальца

306. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. нарастающая припухлость проксимальнее основания II пястной кости
  2. резкая болезненность при надавливании в "анатомической табакерке"
  3. ограничение объема активных и пассивных движений из-за болей в лучезапястном суставе, особенно в тыльно-лучевом направлении
  4. невозможность полного сжатия пальцев
  5. болезненность в области ладьевидной кости при опоре на стол ладонным возвышением I пальца

1. ЧТО ДЕЛАТЬ ВРАЧУ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРЕЛОМ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ?
   1. ввести аналгетики
   2. обеспечить иммобилизацию подручными средствами
   3. наложить гипсовую шину
   4. направить больного в ЦРБ (травм пункт)
   5. обследовать у терапевта
2. УКАЖИТЕ СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЛУБОКОГО СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА
   1. пальцы не собираются в кулак
   2. отсутствует противопоставление пальцев
   3. отсутствует изолированное сгибание концевой фаланги
   4. палец не сгибается в пястно-фаланговом суставе
   5. пальцы не разводятся

309. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ СУХОЖИЛИЯ СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ

1. невозможность активного разгибания концевой и средней фаланг
2. отсутствие пассивного сгибания пальца
3. наличие раны и отсутствие активного сгибания пальца
4. отсутствие пассивного разгибания
5. наличие раны при сохранении активных и пассивных движений

310. УКАЖИТЕ СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ РАЗГИБАТЕЛЯ

1. отсутствие отведения пальца
2. отсутствие приведения пальца
3. отсутствие активного разгибания пальца
4. отсутствие противопоставления пальца
5. сохранение щипковой функции

311. ЧАЩЕ ВСЕГО ИЗ КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ ЛОМАЕТСЯ

1. трехгранная кость
2. ладьевидная кость
3. полулунная кость
4. крючковидная кость
5. большая многоугольная кость

312. К ПЕРЕЛОМУ БЕННЕТА ОТНОСИТСЯ

1. перелом основных и средних фаланг пальцев кисти
2. переломо-вывихи основных и средних фаланг пальцев
3. внутрисуставные переломы основных и средних фаланг пальцев
4. перелом луча с подвывихом в лучезапястном суставе
5. внутрисуставной перелом основания 1-й пястной кости с ее подвывихом

313. КАКОЙ СИМПТОМ НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К ПЕРЕЛОМУ II-V ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ?

1. отек тыла кисти, кровоподтек
2. нарушение хватательной функции кисти
3. исчезновение выпуклости головки пястной кости при сжатии кисти в кулак
4. резкая боль при осевой нагрузке
5. припухлость на тыльной поверхности середины запястья

314. УКАЖИТЕ ТИПИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

1. смещение под углом, открытым в тыльную сторону
2. смещение по длине
3. смещение по ширине диафиза
   1. смещение под углом, открытым в ладонную сторону
   2. ротационное смещение
4. В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ПРИЧИНА ТИПИЧНОГО СМЕЩЕНИЯ ФРАГМЕНТОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ?
   1. непосредственном механизме травмы
   2. воздействии глубокого и поверхностного сгибателей, а также червеобразных и межкостных мышц
   3. неправильной иммобилизации
   4. отсутствии иммобилизации
   5. воздействии общего разгибателя пальцев

316. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ОТМЕЧАЕТСЯ

* 1. "свисающая кисть"
  2. "когтистая лапа"
  3. "обезьянья лапа"
  4. сгибательная контрактура I, II и III и разгибательная - IV и V пальцев
  5. контрактура Фолькмана

1. УКАЖИТЕ РАССТРОЙСТВА ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ СРЕДИННОГО НЕРВА НА КИСТИ
   1. отсутствие активного сгибания пальцев
   2. расстройство чувствительности и трофики на кисти
   3. отсутствие движений в кистевом суставе
   4. отсутствие активного разгибания пальцев
   5. отсутствие отведения большого пальца
2. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ДЛЯ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ НЕРАЦИОНАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
   1. местную анестезию
   2. общее обезболивание
   3. новокаиновую блокаду плечевого сплетения
   4. внутрикостную регионарную анестезию со жгутом
   5. внутривенную регионарную анестезию

319. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХОВ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ВКЛЮЧАЮТ

1. обезболивание, раннее одномоментное вправление и иммобилизация на 3 недели
2. обезболивание, вправление и ранние движения в суставе
3. постепенное вправление скелетным вытяжением
4. хирургическое лечение
5. лечение специальными дистракционными аппаратами

320. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ФУНКЦИИ КИСТИ?

1. захват и манипуляции
2. опора склоненной головы на кисть
3. проприоцепция (контактное, тактильное восприятие)
4. коммуникация
5. передвижение (ползание, плавание)

321. ЧТО НЕ СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ И СУХОЖИЛИЙ КИСТИ?

1. осматривать поврежденную кисть
2. выполнять рентгенологические исследования
3. выяснять анамнез травмы
4. искать в ране концы поврежденного сухожилия
5. ощупывать поврежденную кисть

322. ПОВРЕЖДЕНИЕ ЧЕГО НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К ПОВРЕЖДЕНИЯМ КИСТИ?

1. фаланг
2. тыльной поверхности кисти
3. ладонной поверхности кисти
4. области основания большого пальца
5. мягких тканей над линией кистевого (лучезапястного) сустава

323. ПРИ КАКИХ ТРАВМАХ НЕ ВОЗНИКАЕТ ПОВРЕЖДЕНИЯ СУХОЖИЛИЙ ?

* 1. сдавления кисти
  2. колотой раны кисти
  3. резаной раны кисти
  4. рубленой раны кисти
  5. тяжелой открытой травмы кисти

1. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ СУХОЖИЛИЯ ГЛУБОКОГО СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА?
   1. локализация и вида раны
   2. сохранение активного сгибания пальца в пястно-фаланговом суставе
   3. отсутствие активного сгибания ногтевой фаланги пальца
   4. наличие мышечного тонуса при пассивном разгибании пальца
   5. полное активное разгибание пальца
2. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЛОЖЕНИЮ ПЕРВИЧНОГО ШВА СУХОЖИЛИЯ ГЛУБОКОГО СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦЕВ?
3. наличие явных признаков острого воспаления в области раны на пальце
4. наличие у пострадавшего тяжелого сочетанного повреждения внутренних органов
5. множественные переломы костей кисти и пальцев, требующих особого лечения
6. скальпированная кожная рана кисти и пальцев, требующей пластического восстановления
7. наличие повреждения сухожилий нескольких пальцев

326. ПРИ НАЛОЖЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ БЛОКИРУЮЩИХ ШВОВ НА СУХОЖИЛИЕ ГЛУБОКОГО СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА АКТИВНАЯ РАЗРАБОТКА ДВИЖЕНИЙ НАЧИНАЕТСЯ

* 1. на 7-е сутки после операции
  2. на 14-е сутки после операции
  3. на 21-е сутки после операции
  4. на 30-е сутки после операции
  5. через 5 недель после операции

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЫВИХОВ КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
   1. скелетное вытяжение за ногтевые фаланги
   2. одномоментное вправление
   3. оперативное (открытое) вправление вывиха
   4. вправление вывиха аппаратом вне очаговой фиксации
   5. дистракция аппаратом вне очаговой фиксации с последующим открытым вправлением вывиха
2. ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ КИСТИ ОТ ВСЕХ ЕЁ ПОВРЕЖДЕНИЙ СОСТАВЛЯЮТ
   1. 2,1-5%
   2. до 10%
   3. до 17,5%
   4. до 25%
   5. до 35%

329. ДЛЯ ПЕРЕЛОМА ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНА

1. припухлость в области "анатомической табакерки"
2. боль при поколачивании по кончику I пальца с иррадиацией в точку ладьевидной кости
3. резко болезненное отклонение кисти в лучевую и тыльную сторону
4. припухлость на тыльной поверхности запястья
5. боль при пальпации "анатомической табакерки"

330. УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕННЕТА

1. падение на согнутую кисть
2. падение на разогнутую кисть
3. прямой удар по кисти
4. удар, направленный по оси I пальца
5. сдавление кисти

331. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМОВ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ?

1. локальная болезненность
2. подвижность костных отломков
3. крепитация костных отломков
4. выстояние концов костных отломков
5. кровоизлияние в мягкие ткани

332. ЧТО НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К ПОВРЕЖДЕНИЮ СРЕДИННОГО НЕРВА НА УРОВНЕ ЗАПЯСТЬЯ?

1. двигательные расстройства
2. чувствительные расстройства
3. трофические расстройства
4. синдром карпального канала
5. формирование невром
6. **Переломы позвоночника и таза**

333. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО С ПЕРЕЛОМОМ ПОЯСНИЧНОГО ПОЗВОНКА ВЫТЯЖЕНИЕМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЁМ

1. поднятия ножного конца кровати и фиксации стоп к нему
2. поднятия головного конца кровати и фиксации пострадавшего петлями за подмышечные впадины
3. вытяжением петлей Глиссона за голову с грузом в 6 кг
4. фиксацией таза специальным лифчиком с тягами по оси
5. наложением на грудную клетку специального жилета и тягой в сторону изголовья

334. ВЫБЕРИТЕ ЛЕЧЕБНУЮ ТАКТИКУ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ОСТИСТЫХ

* ПОПЕРЕЧНЫХ ОТРОСТКОВ
  1. гипсовая иммобилизация
  2. постельный режим 2-3 недели
  3. оперативное лечение
  4. лечебная гимнастика с 1-го дня
  5. свободный режим

335. К ОТРЫВНЫМ ПЕРЕЛОМАМ КОСТЕЙ ТАЗА ОТНОСИТСЯ ПЕРЕЛОМ

1. передне-верхней ости безымянной кости
2. седалищной кости
3. вертлужной впадины
4. лонной кости
5. крестца

336. КАКИЕ ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ТАЗА ОТНОСЯТСЯ К III ГРУППЕ?

1. переломы, входящие в состав тазового кольца, но без нарушения его непрерывности
2. переломы костей не входящие в состав тазового кольца (краевые переломы)
3. переломы вертлужной впадины
4. повреждения (переломы, разрывы) с нарушением непрерывности тазового кольца
5. переломы костей таза с повреждение тазовых органов

337. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА

1. симптом "прилипшей пятки"
2. симптом Волковича - положение "лягушки"
3. симптом Тренделенбурга
4. симптом Ларрея - боли при разведении крыльев таза
5. симптом Вернейля - боли при сведении крыльев таза

338. КАКОЙ ВИД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОКАЗАН ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА?

1. паравертебральная блокада
2. обезболивание по Шнеку
3. блокада по Школьникову-Селиванову
4. футлярная блокада
5. проводниковая блокада

339. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСИТСЯ К АЛГОРИТМУ ЛЕЧЕНИЯ ВСЕХ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗА I-III ГРУППЫ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ?

* 1. придать положение "лягушки"
  2. произвести внутритазовую блокаду по Школьникову-Селиванову
  3. наложить скелетное вытяжение за надмыщелки бедра
  4. уложить в формообразующий гамак
  5. скелетное вытяжение за вертельную область

1. РАЗРЫВ ЛОБКОВОГО СОЧЛЕНЕНИЯ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ
   1. укладкой таза во фланелевый гамак с перекрещивающимися

тягами

* 1. укладкой в положение "лягушки"
  2. скелетным вытяжением за надмыщелки бедра
  3. укладкой конечностей на стандартные шины
  4. укладкой таза во фланелевый формообразующий гамак

1. ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ
   * 1. при центральном вывихе бедра
     2. при переломе крыла подвздошной кости
     3. при переломе седалищной и лонной костей с обеих сторон (типа "бабочки")
     4. при чрезвертлужном переломе
     5. при переломе крестца и копчика
2. ИЗ АНАТОМИЧЕСКИХ СТРУКТУР ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОМАЕТСЯ
   1. поперечный отросток
   2. остистый отросток
   3. тело позвонка
   4. суставной отросток
   5. дужка позвонка
3. НЕСТАБИЛЬНЫЙ ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА - ЭТО ПЕРЕЛОМ, ПРИ КОТОРОМ
   1. имеется повреждение заднего опорного и связочного комплексов и элементы, формирующие позвоночный канал, могут сместиться в результате неосторожных действий
   2. ось тяжести проходит кпереди от компрессированного тела позвонка
   3. имеется подвывих позвонка
4. ПРИ КАКОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ВЗРЫВНОЙ ПЕРЕЛОМ ТЕЛА ПОЗВОНКА?
   1. избыточной нагрузке по оси позвоночника
   2. избыточном сгибании
   3. скручивании позвоночника с элементом сгибания (разгибания)
   4. ударе в область позвоночника
   5. избыточном разгибании
5. КАКИЕ ОТДЕЛЫ ПОЗВОНКОВ ПОВРЕЖДАЮТСЯ ПРИ СГИБАТЕЛЬНОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ?
   1. остистые отростки
   2. тела
   3. поперечные отростки
   4. дужки
   5. суставные отростки
6. КАКИЕ СИМПТОМЫ УКАЗЫВАЮТ НА ТО, ЧТО ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕННЫМ?
   1. двигательные и чувствительные расстройства конечностей
   2. "пуговчатый" кифоз
   3. симптом "прилипшей" пятки
   4. симптом "вожжей"
   5. боль при нагрузке по оси позвоночника
7. ЧЕМ ИММОБИЛИЗИРОВАТЬ ШЕЙНЫЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА?
   1. косынкой
   2. воротником Шанца
   3. укладкой пострадавшего на щит
   4. прибинтовыванием руки к шее
   5. шиной Дитерихса
8. КАК ВЫНЕСТИ ПОСТРАДАВШЕГО С ПЕРЕЛОМОМ ПОЗВОНОЧНИКА ИЗ КЮВЕТА С КРУТЫМ СКЛОНОМ?
   1. вынести вертикально, спиной к спине выносящего
   2. вынести на руках животом вверх
   3. волоком
   4. перекатом
   5. вывести пешком
9. КАК ТРАНСПОРТИРОВАТЬ БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА?
   1. сидя
   2. лежа на животе
   3. лежа на боку
   4. в положении "лягушки"
   5. полулежа на заднем сидении автомобиля
10. ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА ЕГО СЛЕДУЕТ ВОСПРИНИМАТЬ КАК ПОСТРАДАВШЕГО:
    1. с ушибом позвоночника
    2. со стабильным переломом позвоночника
    3. с сотрясением спинного мозга
    4. с разрывом спинного мозга
    5. с нестабильным переломом позвоночника
11. КАК ЛЕЧИТЬ ПЕРЕЛОМ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА В ЦРБ?
12. одномоментной репозицией с наложением гипсового корсета
13. разгрузкой на валиках-реклинаторах
14. съемным корсетом
15. фиксацией воротником Шанца
16. вытяжением на наклонной плоскости без валика-реклинатора

352. УЧИТЫВАЯ МЕХАНИЗМ ПЕРЕЛОМА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ, НАЗОВИТЕ НЕРЕДКО СОПУТСТВУЮЩЕЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ

* + 1. перелом голени
  1. разрыв связок коленного сустава
  2. перелом позвоночника
  3. перелом шейки бедра
  4. перелом надколенника

1. НАЗОВИТЕ ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ У БОЛЬНОГО С НЕ ОСЛОЖНЕННЫМ

ПЕРЕЛОМОМ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

* 1. нарушение мочеиспускания
  2. пролежни
  3. парез кишечника, метеоризм
  4. легочно-дыхательная недостаточность
  5. тахикардия, аритмия

1. БОЛЬНОЙ УПАЛ С ВЫСОТЫ НА НОГИ. ДИАГНОСТИРОВАН КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ I ПОЯСНИЧНОГО ПОЗВОНКА. ПЕРЕЛОМЫ КАКИХ КОСТЕЙ У ДАННОГО БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ?
   1. перелом ребер
   2. перелом бедер
   3. перелом таза и пяточных костей
   4. перелом лодыжек
   5. перелом надколенника.
2. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫЙ УРОВЕНЬ ПУНКЦИИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА
   1. между затылочной костью и атлантом
   2. в нижнегрудном отделе
   3. между XII грудным и I поясничным позвонками
   4. между I и II поясничными позвонками
   5. между IV и V поясничными позвонками.
3. БОЛЬНОЙ ПРИ НЫРЯНИИ В МЕЛКОМ МЕСТЕ УДАРИЛСЯ ГОЛОВОЙ О ДНО. БЫЛ ВЫТАЩЕН ИЗ ВОДЫ ТОВАРИЩАМИ.

ОТМЕЧАЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ ДВИЖЕНИЙ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В КОНЕЧНОСТЯХ, ЗАТРУДНЕННОЕ ДЫХАНИЕ. ВАШ ДИАГНОЗ?

* + 1. перелом ребер
    2. сотрясение головного мозга
    3. перелом шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга
    4. разрыв связок шейного отдела позвоночника
    5. ушиб головного мозга

1. УКАЖИТЕ ПЕРЕЛОМ ТАЗА С НАРУШЕНИЕМ ЦЕЛОСТНОСТИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА
   1. перелом лонной кости справа
   2. перелом лобковых костей с двух сторон
   3. перелом обеих седалищных костей
   4. перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
   5. краевой перелом крыла подвздошной кости.
2. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ПОЗВОНКОВ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОМАЮТСЯ:
   * 1. 3-й поясничный позвонок
     2. 4-й поясничный позвонок
     3. 5-й поясничный позвонок
     4. 11 и 12-й грудной позвонки
     5. 1 и 2-й поясничные позвонки
3. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСИТСЯ К ПРЯМОМУ МЕХАНИЗМУ ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА?
   * 1. избыточное сгибание
     2. удар в область позвоночника
     3. скручивание позвоночника с элементом сгибания (разгибания)
     4. избыточное разгибание
     5. избыточная нагрузка по оси

360. ПРИ КАКОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ ВОЗНИКАЕТ КЛИНОВИДНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ТЕЛА ПОЗВОНКА?

1. избыточном разгибании
2. ударе в область позвоночника
3. избыточном сгибании
4. скручивании позвоночника с элементом сгибания (разгибания)
5. избыточной нагрузке по оси позвоночника

361. ДЛЯ КАКОГО МЕХАНИЗМА ТРАВМЫ ХАРАКТЕРНО ПОВРЕЖДЕНИЕ ЗАДНЕГО ОПОРНОГО КОМПЛЕКСА ПОЗВОНОЧНИКА (ДУЖКИ, СУСТАВНЫЕ ОТРОСТКИ)?

1. избыточной нагрузке по оси позвоночника
2. избыточного сгибания
3. скручивания позвоночника с элементом сгибания (разгибания)
4. удара в область позвоночника
5. избыточного разгибания

362. ПРИ КАКОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ СМЕЩЕНИЕ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ ПО ШИРИНЕ?

1. избыточной нагрузке по оси позвоночника
2. избыточном сгибании
3. скручивании позвоночника с элементом сгибания (разгибания)
4. ударе в область позвоночника
5. избыточном разгибании

363. КАКИЕ ОТДЕЛЫ ПОЗВОНКОВ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОВРЕЖДАЮТСЯ ПРИ РАЗГИБАТЕЛЬНОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ?

* 1. остистые отростки
  2. дужки
  3. поперечные отростки
  4. тела
  5. суставные отростки

1. КАКОЙ ВИД ПОВРЕЖДЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА?
   1. клиновидная деформация
   2. взрывной перелом
   3. вывих, переломо-вывих
   4. перелом поперечного отростка
   5. отрыв остистого отростка
2. КАКОЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРЕЛОМА ПОЗВОНОЧНИКА?
   1. "пуговчатый" кифоз
   2. расстройство функции тазовых органов
   3. симптом "прилипшей" пятки
   4. симптом "вожжей
   5. локальная боль при нагрузке на остистый отросток

366. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕЛОМА ПОЗВОНОЧНИКА?

1. компьютерная томография
2. рентгенография только в прямой проекции
3. рентгенография позвоночника в боковой проекции
4. рентгенография в прямой и боковой проекциях
   1. функциональная рентгенография
5. КАКИЕ ПЕРЕЛОМЫ ПОЗВОНОЧНИКА НАЗЫВАЮТСЯ ОСЛОЖНЕННЫМИ?
   1. множественные
   2. сочетающиеся с травмой конечностей
   3. сочетающиеся с повреждением спинного мозга
   4. сочетающиеся с травмой внутренних органов
   5. сочетающиеся с травматическим шоком
6. ОБ ОСЛОЖНЕННОМ ПЕРЕЛОМЕ ПОЗВОНОЧНИКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
   1. локальная болезненность
   2. наличие парезов и параличей
   3. повреждение прямой кишки
   4. парез кишечника, развивающийся на 2-4 день после травмы
   5. расстройства слуха, зрения, речи

369. КАКОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ЧАЩЕ ВСЕГО СОПРОВОЖДАЕТ ОСЛОЖНЕННЫЙ ПЕРЕЛОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА?

* 1. клиновидная деформация тела позвонка
  2. многооскольчатый перелом тела позвонка
  3. краевой перелом тела позвонка
  4. клин Урбана
  5. перелом дужки

1. ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СРЕДСТВ ЛУЧШЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
   1. носилки, фиксирующие вместе с туловищем шею и голову
   2. шину Дитерихса
   3. косынку
   4. щит
   5. руку пострадавшего
2. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА?
   1. косынку
   2. щит
   3. обычные носилки
   4. две шины Крамера
   5. подручные средства (ветки, картон и т.д.)
3. ЕСЛИ ВЫВИХ ПРОИЗОШЕЛ МЕЖДУ 6 И 7 ШЕЙНЫМИ ПОЗВОНКАМИ, ТО ВЫВИХНУТЫМ ПОЗВОНКОМ СЧИТАЕТСЯ?
   1. 4-й позвонок
   2. 5-й позвонок
   3. 6-й позвонок
   4. 7-й позвонок
   5. 6-й и 5-й позвонки
4. КАКИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ТРАВМЫ ВЛЕКУТ ЗА СОБОЙ ПЕРЕДНИЙ (СГИБАТЕЛЬНЫЙ) ВЫВИХ ИЛИ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА?
   1. падение на спину
   2. наезд на впереди стоящую преграду
   3. наезд на стоящий сзади автомобиль
   4. падение на ягодицы
   5. подъем тяжести рывком

374. УКАЖИТЕ НЕНУЖНУЮ МАНИПУЛЯЦИЮ В ПЕРЕЧНЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ С ПОДВЫВИХОМ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

* 1. одномоментное вправление подвывиха
  2. постепенное устранение подвывиха петлей Глиссона с грузом 3-4 кг при неудаче одномоментного
  3. контрольная рентгенография
  4. гипсовая краниоторакальная повязка на 1-3 месяца
  5. укладка на реклинационный валик

1. ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ ВЫВИХА В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА, ЧЕМ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ОБЕСПЕЧИТЬ ИММОБИЛИЗАЦИЮ В УСЛОВИЯХ ЦРБ?
   1. петлей Глиссона
   2. шиной Крамера
   3. воротником Шанца
   4. гипсовым воротник-корсетом
   5. аппаратом "Hallo"
2. КАКУЮ НОВОКАИНОВУЮ БЛОКАДУ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПОЗВОНОЧНИКА?
   1. блокаду по Шнеку
   2. блокаду по Школьникову-Селиванову
   3. футлярную блокаду
   4. вагосимпатическую
   5. паранефральную
3. ЧТО НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕ ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРЕЛОМА ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ?
   1. скелетное вытяжение за кости черепа
   2. вытяжение за голову петлей Глиссона
   3. стандартный головодержатель
   4. шина Еланского для фиксации головы и шеи
   5. краниоторакальная гипсовая повязки или воротник Шанца
4. ЧТО НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА?
   1. одномоментная реклинация, гипсовый корсет
   2. гипсовый корсет без реклинации
   3. постепенная реклинация на щите Каплана-Антонова
   4. вытяжение на наклонной плоскости с созданием мышечного корсета
   5. скелетное вытяжение за таз и конечности
5. ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИМЕНЯЕТСЯ
   1. скелетное вытяжение за кости черепа
   2. вытяжение за голову петлей Глиссона
   3. реклинация на валике или гамаке
   4. лямочное вытяжение за подмышечные впадины
   5. скелетное вытяжение за нижние конечности
6. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОМПРЕССИОННОГО ПЕРЕЛОМА

НИЖНЕГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА В ПЕРВЫЕ 4-6 НЕДЕЛЬ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

* 1. реклинацию на гамаке
  2. гипсовый корсет без репозиции
  3. съемный корсет
  4. одномоментную реклинацию с иммобилизацией гипсовым корсетом
  5. только лечебную гимнастику

1. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НЕ ОСЛОЖНЕННОМ КОМПРЕССИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ 6-ГО ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА У ЧЕЛОВЕКА, ЗАНИМАЮЩЕГОСЯ ТЯЖЕЛЫМ ФИЗИЧЕСКИМ ТРУДОМ, СОСТАВЛЯЕТ
   1. 1 месяц
   2. 2 месяца
   3. 3 месяца
   4. 4 месяца
   5. 5-6 месяцев
2. ДЛЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КРОМЕ:
   1. уросепсиса
   2. копростаза
   3. внутреннего кровотечения
   4. пролежней
   5. контрактур
3. УКАЖИТЕ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНУЮ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ПРОЦЕДУРУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА
   1. обезболивающая процедура
   2. противовоспалительная процедура
   3. процедура, улучшающая трофику и регенерацию тканей
   4. процедура, стимулирующая функцию нервов и мышц конечностей и органов
   5. процедура, снижающая тонус гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры
4. УКАЖИТЕ МЕНЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЙ ПРИЕМ ПРОФИЛАКТИКИ УРОСЕПСИСА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПОЗВОНОЧНИКА
   1. применение антибиотиков
   2. применение производных нитрофуранового ряда
   3. разовая катетеризация (2-3 раза в день) мочевого пузыря с последующим промыванием антисептическим раствором
   4. промывание мочевого пузыря антисептиками через постоянный катетер
   5. промывание мочевого пузыря через эпицистостому
5. УКАЖИТЕ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНЫЙ ПРИЕМ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ КОПРОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА
   1. диета богатая клетчаткой
   2. голодание
   3. слабительные средства и клизмы (гипертонические, очистительные, сифонные)
   4. физиотерапия (стимулирующая функцию кишечник1)
   5. механическая очистка прямой кишки (пальцем)
6. УКАЖИТЕ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНЫЙ ПРИЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬ-НОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРЕЛОМОМ

ПОЗВОНОЧНИКА В ПЕРИОД СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

* 1. климатолечение
  2. грязелечение
  3. бальнеолечение
  4. стационарное лечение с ограниченным активным режимом
  5. протезирование (корсетом, тутором, фиксационным аппаратом)

1. КАКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОСТЕЙ ТАЗА ОТНОСЯТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ К I ГРУППЕ?
   1. переломы костей, входящих в состав тазового кольца, но без нарушения его непрерывности
   2. краевые переломы
   3. переломы вертлужной впадины
   4. повреждения (переломы, разрывы) с нарушением непрерывности тазового кольца
   5. переломы костей таза с повреждением тазовых органов
2. КАКИЕ ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ТАЗА ОТНОСЯТСЯ К II ГРУППЕ?
   1. переломы вертлужной впадины
   2. переломы костей не входящие в состав тазового кольца (краевые переломы)
   3. переломы, входящие в состав тазового кольца, но без нарушения его непрерывности
   4. повреждения (переломы, разрывы) с нарушением непрерывности тазового кольца
   5. переломы костей таза с повреждением тазовых органов
3. НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ НЕПРЕРЫВНОСТИ 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

390. К ПЕРЕЛОМАМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ РАЗРЫВОМ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА, НЕ ОТНОСИТСЯ

1. перелом крыла подвздошной кости
2. перелом обеих ветвей лонной кости
3. перелом губы вертлужной впадины
4. перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
5. перелом лонной и седалищной костей с обеих сторон

391. КАКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОСТЕЙ ТАЗА ОТНОСЯТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ К V ГРУППЕ?

1. переломы, входящие в состав тазового кольца, но без нарушения его непрерывности
2. переломы костей не входящие в состав тазового кольца (краевые переломы)
3. переломы вертлужной впадины
4. повреждения (переломы, разрывы) с нарушением тазового кольца
5. повреждения с одновременным нарушением непрерывности переднего и заднего тазовых полуколец (типа Мальгеня)

392. КАКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ТАЗА ОТНЕСЕТЕ К ПЕРЕЛОМУ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ?

1. чрезвертлужный перелом
2. перелом горизонтальной ветви лонной кости в медиальной трети
3. перелом седалищной кости в зоне седалищного бугра
4. пресакральный вертикальный перелом таза
5. перелом основания крыла подвздошной кости

393. КАКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОСТЕЙ ТАЗА ОТНОСЯТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ К 1Y ГРУППЕ?

* 1. переломы, входящие в состав тазового кольца, но без нарушения его непрерывности
  2. переломы костей не входящие в состав тазового кольца (краевые переломы)
  3. переломы вертлужной впадины
  4. повреждения (переломы, разрывы) с нарушением непрерывности тазового кольца
  5. повреждения с одновременным нарушением непрерывности переднего и заднего тазовых полуколец (типа Мальгеня)

1. УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ НЕХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПЕРЕЛОМОВ ТАЗА
   1. удар в область таза
   2. сдавление таза в сагиттальной или во фронтальной плоскости
   3. резкое сокращение мышц, прикрепляющихся к костям таза (отрывные переломы)
   4. нагрузка на нижние конечности по продольной оси
   5. падение на область большого вертела
2. УКАЖИТЕ СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ КРАЕВЫХ (ОТРЫВНЫХ) ПЕРЕЛОМОВ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ
   1. симптом "прилипшей пятки''
   2. симптом Габая - "перекрещенные ноги"
   3. травматический шок
3. локальная болезненность при пальпации гребней подвздошных костей
4. симптом "заднего хода"

396. ОСЛОЖНЕННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ТАЗА (С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ) НЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ

* 1. дизурическими расстройствами
  2. признаками раздражения брюшины
  3. нависанием пузырно-прямокишечного углубления при исследовании через прямую кишку
  4. парезом нижних конечностей
  5. мочевыми затеками в околопузырную и околопрямокишечную клетчатку

1. КАКУЮ МАНИПУЛЯЦИЮ НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ АЛГОРИТМ ПЕРВИЧНОГО ОСМОТРА БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ КОСТЕЙ ТАЗА?
   1. катетеризацию мочевого пузыря (кроме случаев разрыва уретры)
   2. рентгенографию костей таза
   3. осмотр и пальпацию таза
   4. компьютерную томографию
   5. пальцевое обследование прямой кишки
2. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПОКАЗАНО
   1. при отрыве передне-верхней ости подвздошной кости со смещением
   2. при переломе седалищной или лобковой костей
   3. при центральном вывихе бедра
   4. при переломе крестца и копчика
   5. при переломе крыла подвздошной кости

399. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТАЗА ТИПА "МАЛЬГЕНЯ" ПОКАЗАНО

* 1. лечение в положении по Волковичу
  2. лечение скелетным вытяжением
  3. наложение кокситной гипсовой повязки
  4. остеосинтез костей таза
  5. наложение пояса Гильфердинга

1. ПРИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЫВИХАХ БЕДРА НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
   1. перелом дна вертлужной впадины без нарушения соотношения суставных концов
   2. перелом основания горизонтальной ветви лонной кости
   3. перелом заднего края вертлужной впадины с подвывихом бедра
   4. смещение головки бедра в проекцию запирательного отверстия
   5. протрузия головки бедра в малый таз через сломанное дно вертлужной впадины
2. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ВЫВИХЕ БЕДРА?
   1. внутритазовую блокаду по Школьникову-Селиванову
   2. скелетное вытяжение по оси шейки бедра (за большой вертел)
   3. скелетное вытяжение по оси бедра (за надмыщелки бедр1)
   4. одномоментное вправление вывиха бедра
   5. укладку конечности на стандартную шину в положении легкого сгибания (150-160 град.) и приведения
3. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ, КАКОЕ ДЕЙСТВИЕ НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО
   1. скелетное вытяжение по оси бедра и за большой вертел по оси шейки
   2. новокаиновая внутритазовая блокада по Школьникову-Селиванову
   3. физиолечение, ЛФК
   4. после выписки ходьба без нагрузки на ногу в течение 6 месяцев
   5. укладывание больного в гамак с перекрещивающимися тягами
4. НАЙДИТЕ ОШИБКУ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГАМАКА, КАК ЛЕЧЕБНОГО СРЕДСТВА ПРИ РАЗРЫВЕ ЛОБКОВОГО СОЧЛЕНЕНИЯ
   1. применение балканских рам
   2. применение поперечной штанги
   3. применение фланелевого гамака с перекрещивающимися тягами
   4. груз такой, что таз больного поднят над матрацем
   5. больной касается крестцом матраца
5. КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ТАЗА I ГРУППЫ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ?
   1. 2-3 недели
   2. 3-4 недели
   3. 4 недели
   4. 4-5 недель
   5. 6 недель
6. КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ТАЗА II ГРУППЫ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ?
   1. 4-5 недель
      1. 6 недель
      2. 7 недель
      3. 7-8 недель
      4. 8 недель
7. КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ТАЗА III ГРУППЫ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ?
   * 1. 5-6 недель
     2. 6-7 недель
     3. 7 недель
     4. 8 недель
     5. 8-10 недель
8. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОВРЕЖДАЕТСЯ
   * 1. простата у мужчин и яичники у женщин
     2. уретра, простатическая ее часть
     3. дистальный отдел мочеиспускательного канала
     4. мочевой пузырь
     5. влагалище у женщин и половой член у мужчин
        1. **Множественные и сочетанные повреждения**
9. ПОД ПОЛИТРАВМОЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОНИМАЮТ
   1. многооскольчатые переломы костей
   2. множественные и сочетанные повреждения
   3. переломы костей и вывихи суставов
   4. переломы костей, осложненные повреждением магистральных сосудов
   5. переломы костей с обширным повреждением мягких тканей
10. ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫСОКОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. нагноение открытых переломов с развитием остеомиелита и сепсиса
    2. травматический шок и кровопотеря
    3. восходящая инфекция мочевыделительной системы
    4. пролежни
    5. застойная пневмония
11. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МНОЖЕСТВЕННЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. перелом голени, ребер, позвоночника
    2. закрытая черепно-мозговая травма и внутричерепная гематома
    3. закрытая травма живота и разрыв печени
    4. перелом ребер, пневмогемоторакс
    5. перелом голени, поражение радиацией
12. ПОД МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СКЕЛЕТА ПОДРАЗУМЕВАЮТ
    1. многооскольчатые переломы костей
    2. двойные (сегментарные) переломы костей
    3. повреждения двух или более анатомо-функциональных образований опорно-двигательного аппарата в одном или разных сегментах
    4. переломы обеих лодыжек голени с подвывихом или вывихом стопы
    5. повреждения менисков и связок коленного сустава
13. ПРИМЕРОМ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. перелом бедра и голени с одной или двух сторон
    2. перелом костей конечностей, позвоночника или таза с одновременным повреждением внутренних органов
    3. перелом верхних и нижних конечностей (например, плеча и бедра, предплечья и голени)
    4. повреждение полых и паренхиматозных органов при тупой травме живота
    5. повреждение магистральных сосудов и нервов в одной анатомической области
14. УКАЖИТЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАННЫМ:
    1. двойной перелом бедра
    2. перелом бедер и переднего полукольца таза
    3. перелом ребер, разрыв селезенки
    4. ожог туловища и конечностей
    5. термический ожог грудной клетки и поражение проникающей радиацией в дозе 350 рент.
15. ПРИ КАКИХ СИТУАЦИЯХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВОЗНИКАЮТ

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ И СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ?

* + 1. при падениях с высоты
    2. при лобовых столкновениях автомобилей
    3. при опрокидывании автомобиля
    4. при наездах автомобиля
    5. во всех ситуациях, когда тело человека на большой скорости сталкивается с массивным предметом

415. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЫБЕРИТЕ МНОЖЕСТВЕННОЕ

* 1. перелом голени, ребер, позвоночника
  2. закрытая черепно-мозговая травма и внутричерепная гематома
  3. закрытая травма живота и разрыв печени
  4. перелом ребер, пневмогемоторакс
  5. перелом голени, поражение радиацией.

1. ВЫБЕРИТЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАННЫМ
   1. двойной перелом бедра
   2. перелом бедер и переднего полукольца таза
   3. перелом ребер, разрыв селезенки
   4. ожог туловища и конечностей
   5. термический ожог грудной клетки и поражение проникающей радиацией в дозе 350 рентген.
      1. **Осложнения переломов**
2. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ МОЗОЛЕОБРАЗОВАНИЯ НА УРОВНЕ ПЕРЕЛОМА?
   1. эндост
   2. костный мозг
   3. надкостница
   4. параоссальная оссификация
   5. гетеротопические очаги оссификации
3. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ УСЛОВИЕМ СРАЩЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ЯВЛЯЕТСЯ
   1. сопоставление отломков
   2. создание условий для формирования естественного отграничителя
   3. рост регенерата костной ткани в щели между отломками
   4. удержание отломков в течение всего периода сращения перелома
   5. рост костной мозоли
4. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНУЮ ПРИЧИНУ НЕ СРАЩЕНИЯ ПЕРЕЛОМА КОСТИ
   1. кратковременность иммобилизации
   2. частые смены гипсовой повязки
   3. перерастяжение отломков при лечении скелетным вытяжением
   4. наличие интерпозиции между отломками

420. УКАЖИТЕ ЕСТЕСТВЕННЫЙ ОТГРАНИЧИТЕЛЬ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЙ ПРОНИКНОВЕНИЮ РЕГЕНЕРАТА МЯГКОЙ ТКАНИ В ЩЕЛЬ МЕЖДУ ОТЛОМКАМИ И СРАЩЕНИЮ ПЕРЕЛОМА:

* + 1. прилегающая мышца
    2. надкостница
    3. кортикальный слой диафиза
    4. костный мозг
    5. экстравазат

1. К МЕДЛЕННО СРАСТАЮЩИМСЯ И НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕ СРАСТАЮЩИМСЯ ОТНОСЯТСЯ ПЕРЕЛОМЫ
   * 1. проксимального отдела плеча
     2. вертельной области бедра
     3. базальной зоны шейки бедра
     4. большеберцовой кости на границе средней и нижней трети
     5. ладьевидной кости
2. ФОРМИРОВАНИЮ ЛОЖНОГО СУСТАВА ПРЕДШЕСТВУЕТ:
   * 1. свежий перелом
     2. замедленное костеобразование
     3. несращение сопоставленного перелома
     4. чрезмерное костеобразование
     5. первичное сращение костной раны
3. ВЕРОЯТНОСТЬ ОБРАЗОВАНИЯ ЛОЖНОГО СУСТАВА ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ
   * 1. хирургической шейки плеча
     2. локтевого отростка
     3. шейки бедренной кости, ладьевидной кости
     4. чрезвертельных и межвертельных
     5. большеберцовой кости
   1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ МОЖЕТ НЕ УЧИТЫВАТЬСЯ ПРИНЦИП
      1. полного сопоставления отломков, восстановления функции через восстановление анатомии
      2. стабильной фиксации отломков
      3. сохранения кровоснабжения кости
      4. сохранения микроподвижности для усиления катаболической фазы регенерации костной ткани в зоне перелома
      5. сохранения опорной и двигательной функции поврежденной конечности
4. ПРИ КАКОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЗНАКЕ ЕСТЬ СМЫСЛ ПРИМЕНЯТЬ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ?
   1. появлении замыкательных пластинок
   2. наличии склероза на концах отломков
   3. облитерации костномозгового канала
   4. нарастании остеопороза в зоне перелома
   5. появлении костного регенерата у концов отломков
5. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ЛУЧШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДАЕТ
   1. костная пластика
   2. внутрикостный остеосинтез
   3. компрессионно-дистракционный остеосинтез
   4. накостный остеосинтез
   5. эндопротезирование
6. ГЛАВНОЙ МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ЯВЛЯЕТСЯ
   * 1. туалет раны, повязки с антисептиком или антибиотиком
     2. внутримышечное или внутривенное введение антибиотиков
     3. обкалывание раны раствором антибиотика
     4. своевременная и технически правильно проведенная первичная хирургическая обработка раны
     5. иммобилизация конечности гипсовой повязкой

428 МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНОГО СУСТАВА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. наложение гипсовой повязки
  2. накостный остеосинтез в сочетании с костной пластикой
  3. внутрикостный остеосинтез в сочетании с костной пластикой
  4. пересадка костного трансплантата на питающей сосудистой ножке
  5. наружный чрезкостный остеосинтез

1. АБСОЛЮТНЫМ СИМПТОМОМ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. острая дыхательная недостаточность
   2. гипотермия
   3. расстройство сознания
   4. появление мелкоточечной петехиальной сыпи на коже передней поверхности туловища
   5. неустойчивость показателей гемодинамики
2. КОГДА МОЖНО ГОВОРИТЬ О НЕСРОСШЕМСЯ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА?
   * 1. за пределами среднего срока сращения
     2. за пределами двойного срока сращения
     3. за пределами срока образования первичной костной мозоли
     4. через год после травмы
     5. через два года после травмы
3. НАЗОВИТЕ ОСНОВНУЮ ПРИЧИНУ МЕДЛЕННОГО И ДЛИТЕЛЬНОГО СРАЩЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРА
   * + 1. пожилой возраст больных
       2. остеопороз
       3. сопутствующие заболевания
       4. отсутствие на шейке бедра надкостницы и нарушение кровоснабжения в бедренной кости в момент перелома
       5. сложность иммобилизации гипсовой повязкой
4. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНУЮ ПРИЧИНУ НЕСРАЩЕНИЯ ПЕРЕЛОМА КОСТИ
   * 1. кратковременность иммобилизации
     2. частые смены гипсовой повязки
     3. перерастяжение отломков па скелетном вытяжении
     4. наличие интерпозиции тканей между отломками
     5. сохраняющееся смещение отломков.
5. К ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРЕЛОМАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ
   * + 1. неправильно сросшихся или неправильно срастающихся переломов
       2. несросшихся переломов с наличием или отсутствием признаков костеобразования со стороны концов отломков
       3. ложных суставов
       4. замедленно срастающихся переломов
       5. посттравматических дефектов костей
6. ОБ ОТСУТСТВИИ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
   * + 1. наличие склероза на концах отломков
       2. появление костного регенерата на концах отломков
       3. появление замыкательных пластинок
       4. нарастание остеопороза в зоне перелома
       5. облитерация костномозгового канала
7. ПРЕДЛОЖИТЕ ЛУЧШИЙ СПОСОБ АКТИВИЗАЦИИ РОСТА КОСТИ
   * ЗОНЕ ПЕРЕЛОМА
     + 1. восстановление функции конечности в наружном ортопедическом аппарате или шарнирно-гильзовой повязке
       2. физиотерапия и санаторно-курортное лечение
       3. массаж и ЛФК
   1. лазеро- и рентгенотерапия
   2. медикаментозная терапия
8. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОЕ СРЕДСТВО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ НЕСРОСШЕМСЯ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ГОЛЕНИ
   1. интрамедуллярный остеосинтез стержнями
   2. накостный остеосинтез пластиной АО
   3. наложение КДА Илизарова
   4. церкляж танталовой проволокой
   5. остеосинтез конструкцией из металла с памятью формы
9. ЛУЧШИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА НАРЯДУ С ПРОЧИМИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. расширенной некрэктомии или сегментарной резекции
   2. проточного промывания антисептиками и длительного дренирования
   3. массивной антибактериальной терапии
   4. длительная внутриартериальная инфузия антибактериальных препаратов
   5. проведения раневого диализа
      1. **Амбулаторная травма**
10. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПРЯМОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ?
    1. разрыв крестообразной связки
    2. перелом межмыщелкового возвышения
    3. перелом надколенника
    4. перелом мыщелка большеберцовой кости
    5. разрыв заднего рога мениска
11. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА ВОЗНИКАЕТ ПРИ НЕПРЯМОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ?
    1. хондромаляция надколенника
    2. разрыв внутренней боковой связки
    3. перелом надколенника
    4. ушиб жирового тела Гоффа
    5. под хрящевой перелом надколенника
12. ВОЗНИКШИЙ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ГЕМАРТРОЗ КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. показанием к операции
    2. симптомом препателлярного бурсита
    3. проявлением гемофилии
    4. симптомом тяжелого внутрисуставного повреждения
    5. осложнением любой травмы коленного сустава
13. СИНОВИТ КОЛЕННОГО СУСТАВА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
    1. гемофилии
    2. любого повреждения коленного сустава
    3. сирингомиелитической артропатии
    4. заболевания коленного сустава
    5. застарелого повреждения коленного сустава
14. ДИНАМИЧЕСКАЯ БЛОКАДА КОЛЕННОГО СУСТАВА - ЭТО
    1. неустойчивость коленного сустава
    2. постоянное ограничение движений в коленном суставе
    3. кратковременное, резко возникающее, преходящее ограничение движений в суставе
    4. боль в суставе при нагрузке по оси
    5. тугоподвижность коленного сустава

443. УКАЖИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ РАЗРЫВА БОКОВОЙ ПРОДОЛЬНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА III СТЕПЕНИ

* 1. полный разрыв связок с вывихом сустава
  2. полный разрыв связки
  3. разрыв половины связки и более, но неполный
  4. разрыв отдельных пучков, но менее половины связки
  5. разрыв отдельных волокон или единичных пучков связки

1. К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ РАЗРЫВА БОКОВОЙ ПРОДОЛЬНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА III СТЕПЕНИ ПОДХОДИТ
   1. локальная припухлость, легкая болезненность
   2. локальная припухлость, кровоподтек, болезненность
   3. сглаженность контуров сустава, локальная выраженная болезненность
   4. сглаженность контуров сустава, локальная выраженная болезненность, флюктуация, баллотирование надколенника
   5. деформация сустава, пружинистая ригидность
2. СИМПТОМОМ СВЕЖЕГО ПОВРЕЖДЕНИЯ БОКОВОЙ ПРОДОЛЬНОЙ СВЯЗКИ ЛЮБОГО БЛОКОВИДНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ УСИЛЕНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ БОЛИ
   1. при смещении дистального сегмента в сторону противоположную от поврежденной связки
   2. при смещении дистального сегмента в сторону поврежденной связки
   3. при сгибании-разгибании
   4. при нагрузке по оси конечности
   5. при форсированной ротации
3. НЕУСТОЙЧИВОСТЬ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
   1. несостоятельности (застарелый разрыв) связок коленного сустава
   2. разрыва мениска
   3. хондромаляции надколенника
   4. перелома мыщелков
   5. суставной "мыши"
4. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЕТСЯ АБСОЛЮТНЫМ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВНУТРЕННЕЙ БОКОВОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА?
   1. избыточная боковая подвижность голени кнутри
   2. избыточная боковая подвижность голени кнаружи
   3. локальная болезненность
   4. резкое расширение наружного отдела суставной щели на рентгенограммах по Шапиро-Богачевскому
   5. резкое расширение внутреннего отдела суставной щели на рентгенограммах по Шапиро-Богачевскому
5. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЕТСЯ АБСОЛЮТНЫМ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА?
   1. избыточная боковая подвижность голени
   2. невозможность удержать голень на весу в горизонтальном положении
   3. симптом "переднего выдвижного ящика"
   4. симптом "заднего выдвижного ящика"
   5. невозможность полного сгибания
6. ВЫДЕЛИТЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ВЫВИХА В ЛЮБОМ СУСТАВЕ
   1. расслабление мышц, окружающих сустав
   2. напряжение мышц, окружающих сустав
   3. пружинящее сопротивление при попытке пассивного движения
   4. деформация сустава
   5. удлинение или укорочение вывихнутого сегмента
7. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫВИХА ГОЛОВКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. западение или сглаженность под акромиальным отростком лопатки
   2. вынужденное положение конечности
   3. укорочение конечности
   4. боль при движении в суставе
   5. кровоподтек
8. ГЛАВНЫМ УСЛОВИЕМ УСПЕШНОГО ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА ЯВЛЯЕТСЯ
   1. правильная укладка больного
   2. полный подбор подручных и специальных средств
   3. адекватное обезболивание
   4. наличие надлежащего числа помощников
   5. психологическая подготовка больного
9. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ УШИБА МЯГКИХ ТКАНЕЙ?
   1. боль
   2. припухлость
   3. флюктуация
   4. кровоподтек
   5. нарушение или ограничение функции
10. КАК ЛЕЧИТЬ УШИБ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕРЕЗ 3-4 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ?
    * 1. тепловыми процедурами, массажем
      2. иммобилизацией гипсовой повязкой
      3. рентгенотерапией
      4. медикаментозной терапией (алоэ, стекловидное тело, лидаза, ронидаза и т. д.)
      5. ЛФК
11. КАКОЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ
    1. иммобилизационный (гипсовая повязка)
    2. функциональный
    3. оперативный
    4. при помощи компрессионно-дистракционного аппарата
    5. иммобилизация эластичным бинтом
12. КАКОЙ СПОСОБ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ РЕПОЗИЦИИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ И ТИПИЧНОМ МЕСТЕ?
    1. проводниковая анестезия
    2. внутрикостная анестезия
    3. футлярная анестезия
    4. местная анестезия перелома
    5. наркоз
13. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ НАЛИЧИЯ ИЗБЫТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА ЖИДКОСТИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. увеличение объема сустава
    2. кровоизлияние в мягкие ткани
    3. ограничение движений в суставе
    4. баллотирование надколенника
    5. симптом «выдвижного ящика»
14. ВЫДЕЛИТЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ВЫВИХА В ЛЮБОМ СУСТАВЕ:
    1. расслабление мышц, окружающих сустав
    2. напряжение мышц, окружающих сустав
    3. пружинящее сопротивление при попытке пассивного движения
    4. деформация сустава
    5. удлинение или укорочение вывихнутого сегмента
15. МОЖЕТ ЛИ ПРИ УШИБАХ СОСТОЯНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО БЫТЬ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ИЛИ ТЯЖЕЛЫМ?
    1. не может
    2. может, при множественных ушибах тела легкой степени
    3. может, при ушибе изолированного внутреннего органа
    4. может, при множественных легких ушибах тела и изолированного внутреннего органа
    5. может, при множественных ушибах тела и внутренних органов
16. К ЛЕЧЕБНОМУ АЛГОРИТМУ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ УШИБЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ
    1. наложить давящую повязку
    2. дать аналгетики (по показаниям)
    3. применить холод
    4. применить тепло
    5. направить в ЦРБ (травм пункт)
17. К ЭЛЕМЕНТАМ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ УШИБАМИ ТЕЛА НЕ ОТНОСИТСЯ
    1. дать анальгин
    2. провести массаж мест ушибов
    3. обеспечить иммобилизацию (по показаниям)
    4. обогреть, укутать
    5. транспортировать в ЦРБ в положении лежа
18. ЧТО НЕ НУЖНО ДЕЛАТЬ ПРИ ОКАЗАНИИ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ С МАССИВНЫМ УШИБОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ БЕДРА?
    1. дать или ввести аналгетики
    2. наложить давящую повязку
    3. обеспечить иммобилизацию шиной Дитерихса
    4. наложить пузырь со льдом
    5. транспортировать в ЦРБ
19. ПОРОЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ УШИБАМИ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. ввести анальгин
    2. наложить давящие повязки и обеспечить иммобилизацию (по показаниям)
    3. напоить горячим
    4. обложить тело пострадавшего грелками с горячей водой
    5. транспортировать лежа в ЦРБ
20. НУЖДАЕТСЯ ЛИ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОЙ С УШИБОМ

МЯГКИХ ТКАНЕЙ БЕДРА ПРИ ОТСУТСТВИИ НАРАСТАЮЩЕГО НАПРЯЖЕНИЯ ТКАНЕЙ?

* 1. не нуждается
  2. нуждается на 1-2 дня для наблюдения
  3. нуждается на 2-3 дня до исчезновения болей в покое
  4. нуждается на 3-5 дней до исчезновения болей
  5. нуждается в наблюдении в приемном отделении в течение 2-4 часов

1. СКОЛЬКО ВРЕМЯ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ХОЛОД ПОСЛЕ УШИБА?
   1. первые минуты
   2. первых 3-6 часов
   3. первые сутки
   4. до двух суток
   5. трое-четверо суток
2. ЧТО ТАКОЕ ГЕМАРТРОЗ?
   1. кровь в суставе
   2. кровь в препателлярной бурсе
   3. артрит
   4. гной в суставе
   5. синовиальная жидкость в суставе
3. СИНОВИТ КОЛЕННОГО СУСТАВА ЭТО, ПРЕЖДЕ ВСЕГО
   1. неспецифическое воспаление синовиальной оболочки
   2. специфическое воспаление синовиальной оболочки
   3. наличие избыточного количества синовиальной жидкости в суставе
   4. опухолевой процесс синовиальной оболочки
   5. вилезное перерождение синовиальной оболочки
4. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ДИНАМИЧЕСКАЯ БЛОКАДА КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
   1. застарелого разрыва мениска
   2. разрыва боковой продольной связки
   3. хондромаляции надколенника
   4. разрыва крестообразной связки
   5. болезни Гоффа
5. ДИНАМИЧЕСКАЯ БЛОКАДА КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ
   * 1. диагнозом
     2. симптомом ущемления внутрисуставного образования
     3. симптомом болезни Осгуд-Шляттера
     4. проявлением контрактуры сустава
     5. симптомом разрыва одной из боковых продольных связок
6. КАКУЮ ПАТОЛОГИЮ НАДО ИСКЛЮЧАТЬ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ПРИ НАЛИЧИИ ДИНАМИЧЕСКИХ БЛОКАД КОЛЕННОГО СУСТАВА?
   * 1. хондроматоз
     2. болезнь Гоффа
     3. болезнь Кенига
     4. разрыв мениска
     5. гипертрофию крыловидных связок
7. СТАТИЧЕСКАЯ БЛОКАДА КОЛЕННОГО СУСТАВА – ЭТО
   1. отсутствие движений в суставе
   2. неустойчивость коленного сустава
   3. кратковременное, преходящее ограничение движений
   4. постепенно развивающееся ограничение движений в суставе
   5. внезапно возникшее, длительное ограничение разгибания или сгибания
8. СТАТИЧЕСКАЯ БЛОКАДА КОЛЕННОГО СУСТАВА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ
   1. при разрыве мениска
   2. при разрыве боковой продольной связки
   3. при хондромаляции надколенника
   4. при разрыве крестообразной связки
   5. при болезни Гоффа
9. СТАТИЧЕСКАЯ БЛОКАДА КОЛЕННОГО СУСТАВА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ
   * 1. несостоятельности крестообразных связок
     2. несостоятельности боковых связок коленного сустава
     3. не устраняемого ущемления подвижного образования
     4. дегенеративно-дистрофических изменений суставного гиалинового хряща
     5. деструкции суставных поверхностей
10. СКОЛЬКО СТЕПЕНЕЙ РАЗРЫВА БОКОВЫХ ПРОДОЛЬНЫХ СВЯЗОК КОЛЕННОГО СУСТАВА ВЫ ЗНАЕТЕ?
    * 1. одну
      2. две
      3. три
    1. четыре
    2. пять
11. УКАЖИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ РАЗРЫВА БОКОВОЙ ПРОДОЛЬНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА I СТЕПЕНИ
    1. полный разрыв связок с вывихом сустава
    2. разрыв отдельных волокон или единичных пучков связки
    3. разрыв отдельных пучков, но менее половины связки
    4. разрыв половины связки и более, но неполный
    5. полный разрыв связки
12. УКАЖИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ РАЗРЫВА БОКОВОЙ ПРОДОЛЬНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА II СТЕПЕНИ
    1. полный разрыв связки
    2. разрыв половины связки и более, но неполный
    3. разрыв половины связки
    4. разрыв нескольких пучков, но менее половины связки
    5. разрыв отдельных волокон или единичных пучков связки
13. К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ РАЗРЫВА БОКОВОЙ ПРОДОЛЬНОЙ СВЯЗКИ II СТЕПЕНИ ПОДХОДИТ
    1. локальная припухлость, легкая болезненность
    2. локальная припухлость, кровоподтек, болезненность
    3. сглаженность контуров сустава, локальная выраженная болезненность
    4. сглаженность контуров сустава, локальная выраженная болезненность, флюктуация, баллотирование надколенника
    5. деформация сустава, пружинистая ригидность
14. ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ РАЗРЫВА БОКОВОЙ ПРОДОЛЬНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА II СТЕПЕНИ БОЛЬШЕ ВСЕГО СООТВЕТСТВУЕТ
    1. может ходить, не испытывая боли
    2. может ходить, испытывая болевые ощущения при неловкой постановке ноги или резком движении
    3. ходит с постоянным ощущением легкой боли
    4. ходит с трудом, опираясь на прямую ногу, фиксируя коленный сустав
    5. из-за болей ходить не может
15. ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ РАЗРЫВА БОКОВОЙ ПРОДОЛЬНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ БОЛЬШЕ ВСЕГО СООТВЕТСТВУЕТ
    1. может ходить, не испытывая боли
    2. может ходить, испытывая болевые ощущения при неловкой постановке стопы или резком движении
    3. ходит с постоянным ощущением легкой боли
    4. из-за болей ходить не может
    5. ходит с трудом, опираясь на прямую ногу, фиксируя коленный сустав
16. КАКИЕ ИЗ РАЗРЫВОВ БОКОВЫХ ПРОДОЛЬНЫХ СВЯЗОК ПОДХОДЯТ ПОД ТЕРМИН "РАСТЯЖЕНИЕ"?
    * 1. только I степени
      2. только II степени
      3. разрывы I и II степени
      4. разрывы II и III степени
      5. разрывы только III степени
17. МОЖНО ЛИ ВЫЯВИТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОДВИЖНОСТЬ ПРИ СВЕЖЕМ РАЗРЫВЕ БОКОВОЙ ПРОДОЛЬНОЙ СВЯЗКИ III-IV СТЕПЕНИ?
    * 1. нельзя
      2. можно
      3. можно, если не возникло статической блокады
      4. можно, если предварительно обезболить поврежденные ткани
      5. можно, если сделать рентгенограммы по Шапиро-Богачевскому
18. ЭЛЕМЕНТОМ ЛЕЧЕНИЯ РАСТЯЖЕНИЯ СВЯЗОК НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
    * 1. наложение давящей повязки и ношение ее в течение 3-5-7 дней
      2. холод в течение первых одних-двух суток
      3. тепловые процедуры с 3 дня
      4. некоторое ограничение функции
      5. пункция сустава для удаления крови
19. НЕПРЕМЕННЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЛЕЧЕНИЯ СВЕЖЕГО РАЗРЫВА СВЯЗОК III-IV СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
    * 1. пункция, для удаления крови из сустава
      2. наложение задней гипсовой шины на срок до 3 недель
      3. наложение давящей повязки
      4. в первые сутки-двое холод, а затем тепловые процедуры
      5. ходить на костылях
20. "НЕУСТОЙЧИВОСТЬ" КОЛЕННОГО СУСТАВА - ЭТО
    * 1. отсутствие движений в суставе
      2. "защелкивание" сустава
    1. постоянное ограничение движений
    2. избыточная подвижность, отрицательно сказывающаяся на опорности
    3. варусная деформация коленного сустава
21. НЕУСТОЙЧИВОСТЬ КОЛЕННОГО СУСТАВА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
    1. потягиванием голени книзу, при фиксированном бедре
    2. смещением голени в стороны, при фиксированном бедре
    3. удерживанием разогнутой ноги в горизонтальном положении
    4. смещением голени кпереди и кзади, при фиксированном бедре
    5. только рентгенологически
22. СИМПТОМОМ ЗАСТАРЕЛОГО РАЗРЫВА МЕДИАЛЬНОЙ БОКОВОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. локальная болезненность
    2. избыточная подвижность при смещении голени кнутри
    3. боль при смещении голени кнаружи
    4. боль при смещении голени кнутри
    5. избыточная подвижность при смещении голени кнаружи
23. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ВЫПОЛНЯЮТСЯ РЕНТГЕНОГРАММЫ ПО ШАПИРО-БОГАЧЕВСКОМУ?
    1. для определения тактики лечения
    2. для определения степени варизации при иммобилизации гипсовой повязкой
    3. для определения объема операции
    4. для выбора техники операции
    5. с диагностической целью
24. СИМПТОМ "ПЕРЕДНЕГО ВЫДВИЖНОГО ЯЩИКА" - ЭТО
    1. невозможность удержать голень на весу в горизонтальном положении
    2. избыточная боковая подвижность голени
    3. избыточность ротационных движений
    4. смещение голени кпереди на 1 см и более
    5. смещение голени кзади на 1 см и более
25. СИМПТОМ "ПЕРЕДНЕГО ВЫДВИЖНОГО ЯЩИКА" ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
    1. разрыва передней крестообразной связки
    2. разрыва задней крестообразной связки
    3. разрыва наружной боковой связки
    4. разрыва внутренней боковой связки
    5. вывиха коленного сустава
26. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЕТСЯ АБСОЛЮТНЫМ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗАДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА?
    1. избыточная боковая подвижность голени
    2. симптом "заднего выдвижного ящика"
    3. симптом "переднего выдвижного ящика"
    4. невозможность удержать голень на весу в горизонтальном положении
    5. невозможность полного сгибания
27. СИМПТОМ "ЗАДНЕГО ВЫДВИЖНОГО ЯЩИКА" - ЭТО
    1. невозможность удержать голень на весу в горизонтальном положении
    2. смещение голени кпереди на 1 см и более
    3. смещение голени кзади на 1 см и более
    4. избыточная боковая подвижность голени
    5. избыточность ротационных движений
28. СИМПТОМ "ЗАДНЕГО ВЫДВИЖНОГО ЯЩИКА" ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
    1. разрыва наружной боковой связки
    2. разрыва внутренней боковой связки
    3. вывиха коленного сустава
    4. разрыва передней крестообразной связки
    5. разрыва задней крестообразной связки
29. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТЕРМИНОВ НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К ВЫВИХАМ?
    1. несвежий
    2. застарелый
    3. невправимый
    4. привычный
    5. вколоченный
30. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРЕН ТОЛЬКО ДЛЯ ВЫВИХОВ В СУСТАВАХ?
    1. боль, усиливающаяся при попытках движения
    2. пружинящее сопротивление (ригидность) при попытке пассивного движения
    3. патологическая подвижность
    4. локальная болезненность
    5. характерная деформация
31. НЕТИПИЧНЫМ ДЛЯ ВЫВИХОВ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. деформация области сустава
       1. симптом "пружинящего сопротивления"
       2. отсутствие активных движений в суставе
       3. патологическая подвижность
       4. боль в суставе
32. ЧТО ДЕЛАТЬ СО СВЕЖИМ ВЫВИХОМ ПЛЕЧА?
    * 1. наложить повязку Дезо
      2. вправить без обезболивания
      3. вправить после введения новокаина в полость сустава
      4. вправить под общим обезболиванием
      5. произвести открытое вправление
33. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА ТРАВМ ПУНКТА ПРИ ВЫВИХЕ В ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ
    * 1. наложить гипсовую повязку
      2. вправить вывих и наложить гипсовую повязку
      3. вправить вывих и наложить косыночную повязку
      4. направить больного в стационар без оказания помощи в травм пункте
      5. обезболить область поражения и рекомендовать придти для вправления после уменьшения травматического отёка
34. О ВЫВИХЕ, В КАКОМ СУСТАВЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ДЕФОРМАЦИЯ ТРЕУГОЛЬНИКА ГЮТЕРА ПРИ НАЛИЧИИ ПРУЖИНЯЩЕГО СОПРОТИВЛЕНИЯ
    * 1. плечевом
      2. локтевом
      3. тазобедренном
      4. коленном
      5. голеностопном
35. ПОД КАКИМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ СЛЕДУЕТ ВПРАВЛЯТЬ ВЫВИХ БЕДРА?
    * 1. местной анестезией
      2. проводниковой анестезией
      3. наркозом
      4. внутрикостной анестезией
      5. без обезболивания
         1. **Оперативное лечение**
36. УКАЖИТЕ АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ К ОТКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ, ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМОВ
    1. открытые переломы
    2. переломы со смещением отломков
    3. несопоставимость перелома
    4. многооскольчатые и раздробленные переломы
    5. множественные переломы костей
37. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
    * 1. многооскольчатые переломы диафизов длинных трубчатых костей
      2. оскольчатые переломы проксимальных метаэпифизов длинных трубчатых костей со смещением
      3. поднадкостничные переломы по типу "зеленой веточки" диафизов трубчатых костей
      4. многооскольчатые переломы дистальных метаэпифизов длинных трубчатых костей
      5. околосуставные переломы со смещением отломков
38. ПРИ ОТКРЫТЫХ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН
    1. интрамедуллярный остеосинтез металлическим стержнем
    2. накостный остеосинтез пластиной на винтах
    3. наружный чрезкостный остеосинтез спицевыми аппаратами (Илизарова, Волкова-Оганесяна и др.) или стержневыми аппаратами
    4. накостный остеосинтез церкляжными проволочными швами
    5. остеосинтез винтами
39. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. открытый перелом
    2. мнение дежурного хирурга
    3. требование больного
    4. большое смещение отломков
    5. неопорность перелома
40. НАЗОВИТЕ АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ (ОСТЕОСИНТЕЗ)
    1. открытые переломы
    2. переломы со смешением отломков
    3. интерпозиция тканей между отломками
    4. многооскольчатые и раздробленные переломы
    5. множественные переломы костей
41. НЕДОСТАТКОМ ЧРЕЗКОСТНОГО КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПО ИЛИЗАРОВУ ЯВЛЯЕТСЯ
    * + 1. малая травматичность
      1. надежная стабилизация отломков костей
      2. возможность ранней активизации тяжелых больных
      3. длительность и трудоемкость операции
      4. отсутствиея или незначительная кровопотеря
42. АППАРАТ ИЛИЗАРОВА НИКОГДА НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
    * 1. при наличии дефектов костей
      2. при переломах без смещения отломков
      3. при ложных суставах диафиза
      4. при переломах с угловым смещением
      5. при несросшихся переломах
         1. **Сколиоз**
43. ЧТО ТАКОЕ СКОЛИОТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ?
    1. нарушение осанки
    2. деформация позвоночника, характеризующаяся его боковым искривлением
    3. сложная структурная деформация позвоночника с искривлением во фронтальной плоскости и торсией
    4. сложное структурное боковое и торсионное искривление позвоночника, влекущее за собой страдание других органов и систем
    5. изменение в позвонках и межпозвоночных дисках с болевым синдромом
44. СТЕПЕНЯМИ СКОЛИОЗА ПО ЧАКЛИНУ ЯВЛЯЮТСЯ
    1. I степень – 0-10, II степень – 11-30, III степень – 31-50, IV степень

– 51 и более градусов

* 1. I степень – 0-10, II степень – 11-30, III степень – 31-50, IV степень

– 51-90, 5 степень – более 90 градусов

* 1. I степень – 0-5, II степень – 6-25, III степень – 26-40, IV степень – более 40 градусов
  2. I степень – боковой изгиб позвоночника без торсии, II степень – стойкое искривление, торсия
  3. I степень – искривления в положении лежа нет, II степень – искривление в положении лежа уменьшается

1. НАИБОЛЕЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ:
   1. верхне-грудной сколиоз
   2. грудной сколиоз
   3. грудопоясничный сколиоз
   4. поясничный сколиоз
   5. комбинированный сколиоз
2. У БОЛЬНЫХ ГРУДНЫМ СКОЛИОЗОМ ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ ЛЕГКИХ
   1. снижается
   2. остается неизменной даже при выраженной деформации позвоночника
   3. повышается за счет изменения формы грудной клетки
   4. нет четкой зависимости между степенью деформации позвоночника и изменениями ЖЕЛ
   5. в равной степени повышается и снижается
3. ДЛЯ ГРУДНОГО СКОЛИОЗА ХАРАКТЕРНЫ
   * 1. все ниже перечисленное
     2. асимметрия лопаток, реберный горб, асимметрия треугольников талии
     3. асимметрия лопаток, абсолютное укорочение нижней конечности
     4. асимметрия лопаток, реберный горб
     5. реберный горб, асимметрия треугольников талии, перекос таза
4. ДЛЯ ПОЯСНИЧНОГО СКОЛИОЗА ХАРАКТЕРНЫ
   1. выраженный симптом Чаклина, асимметрия треугольников талии, перекос таза
   2. асимметрия лопаток, выраженный симптом Чаклина, асимметрия треугольников талии, перекос таза
   3. реберный горб, выраженный симптом Чаклина, асимметрия треугольников талии, перекос таза
   4. реберный горб, выраженный симптом Чаклина, перекос таза
   5. асимметрия треугольников талии, перекос таза
5. УКАЖИТЕ АБСОЛЮТНЫЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА
   1. трапециевидная деформация тел позвонков
   2. остеопороз тел позвонков по выпуклой стороне
   3. торсия позвонков
   4. остеопороз тел позвонков по вогнутой стороне
   5. сужение межреберных промежутков на вогнутой стороне деформации
6. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ
   1. в начальных классах общеобразовательных школ
   2. в детских садах, яслях
   3. в старших классах общеобразовательных школ
   4. в институтах, профтехучилищах, при поступлении на работу
   5. в военкоматах
7. ОСНОВНЫМ В ПРОФИЛАКТИКЕ СКОЛИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
   * 1. раннее выявление
     2. раннее оперативное лечение
     3. раннее консервативное лечение
     4. ограничение физической нагрузки с раннего возраста
     5. занятие спортом с раннего возраста
8. УКАЖИТЕ ОШИБКУ ВРАЧА-ОРТОПЕДА В АЛГОРИТМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО СКОЛИОЗОМ
   * 1. клиническое обследование
     2. рентгенологическое обследование
     3. определение степени деформации позвоночника
     4. настойчивая рекомендация только оперативного лечения
     5. направление для консультации к специалисту вертебрологу
9. ЧТО, ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К ПРЕИМУЩЕСТВАМ МЕТОДИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА, ПРЕДЛОЖЕННОЙ КЛИНИКОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ
   * ОРТОПЕДИИ КРАСГМА?
     1. сохранение возможности удлинения позвоночника в процессе роста в условиях коррекции
     2. безкорсетное ведение больного
     3. восстановление высоты тел позвонков в процессе роста в условиях коррекции
     4. фиксация сколиотической кривизны трансплантатами для предотвращения прогрессирования
     5. максимальное сокращение сроков пребывания больного в стационаре
10. НАЙДИТЕ ОШИБКУ В РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ВЫПИСКЕ ИЗ СТАЦИОНАРА БОЛЬНОМУ СКОЛИОЗОМ, ОПЕРИРОВАННОМУ ПО МЕТОДИКЕ КЛИНИКИ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ КРАСГМА:
    * 1. носить корсет Мильвоки в течение года
      2. продолжить безкорсетное лечение
      3. избегать осевых нагрузок на позвоночник
      4. заниматься ЛФК согласно стадиям формирования рубца
      5. заниматься плаванием через 6 месяцев
11. БОЛЬНЫМ СКОЛИОЗОМ ПОКАЗАНО ПЛАВАНИЕ СТИЛЕМ
    * 1. кроль
      2. баттерфляй
      3. брасс
      4. любым стилем
    1. плавание противопоказано
12. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ СКОЛИОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. высокая стабильность первичного искривления позвоночника
    2. стабилизация деформации под действием консервативной терапии
    3. прогрессирование искривления более 010 градусов в год и большой потенциал роста при угле деформации более 30 градусов
    4. прогрессирование искривления на 5 градусов в год
    5. настойчивые просьбы больного и его родителей
13. УКАЖИТЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА,

ПРИМЕНЯЕМЫЕ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ КРАСГМА

* 1. коррекция сколиотической кривизны с применением дистракторов
  2. коррекция с применением однопластинчатого, двухпластинчатого эндокорректоров
  3. коррекция с применением контракторов
  4. задний спондилодез
  5. передний спондилодез

1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СКОЛИОЗА СОСТАВЛЯЕТ
   * 1. 0,5-1%
     2. 2-5%
     3. 6-8%
     4. 10-20%
     5. 20-60%
2. В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ
   * 1. врожденный сколиоз
     2. диспластический (идиопатический) сколиоз
     3. рахитический сколиоз
     4. неврогенный сколиоз
     5. паралитический сколиоз
3. НАИБОЛЕЕ ОБОСНОВАННОЙ ТЕОРИЕЙ ПАТОГЕНЕЗА СКОЛИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
   * 1. теория эпифизеолиза межпозвонкового диска и нарушения первичного роста в телах позвонков
     2. теория нарушения мышечного равновесия туловища
     3. травматическая теория
   1. повышение естественного радиационного фона окружающей среды
   2. теория формирования стяжки с вогнутой стороны, вследствие позиционного сдавления
4. УКАЖИТЕ ВЕЛИЧИНУ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ

СКОЛИОЗЕ НЕ ИМЕЮЩУЮ ОТНОШЕНИЯ К КЛАССИФИКАЦИИ В.Д. ЧАКЛИНА

* 1. I ст. – до 10 градусов
  2. II ст. – от 10 до 30 градусов
  3. III ст. – от 30 до 50 градусов
  4. IV ст. – свыше 50 градусов
  5. V ст. – более 90 градусов

1. КАКОВА ВЕЛИЧИНА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СКОЛИОЗА (В ГРАДУСАХ) В ДО ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ ЗА ГОД?
   1. до 1
   2. до 2
   3. 3-5
   4. 5-7
   5. 7-10
2. КАКОВА ВЕЛИЧИНА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СКОЛИОЗА (В ГРАДУСАХ) В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ ЗА ГОД?
   1. до 2
   2. 3-5
   3. 5-7
   4. 7-10
   5. 10-15
3. К ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СКОЛИОЗА НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. нестабильность кривизны позвоночника
   2. большая степень кривизны у детей дошкольного и раннего школьного возраста
   3. отсутствие менструального цикла у девочек-подростков с начальными формами сколиоза
   4. отсутствие или начало появления теста Риссера (0-I) у подростков при кривизне II-III степени
   5. фиксированная сколиотическая деформация позвоночника
4. В МЕТОДИКУ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ НЕ ВХОДИТ
   1. осмотр и определение клинических признаков сколиоза
   2. определение степени фиксации деформации позвоночника
   3. рентгенография позвоночника
   4. спирометрия
   5. осмотр главного врача
5. СТАБИЛЬНОСТЬ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ СКОЛИОЗЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
   1. тракцией головы больного вверх и определением подвижности деформации
   2. по амплитуде наклона туловища больного в разные стороны
   3. по рентгенограммам позвоночника, сделанным в положении стоя и лежа, путем накладывания их одна на другую
   4. по формуле Казьмина, определяющей отношение угла деформации в положении лежа к углу деформации в положении стоя
   5. по субъективным ощущениям и жалобам больного (боли на вершине искривления при смене положения туловища и т.д.)
6. ФАКТОР НЕ ОТЯГЧАЮЩИЙ ТЕЧЕНИЕ СКОЛИОЗА
   1. уменьшение гемиторакса на стороне вогнутости

2) уменьшение массы легкого на стороне вогнутости

* 1. смещение средостения
  2. нефроптоз
  3. миопия

1. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК НЕ ОТНОСИТСЯ К СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ?
   1. боковое искривление позвоночника
   2. неравномерность треугольников талии
   3. S-образное искривление позвоночника
   4. симметричное укорочение грудной клетки с остроконечным гибусом
   5. перекос таза
2. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК НЕХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ?
   1. разная длина надплечий
   2. отклонение пупка от средней линии тела
   3. округлая спина
   4. разный уровень расположения сосков
   5. разный уровень стояния лопаток
3. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ СКОЛИОЗЕ ВКЛЮЧАЕТ РЕНТГЕНОГРАММЫ а) ПОЗВОНОЧНИКА ФАСНУЮ, б)

ПРОФИЛЬ-НУЮ, в) ТАЗА, г) ЧЕРЕПА, д) КОМПЬЮТЕРНУЮ ТОМОГРАФИЮ. ВЫБЕРИТЕ

* + 1. а, б, в, г, д
    2. а, б, в
    3. а, б, в, г
    4. а, б, в, д
    5. а, б, г, д

1. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРВИЧНОЙ ДУГИ ИСКРИВЛЕНИЯ ПРИ СКОЛИОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   * 1. повышенная мобильность
     2. первичность появления
     3. больший угол искривления
     4. более выраженные торсионные изменения на вершине искривления
     5. трапецевидность тел
2. НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМ И ДОСТУПНЫМ МЕТОДОМ ИЗМЕРЕНИЯ ТОРСИИ ПОЗВОНКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
   * 1. клинический метод с помощью аппарата Шультеса
     2. рентгенографический - по величине отклонения остистых отростков
     3. рентгенографический - по величине смещения корня дужки от боковой поверхности позвонка на вершине деформации
     4. рентгенографический - по расстоянию от остистого отростка до сторон тела позвонка
     5. по измерению наклона тубуса рентгеновского аппарата, необходимого для получения правильной переднезадней проекции вершинного позвонка
3. ПРИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ТОРСИЯ ПОЗВОНКОВ
   * ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ТЕЛА ПО СРАВНЕНИЮ С ГОРИЗОНТАЛЬНЫМ
     1. остается неизменной
     2. увеличивается
     3. уменьшается
     4. может и увеличиться и уменьшиться
     5. исчезает
4. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ УГОЛ СКОЛИОТИЧЕСКОГО ИСКРИВЛЕНИЯ ПО КОББУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
   * 1. по линии остистых отростков
     2. по замыкательным пластинкам вершинного наиболее деформированного позвонка
     3. по замыкательным пластинкам вершинных позвонков
   1. по замыкательным пластинкам нейтральных позвонков у начала и основания искривления
   2. по смещению основания дужек позвонков
5. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ВХОДИТ В ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОЗА II СТЕПЕНИ У ПОДРОСТКОВ 14-16 ЛЕТ?
   1. оперативное лечение
   2. курс консервативного лечения в амбулаторных условиях
   3. курс консервативного лечения в условиях школы-интерната для больных сколиозом
   4. санаторно-курортноое лечение
   5. обязательный контроль через 6 месяцев
6. ЧТО НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ СКОЛИОЗЕ III СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА?
   1. консервативное лечение
   2. хирургическое лечение
   3. санаторно-курортное лечения
   4. диспансерное наблюдение
   5. отсутствие лечения
7. МАССАЖ МЫШЦ СПИНЫ ПРИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНЯТЬ
   1. более активно на вогнутой стороне искривления
   2. более активно на выпуклой стороне искривления
   3. активно на обеих сторонах искривления
   4. с элементами мануальной терапии, направленными на мобилизацию искривления
   5. на всем протяжении позвоночника
8. ЗАДАЧИ ЛФК ПРИ НАРУШЕНИИ ОСАНКИ ВКЛЮЧАЮТ
   1. укрепление мышц разгибателей позвоночника и мышц живота
   2. укрепление мышц сгибателей позвоночника
   3. укрепление мышц тазового дна
   4. укрепление мышц, поддерживающих свод стопы
   5. повышение подвижности грудной клетки, улучшение функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем
9. КОРСЕТ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
   1. верхне-грудным сколиозом
   2. грудным сколиозом
   3. грудопоясничным и поясничным сколиозом
   4. комбинированным сколиозом
   5. не применяется
10. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ СКОЛИОЗ
    * 1. I степени
      2. II степени
      3. III степени
      4. IV степени, с болевым синдромом и нарушением функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем
      5. III-IV степени, с целью косметической коррекции
11. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ СКОЛИОЗ
    * 1. II степени у подростка 15-16 лет
      2. II степени у ребенка 8-9 лет
      3. I степени
      4. III-IV степени у взрослых
      5. III-IV степени, быстро прогрессирующий у детей школьного возраста
12. ВЫБЕРИТЕ БОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЙ В ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ОТНОШЕНИИ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СКОЛИОЗЕ III-IV СТЕПЕНИ
    * 1. коррекция сколиотической кривизны двухпластинчатым эндокорректором
      2. операция Харрингтона
      3. операция Люка
      4. операция Казьмина
      5. коррекция сколиотической кривизны однопластинчатым эндокорректором
13. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКОЛИОЗА МЕТОДИКОЙ КЛИНИКИ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ КРАСГМУ?
    * 1. острое нагноение послеоперационной раны
      2. холодный натечник
      3. срыв блока конструкции
      4. перелом пластины
      5. временные корешковые боли
         1. **Полиомиелит**
14. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПОЛИОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. палочка Коха
    2. стафилококк
    3. стрептококк
    4. вирус
    5. дифтероиды
15. КАКИЕ ФУНКЦИИ СТРАДАЮТ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ?
    1. психоэмоциональная
    2. психоэмоциональная, двигательная, моторная
    3. двигательная
    4. опорная
    5. экстрессорная
16. ЧТО ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ПОЛИОМИЕЛИТА?
    1. инфекционное заболевание с поражением передних рогов спинного мозга
    2. вялые атрофические порезы и параличи мышц
    3. инфекционное заболевание с поражением задних рогов спинного мозга
    4. инфекционное заболевание с поражением головного мозга
    5. инфекционное заболевание с поражением оболочек мозга
17. ЧТО ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ВЯЛЫХ ПАРАЛИЧЕЙ?
    1. поражение первого двигательного нейрона
    2. поражение второго двигательного нейрона
    3. поражение спинного мозга
    4. поражение головного мозга
    5. поражение сосудов
18. ПРОФИЛАКТИКОЙ ПОЛИОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ
    1. живой вакцины
    2. антибиотиков
    3. сыворотки
    4. АКДС
    5. препаратов интерферона
19. ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ – ЭТО
    1. заболевание поражающее преимущественно передние рога спинного мозга
    2. заболевание мозга, возникающее внутриутробно или в период родов и новорожденности
    3. заболевание носящее диспластический характер
    4. онкологическое заболевание опорно-двигательного аппарата
    5. паразитарное заболевание опорно-двигательного аппарата
20. К КЛИНИКЕ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПОЛИОМИЕЛИТА НЕ ОТНОСЯТСЯ
    * 1. лихорадка, катаральные явления в зеве
      2. общемозговые и менингорадикулярные симптомы
      3. судороги, сонливость, нарушение сознания
      4. спастические параличи
      5. вялые парезы и параличи
21. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА НЕ ЯВЛЯЮТСЯ
    * 1. порочные положения конечностей
      2. гипертонус мышц
      3. гипотонус мышц
      4. костная атрофия
      5. сгибательно-приводящие контрактуры в тазобедренных и сгибательные в коленных и голеностопных суставах
         1. **Диспластические заболевания**
22. ДЕФОРМАЦИЯ МАДЕЛУНГА - ЭТО
    * 1. штыкообразная деформация кисти и предплечья, лучевая косорукость
      2. разгибательная контрактура
      3. локтевая косорукость
      4. укорочение костей предплечья
      5. сгибательная контрактура
23. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ДИСПЛАЗИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СХЕМА, РАЗРАБОТАННАЯ
    1. С.А. Рейнбергом
    2. Радулеску
    3. Хильгенрейнером
    4. Омбреданом
    5. Вибергом
24. ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ
    1. с первых дней после рождения
    2. в возрасте 1 месяца
    3. в возрасте 1-2 месяцев
    4. в возрасте 3 месяцев и старше
    5. с началом полового созревания
25. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. укорочение ножки ребенка
    2. асимметрия кожных складок на бедре
    3. симптом "щелчка"
    4. ограничение разведения бедер
    5. наружная ротация конечности

559. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. ограничение разведения бедер
  2. симптом Маркса-Ортолани (соскальзывания или "щелчка")
  3. укорочение ножки
  4. асимметрия кожных складок на бедре
  5. наружная ротация ножки

1. ПОЧЕМУ ПЕРВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПО ЛОРЕНЦУ ЯВЛЯЕТСЯ БЛАГОПРИЯТНЫМ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ?
   1. отстающий в росте ненагруженный отдел крыши получает возможность нормально формироваться
   2. улучшается кровоснабжение
   3. создаются условия для биологического моделирования вертлужной впадины
2. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ УБЕДИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ УСПЕШНОГО

ВПРАВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА, ПРОИЗВЕДЕННОГО В ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ РЕБЕНКА?

* 1. возникновение опорности бедра
  2. восстановление объема движений в суставе
  3. симптом "щелчка" или ощущение соскальзывания головки в момент вправления
  4. возврат большого вертела на линию Розер-Нелатона
  5. исчезновение положения наружной ротации ножки

1. В ВОЗРАСТЕ БОЛЕЕ 1 ГОДА ЗАКРЫТОЕ РУЧНОЕ ВПРАВЛЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА
   1. невозможно
   2. нежелательно в связи с большим процентом осложнений
   3. недопустимо в связи с большим процентом осложнений
   4. возможно по требованию родителей
   5. показано и дает хорошие результаты
2. ПРИЧИНОЙ ЧАСТЫХ АСЕПТИЧЕСКИХ НЕКРОЗОВ ГОЛОВКИ БЕДРА, ВОЗНИКАЮЩИХ ПОСЛЕ ПОЗДНЕГО ЗАКРЫТОГО РУЧНОГО ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА (ВРОЖДЕННОГО) БЕДРА ЯВЛЯЮТСЯ
   1. нарушения кровоснабжения в связи с перерастяжением круглой связки
   2. нарушением кровоснабжения, возникающим в результате затрудненного вправления
   3. перегрузка головки укороченными перерастянутыми мышцами
   4. формирование строения фиброзной капсулы сустава типа "песочных часов"
   5. трудность прохождения вывихнутой головки через перешеек "песочных часов" фиброзной капсулы
3. ПОСЛЕ 1-1,5-ГОДОВАЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ
   1. гипсовой повязки
   2. вытяжения
   3. функциональных шин
   4. компрессионно-дистракционных аппаратов
   5. хирургического лечения
4. ЧТО ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ ДЛЯ УДЕРЖАНИЯ СТОПЫ В ПОЛОЖЕНИИ ДОСТИГНУТОЙ КОРРЕКЦИИ В ДНЕВНОЕ ВРЕМЯ?
   1. съемные полиэтиленовые шины
   2. гипсовые шины
   3. ортопедическая обувь с жесткими вкладышами
   4. стремена Павлика
   5. шина ЦИТО
5. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ СЛЕДУЕТ УДЕРЖИВАТЬ СТОПУ В ПОЛОЖЕНИИ ДОСТИГНУТОЙ УСТОЙЧИВОЙ КОРРЕКЦИИ?
   1. 1 год
   2. 3 года
   3. 7-9 лет
   4. 012 лет
   5. до окончания основного роста
6. ПРИЗНАКИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ СТАНОВЯТСЯ БОЛЕЕ ЗАМЕТНЫ
   1. в первые 3-5 дней после рождения
   2. на 010-014 день после родов
   3. в месячном возрасте
   4. в 3-месячном возрасте
   5. клинические симптомы не выражены до года
7. ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ
   1. фиксации головы ватно-марлевым воротником
   2. тенотомии ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы и рассечением поверхностной фасции
   3. лечебной гимнастики
   4. ни одним из указанных методов
   5. тенотомии ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы
8. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЮТСЯ
   1. нарастающая асимметрия лица и шеи
   2. нарушение осанки
   3. нарушение остроты зрения
   4. страбизм сходящийся и расходящийся
   5. нарушения осанки и зрения
9. ОСНОВНЫМ СИМПТОМ КОСОЛАПОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. эквинус стопы
   2. экскаватус стопы
   3. вальгус стопы
   4. варус стопы
   5. приведение переднего отдела стопы
10. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ
    1. бинтование мягкими бинтами
    2. лечебная гимнастика и массаж
    3. парафинотерапия
    4. этапные гипсовые повязки-сапожки
    5. полиэтиленовые шины
11. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ПРИЗНАК ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ
    * 1. увеличение лордоза шеи
      2. сколиоз шейного отдела
      3. высокое стояние лопатки и надплечья на стороне поражения
      4. высокое стояние лопатки и надплечья на здоровой стороне
      5. напряжение и укорочение грудино-ключично-сосцевидной мышцы.
12. КАКОЙ ВИД ЛЕЧЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ ПРИ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ I ПАЛЬЦА СТОПЫ?
    1. консервативный - корригирующие повязки
    2. оперативный
    3. ЛФК, физиотерапия, массаж
    4. санаторно-курортное лечение
    5. ношение ортопедической обуви.
13. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩУЮСЯ ДЕФОРМАЦИЮ НА СТОПЕ
    1. вальгусная деформация I пальца стопы
    2. «полая стопа»
    3. «пяточная стопа»
    4. «конская стопа»
    5. варусная деформация стопы.
14. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ УКАЗЫВАЮТ НА ДИСПЛАЗИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У НОВОРОЖДЕН-НЫХ? ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ
    * 1. ограничение отведения в тазобедренном суставе, асимметрия кожных складок на бедре
    1. асимметрия кожных складок на бедре, симптом «щелчка»
    2. симптом «щелчка», наружная ротация ноги
    3. все перечисленные
    4. наружная ротация ноги, укорочение ножки ребенка
15. ДЕВОЧКА НАЧАЛА ХОДИТЬ В 1 ГОД 2 МЕСЯЦА. ПОХОДКА НЕУСТОЙЧИВАЯ («УТИНАЯ»), НАРУЖНАЯ РОТАЦИЯ НОГИ, СИМПТОМ ТРЕНДЕЛЕНБУРГА, ПОЯСНИЧНЫЙ ГИПЕРЛОРДОЗ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ - ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ БЕДРА. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ?
    1. распорки
    2. отводящая шина - ЦИТО, Волкова
    3. скелетное вытяжение
    4. оперативное лечение
    5. гипсовая повязка по Лоренц-1
16. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД КОНСЕР-ВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ
    1. бинтование мягкими бинтами
    2. лечебная гимнастика и массаж
    3. парафинотерапии
    4. этапные гипсовые повязки-сапожки
    5. полиэтиленовые шины
17. ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ БЕДРА - ЭТО
    1. синоним дисплазии тазобедренного сустава
    2. более значительное диспластическое изменение крыши вертлужной впадины, при котором ребенок всегда рождается с вывихом
    3. собирательное определение, включающее и дисплазию и врожденный вывих (подвывих) бедра и диагноз, отражающий рождение ребенка с клинико-морфологической картиной вывиха или подвывиха в суставе
18. ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ БЕДРА (ДИСПЛАЗИЯ) ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
    1. лиц женского пола
    2. лиц мужского пола
    3. преимущественно для лиц женского пола
    4. преимущественно для лиц мужского пола
    5. встречается одинаково часто у тех и других
19. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. воспалительный процесс
    2. травматический фактор
    3. недостаточность кровоснабжения
    4. неправильное положение плода
    5. нарушение обменных процессов
20. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ЛЕЖИТ
    1. дисфункция роста
    2. дисфункция созревания
    3. родовая травма
    4. внутриутробная инфекция
    5. генетические нарушения
21. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДВУСТОРОННЕГО ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ, НАЧАВШИХ ХОДИТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ
    1. "утиная" походка
    2. боли в суставах
    3. положительный симптом Тренделенбурга
    4. сгибательная контрактура в суставах
    5. похрустывание в суставах при ходьбе

583. ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ НЕДЕЛИ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. величина h менее 1 см
  2. угол скоса крыши вертлужной впадины более 20 градусов
  3. расстояние d более 1,5 см
  4. позднее появление ядра окостенения головки бедра
  5. излом линии Шентона

1. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НА РЕНТГЕНОГРАММЕ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА
   1. недоразвитие вертлужной впадины
   2. скошенность крыши вертлужной впадины
   3. вальгусная деформация проксимального конца бедренной кости
   4. несоответствие размеров ядра окостенения головки таковому контралатеральной стороны
   5. асептический некроз головки
2. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА В СТАДИИ ПОДВЫВИХА?
   1. величина h менее 1 см
   2. величина d более 1,5 см
   3. излома линии Шентона, свидетельствующего о смещении бедренной кости вверх
   4. увеличения шеечно-диафизарного угла
   5. наличия скоса крыши впадины более 20 градусов
3. ДЕВОЧКА НАЧАЛА ХОДИТЬ В 1 ГОД 2 МЕС. "УТИНАЯ" ПОХОДКА, НАРУЖНАЯ РОТАЦИЯ НОГИ, СИМПТОМ ТРЕНДЕЛЕНБУРГА, ПОЯСНИЧНЫЙ ГИПЕРЛОРДОЗ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ БЕДРА. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ?
   1. распорка
   2. отводящая шина ЦИТО, Волкова
   3. скелетное вытяжение
   4. оперативное лечение
   5. гипсовая повязка по Лоренц-I
4. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ
   1. обеспечение покоя
   2. создание условий для нормального формирования крыши вертлужной впадины
   3. иммобилизация гипсовыми штанишками
   4. нормализация кровоснабжения отстающей в росте крыши
   5. длительный постельный режим
5. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. вправление вывиха
   2. лечение гипсовыми штанишками
   3. лечение функциональными шинами
   4. лечение шиной ЦИТО
   5. оперативное лечение
6. ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА БЕДРА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ
   1. с первых дней после рождения ребёнка
   2. с 1-го месяца
   3. с 3-го месяца
   4. с 6-го месяца
   5. с 12 месяца
7. ПОД КАКИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ ПРОВОДИТЬ ВПРАВЛЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ?
   1. под общим эндотрахеальным
   2. под общим масочным
   3. поверхностным наркозом закисью азота
   4. внутривенным
   5. без обезболивания
8. ДО КАКОГО ВОЗРАСТА ДОПУСТИМО ПРОИЗВОДИТЬ ЗАКРЫТОЕ РУЧНОЕ ВПРАВЛЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА?
   1. до 6 месяцев
   2. до 1 года
   3. до 2 лет
   4. до 3 лет
   5. в любом возрасте
9. ЧТО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЕЛАТЬ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ УБЕДИТЬСЯ В УСПЕШНОСТИ ЗАКРЫТОГО ВПРАВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА?
   1. проверять объем активных движений
   2. проверять объем пассивных движений
   3. разводить ножки
   4. сводить ножки
   5. делать рентгенограммы

593. ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ПРИМЕНЯЮТСЯ

* 1. водные процедуры
  2. физиотерапия
  3. лечебная гимнастика
  4. массаж
  5. всё перечисленное

1. ЗАКРЫТОЕ РУЧНОЕ ВПРАВЛЕНИЕ ВЫВИХА БЕДРА (ВРОЖДЕННОГО) ДОПУСКАЕТСЯ В СРОКИ ДО
   1. 3 месяцев
   2. 6 месяцев
   3. 9 месяцев
   4. 1 года
   5. 3 лет
2. ЧАСТОТА ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ СОСТАВЛЯЕТ
   1. более 3% среди всех ортопедических заболеваний
   2. в 35-38% всех врожденных деформаций
   3. у 16 из 1000 новорожденных
   4. от 5 до 12% врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата чрезвычайно редко
3. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПО ВРОЖДЕННОЙ

КОСОЛАПОСТИ ДАННЫХ НЕ СООТВЕТСТВУЮТ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ?

* 1. у мальчиков встречается вдвое чаще
  2. чаще встречается двусторонняя косолапость
  3. косолапость является полиэтиологичным заболеванием
  4. стоит на 1-м месте среди врожденных пороков развития опорно-двигательного аппарата
  5. при одностороннем поражении страдает, как правило, левая нога

1. К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. нарушение первичной закладки
   2. наследственность
   3. положение плода
   4. патология беременности вследствие токсоплазмоза
   5. нарушение иннервации со стороны спинномозговых центров
2. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА СТОПЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ СЛАГАЕТСЯ
   1. из приведения, супинации и подошвенного сгибания
   2. из отведения, супинации и подошвенного сгибания
   3. из приведения, пронации и тыльного сгибания
   4. отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении
   5. эквинусной установки стопы
3. БОЛЬНОЙ С КОСОЛАПОСТЬЮ ПРИ ХОДЬБЕ
   1. хромает
   2. не хромает
   3. ходит, переступая "нога за ногу"
   4. наступает на внутренний край стопы
   5. наступает на наружный край стопы

600. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ НАЧИНАЮТ

1. с первых дней после рождения
2. через 1 месяц после рождения
3. через 3 месяца после рождения
4. через полгода после рождения
5. в возрасте 1 года

601. ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ

1. операция на сухожилиях и связках стопы
2. коррегирующие оперативные вмешательства на костях стопы
3. бинтование стопы по Финку-Эттингену
4. лечебная гимнастика, массаж
5. применение всего перечисленного

602. ЧТО НЕ ВХОДИТ В КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ

1. мягкого бинтования и ЛФК
2. массажа и ЛФК
3. редрессации
4. гипсовых повязок
5. применения шины Виленского

603. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ ДО

1. 6 месяцев
2. 1 года
3. 2-3 лет
4. 5-летнего возраста
5. исправления элементов косолапости
6. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ НАЧИНАЮТ
   1. с 6-месячного возраста
   2. с 12-месячного возраста
   3. с 9-летнего возраста
   4. с 5-летнего возраста
   5. с 10-летнего возраста
7. У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 1-3 ГОДА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НА
   1. сухожилиях
   2. сухожильно-связочном аппарате
   3. костях стопы
   4. суставах
   5. на всем перечисленном

606. ЧАСТОТА ВРОЖДЕННОЙ КРИВОШЕИ СОСТАВЛЯЕТ

* 1. более 3% среди всех ортопедических заболеваний
  2. в 35-38% всех врожденных деформаций
  3. у 16 из 1000 новорожденных
  4. от 5 до 12% врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата
  5. у 20% всех новорожденных

1. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВРОЖДЕННОЙ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. родовая травма
   2. дисплазия
   3. неправильное родовспоможение
   4. неправильное положение плода
   5. порок первичной закладки
2. ЭТИОПАТОГЕНЕЗОМ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. травма при родах
   2. порок развития грудино-ключично-сосцевидной мышцы
   3. неправильное положение плода
   4. воспалительный процесс
   5. ишемия сердца

609. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ФОРМОЙ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. мышечная
2. костная
3. рефлекторная
4. воспалительная
5. дисторзионная

610. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ

1. увеличение лордоза шеи
2. сколиоз шейного отдела
3. высокое стояние лопатки и надплечья на стороне поражения
4. высокое стояние лопатки и надплечья на здоровой стороне
5. напряжение и укорочение грудино-ключично-сосцевидной мышцы

611. ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ

1. подбородок расположен по средней линии туловища
2. при попытке форсированного сгибания подбородок не достаёт до груди
3. подбородок отклонен влево
4. подбородок отклонен вправо
5. подбородок прижат к грудине

612. ПРИ ВРОЖДЁННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ

1. голова наклонена в "больную" сторону, подбородок повёрнут в "здоровую" сторону, под кожей контурируется грудино-ключично-сосцевидная мышца
2. голова наклонена в "здоровую" сторону, подбородок повёрнут в"больную" сторону, под кожей контурируется грудино-ключично-сосцевидная мышца
3. под кожей контурируется грудино-ключично-сосцевидная мышца
4. беспокоят боли по ходу грудинно-ключично-сосцевидной мышцы с иррадиацией в руку
5. ограничены повороты и наклоны головы

613. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИВОШЕИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

* 1. с момента рождения
  2. с 2-недельного возраста
  3. с 2-5 месяцев
  4. с 0,5-1 года
  5. после 1 года

1. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ВКЛЮЧАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ
   1. мумиё
   2. лидазы
   3. гидрокортизона
   4. новокаиновых блокад шейного сплетения
   5. не существует
2. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА ПРИМЕНЯЕТСЯ
   1. тенотомия ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы
   2. удлинение сухожильных ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы
   3. фиксация головы гипсовой повязкой
   4. фиксация головы ватно-марлевым воротником
   5. всё перечисленное

616. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ

* 1. 6 месяцев
  2. 1 год
  3. 2 года
  4. 3 года
  5. 5 лет

1. УКАЖИТЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ
   1. не применяется
   2. кранио-цервикальная гипсовая повязка
   3. воротник Шанца
   4. ошейник из термопластика
   5. аппарат "Hallo"
2. В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ РЕНТГЕНОСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ БЛАУНТА?
   1. формировании кистовидного очага
   2. асептическом некрозе медиального мыщелка большеберцовой кости
   3. патологическом переломе медиального мыщелка большеберцовой кости
   4. преждевременной оссификации медиальной части ростковой зоны
   5. кистовидном перерождении с формированием множества кист

619. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ РАННЯЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ БЛАУНТА?

1. сразу после рождения
2. в 1-2 года
3. в 3-4 года
4. на первом году жизни
5. в младшем школьном возрасте

620. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОЗДНЯЯ (ПОСТНАТАЛЬНАЯ) ФОРМА БОЛЕЗНИ БЛАУНТА?

1. в дошкольном возрасте
2. в подростковом возрасте
3. не зависимо от возраста
4. в младшем школьном возрасте
5. у взрослых

621. УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ПРИ БОЛЕЗНИ БЛАУНТА

1. укорочение пораженной конечности
2. выраженный болевой синдром
3. варусная деформация голени
4. вальгусная деформация голени
5. утрата опороспособности конечности

622. БОЛЕЗНЬ КЛИППЕЛЬ-ФЕЙЛЯ - ЭТО

1. наличие шейных ребер
2. врожденный синостоз шейных и верхнегрудных позвонков с незаращением дужек
3. приобретенный подвывих I шейного позвонка
4. мышечная кривошея
5. крыловидная шея
6. **Дегенеративно-дистрофические заболевания**

623. НАЙДИТЕ ОШИБКУ ХИРУРГА АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА ПРИ ОБРАЩЕНИИ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА КОКСАРТРОЗ

1. выяснение жалоб больного
2. изучение истории заболевания со слов больного
3. выполнение рентгенологического обследования области поражения
4. назначение консервативного лечения
5. направление на консультацию к специалисту ортопеду

624. КАКАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КОКСАРТРОЗА?

1. сужение суставной щели
2. параартикулярные оссификаты
3. мелкие или крупные, единичные или множественные кистозные очаги
4. асептический очаг деструкции в верхне-наружном квадранте головки
5. сублюксация

625. КАКИЕ РЕНТГЕНСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГОЛОВКЕ БЕДРА У ВЗРОСЛЫХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА?

1. сужение суставной щели
2. параартикулярные оссификаты
3. мелкие или крупные, единичные или множественные кистозные очаги
4. сублюксация
5. очаг асептического некроза в верхне-наружном квадранте головки

626. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ОТНОСИТСЯ К БОЛЕЗНИ ПЕРЕГРУЗОК?

* 1. стенозирующий лигаментит кольцевидных связок пальцев и первого сухожильного влагалища

1. эпикондилит плеча
2. плечелопаточный периартрит
3. энтезиты различной локализации
4. артриты

627. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИКОНДИЛИТА ПЛЕЧА ИММОБИЛИЗАЦИЯ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКОЙ

1. противопоказана
2. нежелательна
3. желательна
4. зависит от остроты болевых ощущений
5. обязательна

628. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА - ЭТО

1. боль, усиливающаяся при ходьбе и в положении лежа, ограничение движений в позвоночнике
2. боль, усиливающаяся при ходьбе, ограничение движений в позвоночнике, резкие "прострелы" в нижние конечности
3. ограничение движений в позвоночнике, резкие "прострелы" в нижние конечности, боль, усиливающаяся в положении лежа
4. боль, усиливающаяся при ходьбе и в положении лежа, резкие "прострелы" в нижние конечности
5. боль, усиливающаяся при ходьбе и в положении лежа, ограничение движений в позвоночнике, резкие "прострелы" в нижние конечности

629. УКАЖИТЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЕ ПОСТОЯННУЮ И ДЛИТЕЛЬНУЮ РАЗГРУЗКУ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ КОКСАРТРОЗЕ

1. операция Фосса
2. коррегирующая остеотомия
3. разгрузка сустава эндоаппаратом
4. эндопротезирование
5. фенестрация

630. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

1. боль в пальцах
2. ограничение движений
3. наличие рубцово-измененного ладонного апоневроза
4. изменение иннервации пальцев
5. нарушения кровообращения

631. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

1. медикаментозная терапия
2. лечебная гимнастика
3. иммобилизация гипсовой шиной
4. физиотерапевтическое лечение
5. хирургический метод лечения

632. ПОД ТЕРМИНОМ "ДЕФОРМИРУЮЩИЙ АРТРОЗ" ПОНИМАЮТ

1. отложение солей в области суставных поверхностей
2. дегенерацию суставного хряща с последующим образованием костных разрастаний
3. воспалительные процессы в костных и мягкотканных элементах сустава
4. увеличение объёма суставной жидкости и толщины суставного хряща
5. наличие костных разрастаний и воспалительных явлений в структурах сустава

633. ДЛЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА ХАРАКТЕРНО

1. ограничение подвижности в суставе, повышение температуры тела, увеличение объёма сустава
2. чувство неустойчивости в суставе и нарушение функции конечности
3. болевой синдром и ограничение движений в суставе, нарушение функции конечности
4. наличие отёка сустава, повышение местной и общей температуры
5. болевой синдром и ограничение движений в суставе, наличие кристаллурии

634. ДЛЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ

1. постоянные ноющие боли, боли в начале ходьбы
2. боли в начале ходьбы, ночные боли
3. ночные боли, боли после длительной нагрузки
4. постоянные ноющие боли, боли после длительной нагрузки
5. боли в начале ходьбы, боли после длительной нагрузки

635. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К КОКСАРТРОЗУ?

1. гипотрофия мускулатуры бедра и ягодиц
2. сгибательно-приводящая контрактура бедра
3. ротация конечности кнаружи
4. функциональное удлинение конечности
5. функциональное укорочение конечности

636. ЧТО МОЖНО ОПУСТИТЬ В АЛГОРИТМЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С КОКСАРТРОЗОМ?

1. клиническое обследование
2. изучение наследственной патологии
3. рентгенологическое обследование
4. определение биомеханического статуса
5. биохимические показатели крови

637. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

1. перемежающаяся хромота, ишиалгический сколиоз
2. ишиалгический сколиоз, кокцигодиния
3. кокцигодиния, положительный симптом Лассега
4. перемежающаяся хромота, положительный симптом Лассега
5. все перечисленные.

638. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ВЫРАЖЕННОГО КОКСАРТРОЗА

1. постоянные боли в суставе, усиливающиеся при ходьбе и приводящая контрактура сустава и укорочение бедра
2. приводящая контрактура сустава и гипотрофия мышц бедра
3. постоянные боли в суставе, усиливающиеся при ходьбе и гипотрофия мышц бедра
4. постоянные боли в суставе, усиливающиеся при ходьбе, приводящая контрактура сустава, снижение пульсации бедренной артерии и укорочение бедра.
5. приводящая контрактура сустава, гипотрофия мышц бедра, снижение пульсации бедренной артерии.

639. ЧТО ТАКОЕ ЭПИКОНДИЛИТ?

1. проявления дисэмбриогенеза
2. опухоль кости в зоне надмыщелков плеча
3. дегенеративное изменение надкостницы надмыщелков плечевой кости
4. воспалительные изменения мышц плеча
5. воспалительные изменения лучевого нерва

640. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРИТА?

1. боли при активных движениях в плечевом суставе
2. ноющие боли в покое
3. чувство ползания мурашек в пальцах руки
4. усиление болей при внутренней ротации руки
5. локальная болезненность при пальпации в зоне малого бугорка

641. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К КРЕПИТИРУЮЩЕМУ ТЕНДОВАГИНИТУ?

1. перегрузки в анамнезе
2. острое начала болезни
3. характерная крепитация
4. выраженная припухлость по всей ладанной поверхности предплечья
5. болезненность при пальпации

642. ЧТО ТАКОЕ ЛИГАМЕНТИТ?

1. пролиферативное асептическое воспаление сухожилий и их влагалищ
2. пролиферативное асептическое воспаление сухожильной части мышц в месте прикрепления к кости
3. воспаление надкостницы
4. воспаление мышц
5. воспаление кости в месте прикрепления мышцы

643. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИИ КОКСАРТРОЗА ПО ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ?

* 1. посттравматический
  2. диспластический
  3. постинфекционный (специфический и неспецифический)
  4. вирусный
  5. идиопатический

1. КАКОЙ УЧАСТОК ГОЛОВКИ БЕДРА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРЕТЕРПЕВАЕТ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ АСЕПТИЧЕСКОМ НЕКРОЗЕ?
   1. ямка круглой связки
   2. верхневнутренний квадрант
   3. верхненаружный квадрант
   4. нижневнутренний квадрант
   5. субэпифизарная зона
2. К МЕТОДУ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОКСАРТРОЗА НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. массаж мышц ягодицы и бедра
   2. разгрузка сустава эндоаппаратом
   3. разгрузка сустава вытяжением
   4. снижение осевой нагрузки - ходьба на костылях
   5. применение хондропротекторов

646. К МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НЕ ОТНОСИТСЯ

1. редрессация постоянным скелетным вытяжением
2. корригирующая остеотомии проксимального конца бедра
3. некрэктомия очага
4. туннелизация
5. эндопротезирование

647. К АЛГОРИТМУ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ

БОЛЬНЫХ С СУСТАВОМ, РАЗГРУЖЕННЫМ ЭНДОАППАРАТОМ, НЕ ОТНОСИТСЯ

1. иммобилизация конечности деротационной шиной
2. объемные движения конечностью в тазобедренном суставе с помощью гамака с 3-й недели
3. ходьба с помощью костылей без нагрузки на ногу с 8-й недели
4. ходьба с помощью костылей без нагрузки на ногу с 4-й недели
5. ходьба с ограниченной нагрузкой на ногу с 7-й недели

648. ВЫБЕРИТЕ СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

1. плече-лопаточный периартрит, синдром позвоночной артерии, кардиальный синдром
2. плече-лопаточный периартрит, синдром позвоночной артерии, синдром писчего спазма
3. плече-лопаточный периартрит, кардиальный синдром, синдром писчего спазма
4. синдром позвоночной артерии, кардиальный синдром, синдром писчего спазма
5. плече-лопаточный периартрит, синдром позвоночной артерии, кардиальный синдром, синдром писчего спазма

649. В ОСНОВЕ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ЛЕЖИТ

1. дисфункция созревания
2. дисфункция роста
3. механическое воздействие
4. дистрофические изменения ангионевротического характера
5. тератогенное воздействие
6. **Костные опухоли**

650. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЕ В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЫРАЖАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ

1. боли нет, припухлость, гиперемия
2. боли в покое, припухлость, болевая контрактура
3. повышение температуры тела, увеличение региональных лимфоузлов
4. боль при движениях, хромота
5. патологическая подвижность в области наибольшей болезненности

651. ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. нижняя треть бедра, верхняя треть голени
2. верхняя треть бедра, нижняя треть голени
3. кости таза
4. кости предплечья
5. кости стопы, кости черепа

652. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРАНИЦЫ ОПУХОЛЕВОГО ОЧАГА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОМ ПРОЦЕССЕ ЯВЛЯЮТСЯ 1) нечеткими, теряющимися в окружающих тканях

1. не определяются вообще
2. четкими
3. определяются парафокальные очаги
4. имеются отдаленные метастазы

653. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. картина, представленная массой плюс ткани с четкими контурами
  2. сохранность кортикального слоя
  3. наличие спикул
  4. отсутствие отдаленных метастазов
  5. четкость костномозгового канала за пределами очага

1. ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ОТСУТСТВИИ ВИДИМЫХ МЕТАСТАЗОВ, НО КОТОРЫЕ, УЧИТЫВАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ, УЖЕ МОГУТ БЫТЬ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. сегментарная резекция в пределах здоровых тканей с выращиванием регенерата по методике Илизарова
   2. сегментарная резекция с последующим замещением дефекта аллотрансплантатом
   3. резекция пораженного суставного конца с последующим эндопротезированием
   4. чаще - ампутация
   5. реплантация
2. ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ С ДИАГНОСТИРОВАННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ДРУГИЕ ОРГАНЫ И ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. ампутация или экзартикуляция
   2. краевая резекция без замещения дефекта
   3. сегментарная резекция с замещением дефекта
   4. внутрикостная резекция
   5. экскохлеация

656. ЧТО ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНО ВХОДИТЬ В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА?

1. физиолечение
2. переливание крови
3. химиотерапия
4. массаж пораженной конечности
5. санаторно-курортное лечение

657. УКАЖИТЕ ТЕМП РОСТА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ

1. медленный (годы, десятилетия)
2. быстрый (недели, месяцы)
3. появляется за одни сутки
4. появляется в течение нескольких часов
5. появляется внезапно, мгновенно

658. ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК

1. четкие контуры очага
2. наличие спикул
3. размытость кортикального слоя
4. наличие парафокальных очагов деструкции
5. наличие очагов деструкции в других анатомических областях

659. ЧТО НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА?

1. рентгенография пораженной области
2. развернутый анализ крови
3. гастроскопия желудка
4. анализ мочи
5. рентгенография легких

660. ЧЕГО НЕЛЬЗЯ ДЕЛАТЬ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ ОПУХОЛИ КОСТИ?

1. оценивать клинический анализа крови
2. назначать физиопроцедуры
3. оценивать рентгенограммы пораженной области
4. консультировать больного у ортопеда
5. сделать рентгенографию легких

661. ЧТО НЕ СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧАТЬ В ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ДИАГНОЗА С КОСТНОЙ ОПУХОЛЬЮ?

1. гематогенный остеомиелит
2. туберкулезный остит
3. ложный сустав
4. остеохондропатию
5. паразитарные заболевания скелета (эхинококк, цистицеркоз)

662. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРИЗНАКАМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ?

1. длительный анамнез

2) отсутствия признаков интоксикации

1. на рентгенограмме - очаг с четкими контурами
2. наличие "спикул"
3. отсутствие местной гипертермии и инфильтрации окружающих тканей

663. ЧТО НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНЯТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ?

1. краевые резекции
2. резекции с широким основанием
3. сегментарные резекции с замещением дефекта выращиванием регенерата по Илизарову
4. внутрикостные резекции
5. ампутации, экзартикуляции

664. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К СИМПТОМАТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ?

1. болей ночного характера
2. нарушения функции, вынужденного положения конечности
3. симптомов общей интоксикации
4. спокойного сна
5. изменений в анализах крови

665. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО СВОЙСТВЕННО ТОЛЬКО ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ?

1. отсутствия метастазов
2. инфильтрации тканей в очаге поражения
3. местной гипертермии
4. местной гиперемии
5. лоснящейся над очагом кожи

666. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ?

1. выраженного болевого синдрома
2. картины "солнечных лучей" в зоне очага на рентгенограмме
3. метастазов в легких
4. поражения преимущественно дистальной части бедра или области коленного сустава
5. видимых четких кистозных очагов по типу мыльных пузырей

**Раздел 2. Огнестрельные ранения**

1. **Огнестрельные ранения**

001. К КЛАССИФИКАЦИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ПО ХАРАКТЕРУ РАНЯЩЕГО СНАРЯДА ОТНОСЯТСЯ

1. пулевые
2. осколочные
3. шариковые
4. дробовые
5. возможны все

002. ЧТО ТАКОЕ ЗОНА ПЕРВИЧНОГО НЕКРОЗА?

1. канал, возникший в результате прохождения ранящего снаряда, заполненный обрывками тканей, кровью, инородными телами
2. зона поврежденных первично нежизнеспособных тканей, имбибированных кровью
3. зона, где кровоизлияния, отек, и некробиоз возникают спустя некоторое время после ранения
4. зона тканей, прилегающих к раневому каналу глубиной 4см
5. зона расположения основных повреждений

003. ПО ОЧЕРЕДНОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ РАН РАЗЛИЧАЮТ: а) ГОСПИТАЛЬНОЕ б) ПЕРВИЧНОЕ в) ВТОРИЧНОЕ г) ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ. ВЫБЕРИТЕ

* + 1. а, б
    2. б, в
    3. в, г
    4. а, б
    5. б, г
  1. СКОЛЬКО ПЕРИОДОВ РАЗЛИЧАЮТ В БИОЛОГИИ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ?
     1. один
     2. два
     3. три
     4. четыре
     5. пять
  2. ЧЕМ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ РАН?
     1. состоянием раненого
     2. характером раны
     3. боевой и медицинской обстановкой
     4. временем прошедшим после ранения
     5. всё правильно
  3. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ЗАДАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО

ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

1.быстрое заживление раны

2.сокращение сроков лечения

3.создание условий наименее благоприятных для развития микрофлоры в ране и последующего возникновения инфекционных осложнений

4.скорейшее выздоровление

5.быстрый возврат в строй

007. ЧТО ТАКОЕ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ?

1. хирургическое вмешательство, выполненное по первичным показаниям
2. хирургическое вмешательство, выполненное по вторичным показаниям
3. первое по счёту хирургическое вмешательство, выполненное по первичным показаниям
4. первое по счёту хирургическое вмешательство, выполненное по вторичным показаниям
5. хирургическая обработка, выполненная в омедб

008. КАК РЕШАЕТСЯ ВОПРОС О НАЛОЖЕНИИ ШВОВ ПОСЛЕ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ

1. рана ушивается
2. в подавляющем большинстве случаев не ушивается
3. по усмотрению хирурга
4. в зависимости от боевой и медицинской обстановки
5. никогда не ушивается

009. НАЛОЖЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ШВА НА ОГНЕСТРЕЛЬНУЮ РАНУ ПОКАЗАНО

* 1. при проникающем ранении грудной клетки
  2. при огнестрельном ранении бедра
  3. при ранении верхней конечности с повреждением сосуда
  4. при травматической ампутации конечности
  5. при огнестрельном повреждении кисти
     + 1. К КЛАССИФИКАЦИИ ПО ОТНОШЕНИЮ К КОЖНЫМ ПОКРОВАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ РАНЕНИЯ

1.слепые

2.рикошетирующие

3.сквозные

4.касательные ранения

5.травматические ампутации

* + - 1. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИИ ЗОН ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ?

1.зона собственно раневого канала

2.зона первичного некроза

3.зона пульсирующих полостей

4.зона молекулярного сотрясения

5.зона реактивных изменений

* + - 1. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ЗОНОЙ СОБСТВЕННО РАНЕВОГО КАНАЛА?

1.ткани, образующие стенки раневого канала после воздействия ранящего снаряда

2.дефект тканей, выполненный тканевым детритом и кровью

3.зона воздействия бокового удара ранящего снаряда

4.зона, в которой находятся ткани в состоянии парабиоза

5.зона пониженной сопротивляемости тканей

* + - 1. К КЛАССИФИКАЦИИ ПО АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ РАНЕНИЯ

1.магистральных кровеносных сосудов

2.головы

3.шеи

4.груди

5.живота

1. ОТ ЧЕГО, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ЗАВИСИТ ТЯЖЕСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТКАНЕЙ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ?
   * + 1. скорости и массы снаряда
       2. формы снаряда
       3. положения снаряда в момент удара
       4. плотности и эластичности тканей
       5. содержания в них жидкой среды
2. ПЕРВИЧНОЕ БАКТЕРИАЛЬНОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ - ЭТО
   * + 1. попадание микробов в рану после ранения
       2. попадание микробов в рану в момент ранения
       3. попадание микробов в рану в момент перевязки
       4. попадание микробов в рану в процессе ПХО
       5. все правильно
3. КАКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВТОРИЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ?
   * + 1. сокращается срок до начала гнойного осложнения
       2. агравируется тяжесть инфекционного осложнения

3) возникает необходимость проведения дополнительных профилактических и лечебных мероприятий

* 1. резко возрастает вероятность гнойного осложнения раневого процесса
  2. удлиняются сроки лечения

17.СПЕЦИФИЧНОСТЬЮ ДЕЙСТВИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЯЩИХ СНАРЯДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. образование временной пульсирующей полости
  2. объем повреждения тканей
  3. характер повреждения тканей
  4. количество кинетической энергии, поглощенной тканями
  5. всё перечисленное

18.КАКОГО ИМЕННО ПЕРИОДА НЕ РАЗЛИЧАЮТ В ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА?

1.анатомических и функциональных нарушений

2.реактивно-воспалительных процессов

3.токсико-инфекционного

4.биологического очищения раны

5.регенеративных процессов

19.ФАЗАМИ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЮТСЯ

1.воспаление

2.все перечисленные

3.регенерация

4.эпителизация

5.рубцевание

20.О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЕ ОСТРОВКОВ ГРАНУЛЯЦИЙ НА РАНЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ?

1.благоприятном течении раневого процесса

2.завершении периода сосудистых изменений

3.начале периода очищения раны от некротических тканей

4.наступлении фазы регенерации

5.начале перехода от фазы воспаления к фазе регенерации

1. ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН ВТОРИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ - ЭТО ЗАЖИВЛЕНИЕ

1.путём образования грануляций

2.без натяжения

3.с сосудистой реакцией

4.путём эпителизации

5.после хирургической обработки

1. К ЭЛЕМЕНТАМ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕ ОТНОСИТСЯ
   * + 1. временная остановка кровотечения
       2. транспортная иммобилизация подручными средствами
       3. наложение трахеостомы
       4. искусственное дыхание
       5. наложение асептической повязки
2. НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРОИЗВОДИТСЯ
   * + 1. ПХО раны
       2. окончательная остановка кровотечения
       3. ампутация конечности
       4. трахеотомия
       5. операция по поводу анаэробной инфекции
3. МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ НЕ ВКЛЮЧАЮТ
   * + 1. транспортную иммобилизацию
       2. трансфузионную терапию
       3. блокаду места перелома
       4. первичную хирургическую обработку раны
       5. введение антибиотиков
4. К ОПЕРАЦИЯМ, ВЫПОЛНЯЕМЫМ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ, НЕ ОТНОСЯТСЯ
   * + 1. первичная хирургическая обработка раны
       2. декомпрессивная трепанация черепа
       3. окончательная остановка кровотечения
       4. операции по поводу анаэробной инфекции
       5. торакотомия и лапаротомия при ранении органов грудной и

брюшной полостей

1. ВТОРИЧНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   * + 1. наличие ранения
       2. проникающее ранение

3. возникновение осложнения раневого

процесса

4. всё правильно

5.непроникающее ранение

1. ВИДОМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   * + 1. первичная хирургическая обработка
       2. хирургическая обработка
       3. вторичная хирургическая обработка
       4. ранняя хирургическая обработка
       5. отсроченная хирургическая обработка
2. ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
   * + 1. промывание раны антисептиками
       2. наложение асептической повязки
       3. обкалывание раны антибиотиками
       4. наложение транспортной шины
       5. оперативное вмешательство
3. К ОСНОВНЫМ ЗАДАЧАМ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ НЕ ОТНОСИТСЯ
   * + 1. остановка кровотечения
       2. выполнение остеосинтеза по показаниям
       3. предупреждение раневой инфекции
       4. заживление раны первичным натяжением
       5. сшивание магистральных сосудов и нервных стволов
4. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЭТАПОМ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ?
   * + 1. иссечение нежизнеспособных тканей
       2. рассечение
       3. туалет раны
       4. гемостаз
       5. решение вопроса о наложении швов
5. ПРИ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ НЕ ПРОИЗВОДЯТ
   * + 1. рассечение раны и иссечение зоны первичного некроза
       2. остановку кровотечения
       3. обкалывание стенок раны антибиотиками
       4. удаление инородных тел в раневом канале

* + - 1. иссечение зоны молекулярного сотрясения

1. РАННЯЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ПРОИЗВОДИТСЯ
   * + 1. в первые 2-е суток
       2. в 1-е сутки
       3. в первые 2-е суток при условии введения антибиотиков
       4. во 2-е сутки
       5. во 2-е сутки при условии введения антибиотиков
2. ОТСРОЧЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ПРОИЗВОДИТСЯ
   * + 1. в 1-е сутки
       2. во 2-е сутки
       3. во 2-е сутки при условии введения антибиотиков
       4. в первые двое суток
       5. в первые 2-е суток при условии введения антибиотиков
3. ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ХИРУРГИЧЕСКИ ОБРАБОТАННЫХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН ПРОТЕКАЮЩИХ БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИМЕНЯЮТ
   * + 1. первичный шов
       2. свободную кожную пластику
       3. отсроченный первичный шов
       4. кожную пластику лоскутом на ножке
       5. асептическую повязку
4. СРОКОМ НАЛОЖЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОТСРОЧЕННЫХ ШВОВ ЯВЛЯЕТСЯ
   * + 1. 1-2 дня
       2. 3-4 дня
       3. до 5-6 дней
       4. до 7-10 дней
       5. до 11-15 дней
5. СРОКОМ НАЛОЖЕНИЯ РАННЕГО ВТОРИЧНОГО

ШВА ЯВЛЯЕТСЯ

* + - 1. 1-2 дня
      2. 3-4 дня
      3. до 5-7 дней
      4. до 8-14 дней
      5. 3-4 недели

1. СРОКОМ НАЛОЖЕНИЯ ПОЗДНЕГО ВТОРИЧНОГО ШВА ЯВЛЯЕТСЯ
   * + 1. 1-2 дня
       2. 3-4 дня
       3. до 5-7 дней
       4. до 8-14 дней
       5. 3-4 недели
2. ПРИ КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ НЕ ПОКАЗАНА ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ?
   * + 1. при огнестрельных переломах и повреждениях суставов
       2. при обширных повреждениях мягких тканей
       3. при повреждениях сосудов и нервов
       4. при синдроме длительного раздавливания
       5. при ранениях мягких тканей
3. ВТОРИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ ПОДРАЗУМЕВАЕТ
   * + 1. второе по счету хирургическое вмешательство
       2. наложение вторичных швов (раннего и позднего)
       3. хирургическое вмешательство с целью лечения раневой инфекции
       4. кожную пластику с целью закрытия раны
       5. восстановительные операции (шов сосуда, нерва, остеосинтез костей при огнестрельном переломе)
4. **Обезболивание**

062. ЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. паранефральная блокада
2. футлярная блокада
3. блокада места перелома
4. проводниковая блокада
5. блокада поперечного сечения

063. ВАГОСИМПАТИЧЕСКАЯ БЛОКАДА ПО СУТИ СВОЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* + 1. футлярной блокадой
    2. блокадой поперечного сечения
    3. проводниковой блокадой
    4. блокадой места повреждения
    5. не относится ни к одному из перечисленных видов
  1. ПРИ БЛОКАДЕ МЕСТА ПЕРЕЛОМА РАСТВОР НОВОКАИНА ВВОДИТСЯ
     1. в мышечные футляры
     2. в гематому зоны перелома
     3. межмышечные промежутки поврежденного сегмента
     4. в нервный ствол, иннервирующий зону перелома
     5. рядом с нервным стволом
  2. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ БЛОКАДЫ МЕСТА ПЕРЕЛОМА, КАК УБЕДИТЬСЯ, ЧТО ИГЛА НАХОДИТСЯ В ЗОНЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ?
     1. сделав контрольную рентгенограмму
     2. засосать в шприц кровь из гематомы
     3. игла погружается к предполагаемому месту перелома до кости
     4. блокада выполняется под ЭОПом
     5. игла вводится в место нащупанной костной деформации

066. ДЛЯ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ МЕСТА ПЕРЕЛОМА ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. 0,25% раствор новокаина
2. 0,5% раствор новокаина
3. 1,0% раствор новокаина
4. 2,0% раствор новокаина
5. на усмотрение врача
6. ДЛЯ НОВОКАИНОВОЙ ПРОВОДНИКОВОЙ БЛОКАДЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ
   1. 0,25% раствор новокаина
   2. 0,5% раствор новокаина
   3. 1,0% раствор новокаина
   4. 2,0% раствор новокаина
   5. 1,0 или 2,0% раствор новокаина

068. ДЛЯ НОВОКАИНОВОЙ ФУТЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. 0,25% раствор новокаина
2. 0,5% раствор новокаина
3. 1,0% раствор новокаина
4. 2,0% раствор новокаина
5. 0,25 или 0,5% раствор новокаина

069. ПРИ ПРОВОДНИКОВОЙ БЛОКАДЕ РАСТВОР НОВОКАИНА ВВОДИТСЯ

* 1. рядом с нервным стволом
  2. в мышечные футляры
  3. в нервный ствол
  4. в гематому
  5. межмышечные промежутки
     1. **Кровотечения и кровопотеря**

1. С ЧЕМ СВЯЗАНА ТЯЖЕСТЬ РАНЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ?
   1. с кровопотерей
   2. с вторичной интоксикацией продуктами распада излившейся крови
   3. с угрозой для жизнеспособности конечности
   4. с тяжестью реконструктивной операции
   5. с вероятностью поздних вторичных осложнений
2. КАКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ НЕОБРАТИМУЮ ИШЕМИЮ КОНЕЧНОСТИ?
   * 1. трупное окоченение
     2. исчезновение чувствительности
     3. сохранение активных движений пальцами
     4. исчезновение активных движений пальцами
     5. сохранение чувствительности
3. ВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К НАЛОЖЕНИЮ ЖГУТА?
   1. наружное кровотечение
   2. внутреннее кровотечение
   3. венозное кровотечение
   4. струйное артериальное кровотечение
   5. огнестрельный перелом с кровотечением
4. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ПРАВИЛЬНО НАЛОЖЕННОГО ЖГУТА?
   * + - 1. отсутствие кровотечения
         2. прекращение кровотечения
         3. отсутствие пульса на периферических артериях
         4. похолодание конечностей
         5. исчезновение капиллярного пульса

74. ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ОСТАНОВКОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

наложение зажима на сосуд в ране

тугая тампонада раны

давящая повязка на рану

сосудистый шов

наложение пелота

75. О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПРЕКРАЩЕНИЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО ПОДЪЕМА АД НА УРОВНЕ 80-85 ММ РТ. СТ., НЕСМОТРЯ НА ПРОДОЛЖАЮЩУЮСЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНО ЭФФЕКТИВНУЮ КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ ШОКА?

1.о декомпенсации деятельности органов и систем

2.о переходе фазы торпидного шока в коллапс

3.о недостаточной эффективности терапии

4.о недостаточности лечебных мероприятий

5.о продолжающемся внутреннем кровотечении

76. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

1.слабости

2.жажды

3.головокружения

4.брадикардии

5.тахикардии

77.ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ВТОРИЧНОГО, ХОТЯ БЫ И

НЕБОЛЬШОГОКРОВОТЕЧЕНИЯ,НАЭТАПЕ

КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО НЕМЕДЛЕННО

наложить жгут с последующей перевязкой сосуда на протяжении

осуществить перевязку сосуда в ране

начать переливание крови и кровезаменителей

произвести вторичную хирургическую обработку раны

очередность мероприятий зависит от боевой и санитарной обстановки

78.КАКОЙ ПРИЗНАК НЕ УЧИТЫВАЕТСЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРИГОДНОСТИ КРОВИ К ПЕРЕЛИВАНИЮ?

* + - * 1. герметичность упаковки
        2. правильность паспортизации
        3. данные макроскопического осмотра
        4. групповая совместимость
        5. резус принадлежность

79.ПРИЗНАКОМ ИНФИЦИРОВАННОЙ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

* + - * 1. наличие мутной плёнки
        2. желтоватый цвет плазмы
        3. тусклый грязно-мутный цвет плазмы
        4. розовое окрашивание плазмы
        5. тонкий белесоватый слой в виде кольца

80.ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ?

первичное кровотечение

артериальное

венозное

смешанное

капиллярное (паренхиматозное)

081. ЭЛЕМЕНТОМ КЛАССИФИКАЦИИ ПО ХАРАКТЕРУ ПОВРЕЖДЕНИЯ СОСУДОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. полный поперечный разрыв сосуда
   1. неполное поперечное ранение с сохранением узкого мостика
   2. боковое (сквозное) ранение
   3. касательное ранение без повреждения интимы
   4. травматическая аневризма

82.ПРИ КАКИХ РАНЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ МОЖЕТ НЕ ВОЗНИКНУТЬ ПЕРВИЧНОГО СТРУЙНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ?

* 1. полных поперечных разрывах
  2. боковых ранениях
  3. сквозных ранениях
  4. неполных поперечных ранениях с сохранением узкого мостика
  5. касательных ранениях с нарушением целостности всех слоев стенки

083. ПРИ ПОЛНЫХ ПОПЕРЕЧНЫХ РАЗРЫВАХ АРТЕРИЙ ОБИЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ МОЖЕТ НЕ ВОЗНИКНУТЬ В СВЯЗИ С

* + 1. сокращением интимы и вворачиванием её внутрь
    2. быстрым формированием тромба
    3. быстрым нарастанием избыточного напряжения в тканях
    4. повышенной свёртываемостью крови
    5. проведёнными лечебными мероприятиями

84.В КАКИХ СЛУЧАЯХ ГЕМАТОМА ПРИ РАНЕНИИ АРТЕРИИ ПРЕВРАЩАЕТСЯ В ПУЛЬСИРУЮЩУЮ?

* + 1. при распространении гематомы вдоль артерии
    2. при избыточном давлении в тканях конечности
    3. при наличии травматической аневризмы
    4. при наличии соустья между гематомой и артерией
    5. при формировании рубцовой капсулы гематомы

85.К КЛАССИФИКАЦИИ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ИЗЛИВАЮЩЕЙСЯ КРОВИ ОТНОСЯТСЯ

1.наружные кровотечения

2.кровотечения в мягкие ткани конечностей

3.кровотечения в забрюшинное пространство

4.кровотечения в естественные полости тела

5.кровотечения в полость мочевого пузыря

86.В КАКИХ СЛУЧАЯХ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ НАРУЖНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ?

1.при сочетании повреждения сосуда с переломом костей

2.при коротком и широком раневом канале

3.при узком и длинном раневом канале

4.при одновременном повреждении артерии и вены

5.при угрозе или наличии шока

87.К ЧЕМУ ПРИВОДИТ СОЧЕТАНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДИСТЫХ И НЕРВНЫХ СТВОЛОВ С ПЕРЕЛОМОМ КОНЕЧНОСТИ?

* + - 1. к резкому увеличению частоты осложнений
      2. часто к ампутациям и даже гибели раненого
      3. увеличению объема и сложности реконструктивных операций
      4. увеличению количества операций у данного раненого
      5. резкому увеличению сроков лечения

88.ЧТО ПРОИСХОДИТ С СОСУДОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЕГО КОНТУЗИИ?

1.возникает спазм и повреждение интимы на большом протяжении

2.тромбоз сосуда

3.нарушается кровоток

4.формируется аневризма

5.возникает раннее вторичное кровотечение

89. К ЧЕМУ ПРИВОДЯТ УШИБЫ СОСУДОВ?

1.к нарушению артериального притока

2.к нарушению венозного оттока

3.к тромбообразованию

4.к гангрене конечности

5.к тромбоэмболии

1. С ЧЕМ МОГУТ БЫТЬ СВЯЗАНЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ РАННИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ УШИБЕ СОСУДА И ТРОМБООБРАЗОВАНИИ?
   * + 1. 1.с общим тяжёлым состоянием раненого
       2. 2.с нарушением артериального притока крови
       3. 3.с интоксикацией
       4. 4.с тромбоэмболией
       5. 5.с гангреной конечности
     1. 91. ЧТО ПРОИСХОДИТ ПРИ РАНЕНИИ ДАЖЕ КРУПНОГО СОСУДА, ЕСЛИ РАНЕВОЙ КАНАЛ УЗКИЙ И ДЛИННЫЙ?
        1. 1.формируется травматическая аневризма
        2. 2.по ходу раневого канала формируется гематома
        3. 3.массивное наружное кровотечение
        4. 4.появляется угроза геморрагического шока
        5. 5.возникают гнойные осложнения

92.РАНЕНИЯ КРУПНЫХ ВЕН В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

1.возникновением воздушной эмболии

2.формированием тромба и нарушением венозного оттока

3.тромбоэмболией

4.обильной кровопотерей

5.частым присоединением вторичной инфекции

93.ЧТО ОБЛЕГЧАЕТ ДИАГНОСТИКУ ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОНЕЧНОСТИ?

1.нарастание отёка конечности

2.набухание вен

3.похолодание конечности

4.исчезновение тактильной и болевой чувствительности

5.оценка состояния периферической сосудистой сети

94.ПРИЗНАКОМ НАРУШЕНИЯ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА ИЗ КОНЕЧНОСТИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1.синюшно-багровый цвет дистального отдела конечности

2.отёчность дистального отдела конечности

3.набухание вен

4.исчезновение капиллярного пульса

5.некоторое увеличение объема дистального отдела конечности

95.МЕСТНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОНЕЧНОСТИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1.багрово-синюшный цвет конечности

2.ослабление или отсутствие пульса на периферических артериях

3.исчезновение капиллярного пульса

4.похолодание конечности

5.отсутствие чувствительности и активных движений пальцами

1. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ НАРУШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРИТОКА КРОВИ?

1.побледнение и цианоз конечности

2.набухание вен

3.похолодание дистального отдела конечности

4.ослабление (исчезновение) пульса на периферических артериях

5.нарушение чувствительности и активности движений пальцами

1. ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ КОМПЕНСИРОВАННЫЙ ХАРАКТЕР ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ?
   * 1. времени после ранения
     2. характера ранения сосуда
     3. количества излившейся крови
   1. характера кровотечения
   2. наличия окольного кровоснабжения по коллатералям
2. КАКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ КОМПЕНСИРОВАННУЮ ИШЕМИЮ КОНЕЧНОСТИ?
   1. сохранение чувствительности и активных движений пальцами
   2. исчезновение активных движений пальцами
   3. трупное окоченение
   4. исчезновение капиллярного пульса
   5. багрово-синюшный цвет конечности
3. К КЛАССИФИКАЦИИ ПО ЗАВЕРШЕННОСТИ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
   1. временная остановка кровотечения
   2. наложение жгута
   3. пальцевое прижатие сосуда
   4. с восстановлением проходимости сосуда
   5. с прекращением кровотока по сосуду
4. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. пальцевое прижатие сосуда в ране или на протяжении
   2. наложение жгута
   3. тугая тампонада раны
   4. протезирование сосуда
   5. форсированное сгибание конечности
5. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ

КРОВОТЕЧЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВЫПОЛНИТЬ САНИНСТРУКТОР И ФЕЛЬДШЕР, НЕ ОТНОСИТСЯ

* 1. возвышенное положение конечности
  2. наложение давящей повязки
  3. шунтирование сосуда
  4. наложение зажима на сосуд, видимый в ране
  5. прижатие сосуда на протяжении пелотом

1. ЧТО ОБЫЧНО ПРЕДШЕСТВУЕТ ОСТАНОВКЕ СТРУЙНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НАЛОЖЕНИЕМ ЖГУТА?
   1. наложение асептической повязки
   2. введение промедола из шприц-тюбика
   3. пальцевое прижатие сосуда на протяжении
   4. наложение давящей повязки
   5. иммобилизация конечности
2. ПРИЗНАКОМ ПРАВИЛЬНОГО НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА С УЧЕБНОЙ ИЛИ ПЛАНОВОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. гиперемия дистального отдела конечности
   2. похолодание конечностей
   3. исчезновение чувствительности и активных движений пальцами
   4. исчезновение пульса на периферии конечности
   5. исчезновение сухожильных и мышечных рефлексов
3. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ ДОПУСТИМО ДЕРЖАТЬ ЖГУТ НА КОНЕЧНОСТИ?
   1. 1 час летом
   2. 2 часа летом
   3. 3 часа летом
   4. 3 часа зимой
   5. 2 часа зимой
4. НА ЭТАПЕ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ КРОВОТЕЧЕНИЕ ОСТАНАВЛИВАЮТ
   1. наложением жгута или зажима на сосуд в ране, тампонадой раны
   2. шунтированием сосуда
   3. пластикой сосуда
   4. сосудистым швом
   5. перевязкой сосуда на протяжении
5. МЕТОДИКА ГЕРША-ЖОРОВА - ЭТО НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА
   1. поверх тугого валика в проекции сосудистого пучка
   2. поверх короткой фанерной шины, расположенной на противоположной сосудистому пучку стороне
   3. поверх короткой фанерной шины, расположенной на сосудистом пучке
   4. восьмиобразно у корня верхней конечности
   5. восьмиобразно у корня нижней конечности
6. В КАКОМ СЛУЧАЕ МОЖНО НАЛОЖИТЬ КРОВООСТАНАВЛИ-ВАЮЩИЙ ЗАЖИМ НА СОСУД В РАНЕ?
   1. при неэффективности давящей повязки
   2. при невозможности наложения жгута
   3. при невозможности осуществления форсированного сгибания конечности
   4. если кровоточащий сосуд виден в ране
   5. если имеется угроза турникетного шока
7. КАК ОСУЩЕСТВИТЬ ВРЕМЕННУЮ ОСТАНОВКУ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАНЕНИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ?
   1. форсированным приведением плеча с валиком в подмышечной впадине
   2. максимальным приведением руки кпереди и кнутри
   3. максимальным отведением руки кзади и кнутри
   4. наложением жгута
   5. наложением кровоостанавливающего зажима на сосуд в ране
8. В ПРОЦЕССЕ, КАКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ

ПРОИЗВОДИТСЯ ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ?

* 1. поздней
  2. первичной
  3. ранней
  4. отсроченной
  5. вторичной

1. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ КРОВОТОКА ПО СОСУДУ НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. сосудистый шов
   2. шунтирование сосуда
   3. пластика сосудов аутовеной
   4. протезирование сосудов
   5. относится все
2. КРАЙНИМ СРОКОМ СОХРАНЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КОНЕЧНОСТИ ПУТЕМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ МАГИСТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. 2-3 часа
   2. 5 часов
   3. 5-6 часов
   4. 8-9 часов
   5. 10-11 часов
3. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К РАЗНОВИДНОСТЯМ ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ

ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ С ПРЕКРАЩЕНИЕМ КРОВОТОКА ПО СОСУДУ?

* 1. сосудистый шов
  2. перевязка сосуда на протяжении
  3. лигирование сосуда в ране
  4. прошивание сосуда с окружающими тканями
  5. диатермокоагуляция

1. МЕСТНЫМ СИМПТОМОМ ВНУТРЕННЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАНЕНИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. возрастание напряжения тканей
   2. похолодание и бледность конечности
   3. набухание вен
   4. отсутствие и ослабление боли на периферии
   5. прекращение пульсации периферических артерий
2. ГДЕ НЕ СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ ИСТОЧНИК ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ МАССИВНОГО ВНУТРЕННЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ?
   1. в полости черепа
   2. грудной клетке
   3. забрюшинном пространстве
   4. брюшной полости
   5. на конечностях
3. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ ВНУТРЕННЕМ КРОВОТЕЧЕНИИ?
   1. частое дыхание
   2. тахикардия
   3. низкое артериальное давление
   4. нарастающая анемия
   5. симптомы утяжеления шока
4. ОТ ЧЕГО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЗАВИСИТ ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМОВ КРОВОПОТЕРИ?
   1. от направления кровотечения (наружное, внутреннее)
   2. от характера кровотечения
   3. от объема кровопотери
   4. от интенсивности кровотечения
   5. от характера повреждения сосуда
5. К ПРИЗНАКАМ НАЧИНАЮЩЕЙСЯ АНЕМИИ НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. нарастающая слабость и головокружение
   2. звон в ушах
   3. мелькание мушек перед глазами
   4. нарастающее побледнение кожных покровов
   5. низкое артериальное давление
6. ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ АНЕМИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. бледность кожных покровов
   2. высокая температура тела
   3. липкий холодный пот
   4. слабый частый пульс
   5. низкое артериальное давление
7. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТЕРМИНОВ ОТНОСИТСЯ К ВТОРИЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЯМ?
   1. артериальные
   2. венозные
   3. паренхиматозные
   4. ранние
   5. смешанные

1. В КАКИЕ СРОКИ ВОЗНИКАЮТ РАННИЕ ВТОРИЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ?
   1. до 24 часов
   2. от одних до 3-х суток
   3. от 3 до 5 суток
   4. от 5 до 10 суток
   5. от 10 до 14 дней
2. ПРИЧИНОЙ РАННИХ ВТОРИЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. выталкивание обтурирующего тромба при повышении АД
   2. некроз и секвестрация сосудистой стенки
   3. несостоятельность сосудистого шва
   4. недостаточная иммобилизация
   5. грубая транспортировка
3. В КАКИЕ СРОКИ ВОЗНИКАЮТ ПОЗДНИЕ ВТОРИЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ?
   1. в первые трое суток
   2. от трех до пяти суток
   3. от пяти до 10 суток
   4. от 10 до 15 суток
   5. свыше 15 дней

123. ПРИЧИНОЙ ПОЗДНИХ ВТОРИЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. несостоятельность сосудистого шва
  2. некроз и секвестрация сосудистой стенки
  3. гнойное расплавление тромба
  4. аррозивные кровотечения
  5. нагноение пульсирующей гематомы

124.АРРОЗИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВОЗНИКАЮТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

* 1. выталкивания тромба
  2. несостоятельности сосудистого шва
  3. гнойного расплавления или пролежня стенки сосуда
  4. недостатков транспортной иммобилизации
  5. нарушения свертывающей системы крови

125.ЧЕМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЧАВШЕЕСЯ, ХОТЯ БЫ И НЕБОЛЬШОЕ, ВТОРИЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ?

* 1. показанием к немедленной перевязке сосуда на протяжении
  2. признаком нарушения свертывающей системы крови
  3. признаком ухудшения общего состояния раненого

1. признаком начала вторичной инфекции в ране
2. показанием к вторичной хирургической обработке раны

126. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАДЁЖНЫМ МЕТОДОМ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ?

* 1. применение препаратов повышающих свёртываемость крови
  2. щадящая эвакуация
  3. правильная иммобилизация
  4. своевременная полноценная хирургическая обработка ран
  5. все правильно

127.ПРИ КАКОЙ КРОВОПОТЕРЕ ЕЁ МОЖНО КОМПЕНСИРОВАТЬ, ПЕРЕЛИВАЯ ТОЛЬКО КРОВЕЗАМЕНИТЕЛИ?

* 1. до 300 мл
  2. до 500 мл
  3. до 800 мл
  4. до 1000 мл
  5. до 1500 мл

128.ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ НЕ НУЖНА

* 1. центрифуга
  2. капля крови
  3. стандартная сыворотка трёх групп в двух сериях
  4. специальная маркированная тарелка
  5. стеклянная палочка

1. ЧТО ЧАСТО ВЕДЕТ К ОШИБКЕ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ?
   1. использование инфицированной крови
   2. использование хилезной крови
   3. ложная агглютинация
   4. гемолиз крови
   5. использование не отстоявшейся крови
2. ЧТО НЕ НАДО ДЕЛАТЬ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ К ПЕРЕЛИВАНИЮ КРОВИ?
   1. определять группу крови донора
   2. определять резус принадлежность крови донора
   3. определять группу крови раненого
   4. определять резус принадлежность крови раненого
   5. проводить пробу на индивидуальную совместимость
3. ПРИ ОЦЕНКЕ ГОДНОСТИ КРОВИ К ПЕРЕЛИВАНИЮ НЕ НУЖНО
   1. ожидать полного отстаивания крови
   2. проводить визуальную оценку
   3. проводить микроскопическое исследование
   4. проводить макроскопическое исследование
   5. выполнять все мероприятия при хорошем освещении
4. СКОЛЬКО СЛОЁВ РАЗЛИЧАЮТ В ГОДНОЙ К ПЕРЕЛИВАНИЮ КРОВЬ?
   1. один слой
   2. два слоя с промежуточным кольцом
   3. два слоя
   4. три слоя
   5. кровь гомогенна, слоёв не имеет
5. КАКАЯ КРОВЬ НАЗЫВАЕТСЯ ХИЛЕЗНОЙ?
   1. кровь с повышенным содержанием жира
   2. не отстоявшаяся кровь
   3. свежезабранная кровь
   4. кровь со стабилизатором
   5. неинфицированная кровь
6. КАК ОТЛИЧИТЬ ХИЛЕЗНУЮ КРОВЬ ОТ ИНФИЦИРОВАННОЙ?

* 1. при отстаивании в течение 30 минут мутная плёнка исчезает
  2. при отстаивании в течение одного часа мутная плёнка исчезает
  3. по отсутствию розового окрашивания плазмы
  4. по отсутствию хлопьев
  5. при отстаивании в течение двух часов мутная плёнка исчезает

1. К КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЯМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО РАВНОВЕСИЯ, ОТНОСЯТСЯ
   1. жировые эмульсии
   2. смеси аминокислот
   3. растворы Рингера, дисоль, ацесоль
   4. гемодез, полидез
   5. желатиноль
2. К КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЯМ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ
   1. гемодез
   2. реополиглюкин
   3. липофундин
   4. физиологический раствор
   5. желатиноль
3. К КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЯМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТСЯ
   1. гемодез, полидез
   2. раствор Рингера, лактасоль, ацесоль
   3. полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль
   4. аминокровин
   5. жировые эмульсии
      1. **Травматический шок**
4. ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА?
   1. тяжести травмы и кровопотери
   2. локализации ранения (ранений)
   3. предрасполагающих факторов (переохлаждение, утомление, недоедание)
   4. морального состояния раненого
   5. всего перечисленного
5. ОБЪЕМ СРЕДНЕЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ШОКЕ II СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ
   1. около 0,5 л
   2. около 1 л
   3. около 1,5 л
   4. около 0,3 л
   5. почти 2,5 л
6. ВОЗНИКАЕТ ЛИ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ПРИ ШОКЕ?

1) возникает всегда

* 1. только на ранних стадиях развития шока
  2. ближе к терминальному состоянию
  3. редко
  4. не возникает

1. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ШОКА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ
   * 1. картина комоционно-контузионного синдрома
     2. параличи, расстройства чувствительности
     3. возникновение открытого пневмоторакса, смещения средостения, парадоксального дыхания и пр.
     4. затушеванность симптомов шока симптомами повреждения тех или иных органов
     5. возникновение симптомов перитонита или обильного кровотечения
2. ПРИ КАКИХ ПОРАЖЕНИЯХ УДЛИНЯЕТСЯ ЭРЕКТИЛЬНАЯ ФАЗА ШОКА, ТОРПИДНАЯ БЫСТРОТЕЧНА, НАРАСТАЕТ ЧАСТОТА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ?
   1. политравме
   2. монотравме
   3. комбинированных поражениях
   4. сочетанных повреждениях
   5. травмах не совместимых с жизнью
3. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ШОКА I СТЕПЕНИ?
   * 1. в сознании, пульс 140 в 1 мин. определяется на центральных артериях, АД 70/40 мм рт. ст.
     2. цианоз, одышка, напряжение вен на шее, ОЦК увеличен
     3. заторможен, бледен, число дыханий в минуту 20-22, пульс в пределах 120 в 1 мин., АД -80/50 мм рт. ст.
     4. внезапная слабость, головокружение, одышка, АД - 80/50 мм рт. ст., клокочущее дыхание
     5. кожные покровы бледные, несколько заторможен, пульс - 90-100 в 1 мин., АД – 90/10 мм рт. ст., ШИ - 1,0
4. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ШОКА III СТЕПЕНИ?
   * 1. кожные покровы бледные, несколько заторможен, пульс - 90 в 1 мин., АД – 90/10 мм рт. ст., ШИ - 1,0
     2. резко заторможен, пульс - 140 в 1 мин. определяется на центральных артериях, АД менее 60 мм рт. ст.
     3. без сознания, тип дыхания Чейн-Стокса, пульс - 120 в мин., АД -

80/60 мм рт. ст.

* + 1. цианоз, одышка, напряжение вен на шее, ЦВД - 150 мм водн. ст.
    2. без сознания, пульс не определяется, АД - не определяется

160. С ПЕРЕЛИВАНИЯ КАКИХ РАСТВОРОВ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ВОСПОЛНЕНИЕ ОЦК?

1. изотонических, кристаллоидных
2. коллоидных
3. высокомолекулярных декстранов
4. глюкозы
5. переливания крови

161. ПЕРВЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ТЕРАПИИ ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. введение аналгетиков
2. введение сердечных и сосудистых препаратов
3. переливание реополиглюкина
4. сделать венепункцию и начать переливание кровезаменителей
5. всё перечисленное
6. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ТРЕБУЕТ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ФОНЕ ШОКА?
   1. продолжающееся внутреннее кровотечение
   2. переломы конечностей
   3. переломы костей таза
   4. нарушение внутричерепного давления
   5. проникающее мелкоосколочное ранение грудной клетки

163. С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ПРОТИВОШОКОВУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА, ОСЛОЖНЕННОМ ШОКОМ?

1. переливания крови
2. первичной хирургической обработки раны
3. переливания глюкозо-новокаиновой смеси или реополиглюкина
   * 1. новокаиновой блокады
     2. витаминотерапии

164.ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК-ЭТО

* + - 1. своеобразная и весьма сложная реакция организма на травму, характеризующаяся расстройством жизненно важных функций организма
      2. экстремальное состояние организма, в основе которого лежит нарушение функции ЦНС и кровообращения в ответ на тяжелое повреждение
      3. истощение адаптационно-компенсаторной реакции организма в ответ на тяжелое повреждение
      4. термин, обозначающий ряд сходных клинических состояний, в основе которых лежит гиповолемия, гипоксия, гипотония
      5. острая сосудистая недостаточность в ответ на тяжелую травму

165. ЧАСТОТА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ МОЖЕТ СОСТАВИТЬ

1.5-7%

2.8-10%

3.11-20%

4.25-30%

5.до 40%

166. КАКИЕ РАССТРОЙСТВА ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ВОЗНИКАЮТ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ шоке?

1. кровообращения
2. дыхания
3. обмена
4. деятельности эндокринных желез
5. все правильно

167.К РАЗНОВИДНОСТЯМ ШОКА НЕ ОТНОСИТСЯ

1. травматический, геморрагический
2. плевропульмональный, кардиогенный, абдоминальный

3.послеоперационный

4.первичный, вторичный

* + 1. токсико-инфекционный, анафилактический

168. ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРОМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. гипоксия
  2. острая, массивная кровопотеря
  3. болевой синдром
  4. токсемия
  5. является всё перечисленное

169.К ЧЕМУ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИВОДЯТ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВЕНОСНОЙ СИСТЕМЕ?

* + - 1. значительному снижению кровотока в сосудах почек, печени, кишечника
      2. снижению барьера для микроорганизмов
      3. задержке токсинов в организме
      4. падению артериального давления
      5. углублению травматического шока

170.ОБЪЕМ СРЕДНЕЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ШОКЕ I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

1. почти 2,5 л
2. около 1 л
3. около 0,5 л
4. около 1,5 л
5. около 0,3 л

171.ОБЪЕМ СРЕДНЕЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ШОКЕ III СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

1. почти 2,5 л
2. около 0,5 л
3. около 1 л
4. около 2 л
5. около 1,5 л

172.ОБЪЕМ СРЕДНЕЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ШОКА СОСТАВЛЯЕТ

* + - * 1. более 2,5 л
        2. около 0,5 л
        3. около 1 л
        4. около 1,5 л
        5. около 0,3 л

173. ГДЕ ПРОИСХОДИТ ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ТРАВМУ?

* 1. в коре головного мозга
  2. в подкорковом веществе
  3. в спинном мозге
  4. в периферической нервной системе
  5. вегетативной нервной системе

174.ПРИ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ШОКОМ, НАИБОЛЕЕ РЕЗКО ВЫРАЖЕНЫ НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ?

* + 1. черепно-мозговой травме
    2. ранениях и закрытых повреждениях груди
    3. ранениях и закрытых повреждениях живота и таза
    4. ранениях опорно-двигательного аппарата
    5. бактериальном (септическом) шоке

175.ОСОБЕННО ЯРКО КАРТИНА ШОКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ

* 1. проксимальных отделов конечностей
  2. головы или позвоночника
  3. грудной клетки
  4. живота
  5. таза

176.К КЛАССИФИКАЦИИ ШОКА ПО КИССУ НЕ ОТНОСИТСЯ:

* 1. I степень - легкий шок
  2. II степень - средней тяжести
  3. III степень - тяжелый
  4. IY степень - крайне тяжелый
  5. относится всё

1. К ХАРАКТЕРНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФАЗЫ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. двигательное и речевое возбуждение
   2. нарушение ориентировки в окружающей обстановке
   3. боль, гиперемия кожных покровов
   4. нормальное или повышенное артериальное давление, учащение и напряжение пульса
   5. кратковременность течения
2. ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ТОРПИДНУЮ ФАЗУ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. снижение артериального давления
   2. учащение и ослабление пульса
   3. заторможенность
   4. утрата зрения
   5. бледность кожных покровов, липкий холодный пот

179. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ШОКА II СТЕПЕНИ?

* + 1. в сознании, пульс - 140 в 1 мин. определяется на центральных артериях, АД менее 60/20 мм рт. ст.
    2. без сознания, число дыханий 20 в 1 мин., пульс - 55 в 1 мин., АД - 120/80 мм рт. ст.
    3. заторможен, бледен, число дыханий в минуту - 20-22, пульс в пределах 120 в 1 мин., АД - 80/50 мм рт. ст.
    4. кожные покровы бледные, несколько заторможен, пульс - 90-

100 в 1 мин., АД - 90-100 мм рт. ст., ШИ - 1,0

* + 1. внезапная слабость, потеря сознания, АД 80/60 мм рт. ст.

180. КАКИЕ ПОКАЗАНИЯ ПОЧАСОВОГО ДИУРЕЗА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ШОКА III СТЕПЕНИ?

1. ниже 15 мл в час
2. 25-50 мл в час
3. 50-100 мл в час
4. 150 мл в час
5. анурия

181.КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЩИМ ДЛЯ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЙ: ОСТРАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ШОК, КОЛЛАПС, ОБМОРОК, ИНФЕКЦИЯ, НАРУШЕНИЕ ГАЗООБМЕНА, ГИПЕРТИРЕОЗ?

1. низкая температура тела
2. низкое АД
3. низкое ЦВД
4. брадикардия
5. тахикардия

182.КАКОМУ ШОКОВОМУ ИНДЕКСУ СООТВЕТСТВУЕТ СНИЖЕНИЕ ОЦК НА 30% (1,5-2,0 Л)?

1. 0,5
2. 1,0
3. 1,5
4. 2
5. 2,5
6. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, ЭЛЕМЕНТОМ ПРОФИЛАКТИКИ ШОКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   * 1. наложение асептических повязок
   1. остановка наружного кровотечения
   2. введение промедола из шприц-тюбика
   3. обеспечение иммобилизации подручными средствами
   4. дача алкоголя или спирт-морфинной смеси
7. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, ЭЛЕМЕНТОМ ПРОФИЛАКТИКИ ШОКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. освобождение шеи и груди пострадавшего от стесняющей одежды, освобождение дыхательных путей
   2. проведение искусственной вентиляции методом рот-рот, рот-нос, применение воздуховодов
   3. наложение окклюзионной повязки
   4. дача антибиотиков
   5. вынос (вывоз) раненых с поля боя
8. ЧТО МОЖЕТ ПОМОЧЬ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ДЕФИЦИТА ОЦК?
   1. показатель систолического АД
   2. показатель ЦВД
   3. показатель диуреза
   4. шоковый индекс
   5. показатели Hb, Ht
9. КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЦВД ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ШОКА (В ММ ВОДНОГО СТОЛБ1)?
   1. 40-100 мм
   2. не определяется
   3. менее 60 мм
   4. менее 80 мм
   5. менее 40 мм
10. ПРИ КАКОМ ПОКАЗАТЕЛЕ ЦВД НЕОБХОДИМО ВОСПОЛНЯТЬ ОЦК (В ММ ВОДНОГО СТОЛБ1)?
    1. 100 мм
    2. ниже 50 мм
    3. 50-100 мм
    4. 15 мм
    5. выше 15 мм
11. ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ БОРЬБЫ С ГИПОКСИЕЙ ПРИ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. окончательная остановка кровотечения
    2. переливание крови или эритроцитарной массы
    3. оксигенотерапия при помощи масок
    4. искусственная вентиляция легких (ИВЛ)
    5. гипербарическая оксигенация
12. ПРОГНОЗ ИСХОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

БЛАГОПРИЯТНЫЙ, ЕСЛИ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРОТИВОШОКОВОЙ ТЕРАПИИ НЕ ПРЕВЫШАЕТ

* 1. 6 часов
  2. 12 часов
  3. 24 часов
  4. 36 часов
  5. 48 часов

1. У БОЛЬНОГО ОГНЕСТРЕЛЬНЫЙ ПЕРЕЛОМ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ШОКОМ. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОТИВОШОКОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ С
   1. переливания крови
   2. первичной хирургической обработки раны
   3. новокаиновой блокады
   4. переливания глюкозо-новокаиновой смеси или реополиглюкина
   5. витаминотерапии
2. **Синдром длительного сдавления**

199. ЧТО, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ОПРЕДЕЛЯЕТ ТЯЖЕСТЬ КЛИНИКИ ПРИ СДС?

1. площадь сдавления
2. длительность сдавления
3. плазмопотеря
4. падение АД
5. падение ЦВД

200. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СДАВЛЕНИЯ ПРИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ СДС СОСТАВЛЯЕТ

1. 8 и более часов
2. до 6 часов
3. до 2 часов
4. не превышает 4 часов
5. 7-8 часов

201. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СДАВЛЕНИЯ ОДНОЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ СДС СОСТАВЛЯЕТ

1. 8 и более часов
2. до 2 часов
3. не превышает 4 часов
4. до 6 часов
5. 7-8 часов

202. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СДАВЛЕНИЯ ОДНОЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ СДС СОСТАВЛЯЕТ

1. до 2 часов
2. не превышает 4 часов
3. до 6 часов
4. 8 и более часов
5. 7-8 часов

203. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАННИЙ ПЕРИОД СДС?

* 1. острой почечной недостаточностью
  2. шоком
  3. местными проявлениями
  4. высокой смертностью
  5. всем перечисленным

1. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ШОКА ПРИ СДС ОТ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ЯВЛЯЕТСЯ
   1. токсемия
   2. интенсивность болей
   3. олигоурия, анурия
   4. сгущение крови
   5. низкое АД
2. ЧЕМ ВЫЗВАНА ТОКСЕМИЯ ПРИ СДС?
   1. гиперкалиемией
   2. гистамином, производными аденозинтрифосфата
   3. продуктами аутолитического распада белков
   4. адениловой кислотой, креатином, фосфором, альдолазой
   5. всем перечисленным

206. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ ПЕРИОД СДС?

* 1. острой почечной недостаточностью
  2. травматическим шоком
  3. местными проявлениями
  4. высокой смертностью
  5. неэффективностью консервативных мероприятий

1. ЧЕМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ ОПН В ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ ПЕРИОД СДС?
   1. рефлекторным спазмом почечных артериол
   2. появлением избыточного АДГ в крови
   3. закупоркой почечных канальцев глыбками миоглобина
      1. нарушением клубочковой фильтрации вследствие падения артериального давления
      2. расстройством функции канальцевого аппарата, связанным с токсическим влиянием продуктов распада
2. КАК ЛУЧШЕ ВСЕГО ИЗБЕЖАТЬ "ТОКСИЧЕСКИЙ УДАР" ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ СДАВЛЕНИЯ БОЛЕЕ 6-8 ЧАСОВ?
   1. не снимать жгут с конечности вплоть до ампутации
   2. произвести тугое бинтование конечности
3. охлаждать конечность
4. произвести регионарную детоксикацию, подключить донорскую печень
5. выполнить лимфосорбцию и направленный транспорт лекарств в травмированные ткани с помощью липосом
6. САМЫМ НАДЕЖНЫМ СРЕДСТВОМ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ ПРИ КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ СДС ЯВЛЯЕТСЯ
   1. наложение жгута на проксимальный отдел конечности до высвобождения из-под завала с последующим тугим бинтованием
   2. иммобилизация и проведение регионарной гипотермии
   3. быстрая и бережная эвакуация на этап квалифицированной (специализированной) помощи
   4. ампутация в ранние сроки
   5. проведение ГБО, гемодиализа, плазмо и лимфосорбции

210. ОСНОВНЫМ УСЛОВИЕМ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ ТЯЖЕЛОЙ И КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ СДС ЯВЛЯЕТСЯ

1. проведение комплексной терапии раннего периода
2. ампутация конечности
3. ампутация конечности до развития анурии
4. проведение комплексной терапии промежуточного периода
5. проведение гемодиализа, плазмо и лимфосорбции, ГБО

211. ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОГО ПЕРИОДА СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

1. острая почечная недостаточность
2. прогрессирующий травматический отек конечности
3. некроз кожи и мышц конечности
4. травматический неврит, контрактура суставов
5. острая печеночная недостаточность.

212. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТ РАННИЙ (НАЧАЛЬНЫЙ) ПЕРИОД СДС?

1. прогрессирующий травматический отек и кровоизлияния в ткани конечности
2. острая почечная недостаточность
3. травматический неврит, контрактура суставов
4. образование участков некроза кожи, мышц
5. острая печеночная недостаточность.

213.ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ СДС?

1. шок
2. ОПН
3. кровопотеря
4. плазмопотеря
5. токсемия
6. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЕМ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ СДС?
   * 1. длительность сдавления
     2. площадь сдавления
     3. развитие олигоанурии в первые сутки после сдавления
     4. сопутствующие травмы (переломы, повреждения внутренних органо3)
     5. масса травмированных тканей
7. М.И.КУЗИН В КЛАССИФИКАЦИИ СДС ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕ ВЫДЕЛЯЕТ
   * 1. агональное состояние
     2. 4-ю - крайне тяжелую степень
     3. 4-ю - тяжелую степень
     4. 4-ю - средней тяжести
     5. 1-ю - легкую степень
8. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СДАВЛЕНИЯ ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ СДС СОСТАВЛЯЕТ
   * 1. более 8 часов
     2. до 2 часов
     3. не превышает 4 часов
     4. до 6 часов
     5. 7-8 часов
9. ПРИ СДАВЛЕНИИ ДВУХ КОНЕЧНОСТЕЙ КРАЙНЕ ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ СДС РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ
   * 1. 4 часа
     2. 5 часов
     3. 6 часов
     4. 7-8 часов
     5. 8 и более часов
10. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ ПОПАДАНИЯ В КРОВЕНОСНОЕ РУСЛО МИОГЛОБИНА ПРИ СДС?
    1. выпадение в осадок кислого гематина на фоне ацидоза
    2. блокировка восходящего колена петли Генле
    3. нарушение фильтрационной способности канальцевого аппарата почек
    4. некроз паренхимы почки
    5. некроз канальцевого эпителия
11. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЗДНИЙ ПЕРИОД СДС?
    1. местными проявлениями (контрактуры, невриты и пр.)
    2. острой почечной недостаточностью
    3. травматическим шоком
    4. тяжелыми неврологическими расстройствами
    5. синдромом полиорганной недостаточности
12. НА ОСНОВАНИИ, КАКИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ РАЗВИТИЯ СДС ВСКОРЕ ПОСЛЕ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ЗАВАЛА?
    1. возникновения болей, наличия ушибов, ссадин
    2. сохраняющейся деформации мягких тканей и красного цвета мочи
    3. речевого и двигательного возбуждения
    4. угнетенного психо-эмоционального состояния
    5. тяжелой апатии
13. НА ЧТО ЖАЛУЕТСЯ ПОСТРАДАВШИЙ ВСКОРЕ ПОСЛЕ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ЕГО ИЗ ЗАВАЛА?
    1. на боль
    2. на отек освобожденной конечности, нарушение функции
    3. на отсутствие мочеиспускания
    4. на слабость, головокружение, тошноту
    5. жалоб не предъявляет
14. КОГДА ВОЗНИКАЕТ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ СДС?
    1. в момент начала сдавления
    2. в период сдавления
    3. вскоре после высвобождения из-под завала
    4. в начале и достигает максимума к концу периода сдавления
    5. в момент высвобождения из-под завала
15. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ СПАЗМА СОСУДОВ КОРКОВОГО СЛОЯ ПОЧЕК ПРИ СДС ЦЕЛЕСООБРАЗНО
    1. выполнение футлярной новокаиновой блокады выше места сдавления или жгута
    2. выполнение двусторонней паранефральной новокаиновой блокады
    3. внутривенное переливание до 1-1,5 литров 5% раствора глюкозы с инсулином
    4. внутривенное переливание до 300 мл 0,1% раствора новокаина
    5. введение манитола, фуросемида
16. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ ГИПОТЕРМИИ?
    1. снижение ацидоза
    2. понижение чувствительности тканей к гипоксии
    3. замедление проникновения продуктов распада в кровеносное русло
    4. предупреждение развития массивной гиперкалиемии
    5. аналгезирующий эффекта
17. К АЛГОРИТМУ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СДС НЕ ОТНОСИТСЯ
    1. наложить жгут перед освобождением из-под завала
    2. ввести промедол из шприц-тюбика
    3. произвести тугое бинтование конечности и снять жгут
    4. напоить горячим, обогреть, укутать
    5. обеспечить иммобилизацию
18. ПОМИМО НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА, ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ, ВВЕДЕНИЯ АНАЛГЕТИКОВ В ПОРЯДКЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СДС НЕОБХОДИМО
    1. обеспечить иммобилизацию
    2. ввести седативные препараты
    3. обеспечить регионарную гипотермию
    4. давать содо-щелочное питье
    5. всё правильно
19. **Раневая инфекция**

230. ПРИ ПЕРВИЧНОМ МИКРОБНОМ ЗАГРЯЗНЕНИИ БАКТЕРИИ В РАНУ ПОПАДАЮТ

1. в момент ранения
2. в первые минуты после ранения
3. до наложения асептической повязки
4. в течение всего времени нахождения раненого на поле боя
5. в период до первичной хирургической обработки раны

231. КАКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ВТОРИЧНОЕ БАКТЕРИАЛЬНОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ РАН?

1. сокращается срок до начала гнойного осложнения
2. резко возрастает вероятность гнойного осложнения раневого процесса
3. агравируется тяжесть инфекционного осложнения
4. возникает необходимость проведения дополнительных профилактических и лечебных мероприятий
5. удлиняются сроки лечения

232. ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВТОРИЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ РАН ЯВЛЯЕТСЯ

1. применение антибиотиков в ранние сроки
2. своевременная иммобилизация
3. своевременное и тщательное наложение асептической повязки
4. выполнение ПХО в ранние сроки
5. своевременная транспортировка раненого

233. ЧТО ПРЕПЯТСТВУЕТ ПЕРЕХОДУ МИКРОБНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ

* + ИНФЕКЦИЮ РАН?
    1. своевременное наложение повязки
    2. раннее и систематическое применение антибиотиков
    3. раннее применение антисептиков
    4. бережная и своевременная эвакуация
    5. всё перечисленное

1. ЧТО СЛУЖИТ НАДЕЖНЫМ ПРЕПЯТСТВИЕМ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ НАРЯДУ С ПОЛНОЦЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКОЙ РАНЫ?
   * 1. применение антибиотиков широкого спектра действия
     2. своевременная иммобилизация
     3. своевременное наложение асептической повязки
     4. применение антисептиков
     5. бережная и своевременная эвакуация
2. ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ГНОЙНЫХ ЗАТЕКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
   * 1. затруднение оттока отделяемого из раны
     2. низкая сопротивляемость организма
     3. наличие инородного тела
     4. особенности микробной флоры
     5. все правильно

236. ЧТО ТАКОЕ ФЛЕГМОНА?

* 1. ограниченная полость по ходу раневого канала или рядом с ним, отделение гноя из которой невозможно или затруднено
  2. воспаление тканей без четких контуров в результате диффузного гнойно-инфильтративного распространения
  3. пассивное распространение гноя за пределы раневого канала по ходу прослоек рыхлой клетчатки, сообщающееся с гнойной раной
  4. узкий канал, через который очаг нагноения сообщается с внешней средой или полыми органами
  5. воспалительный процесс, локализующийся преимущественно в области раны, вызывая при этом более или менее выраженную реакцию всего организма

1. ЧЕМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТОКСИКО-РЕЗОРБТИВНАЯ ЛИХОРАДКА?
   1. всасыванием из раны продуктов гнойно-гнилостного распада тканей, токсинов и самих микроорганизмов
   2. наличием гнойного очага
   3. высотой реакции организма на резорбцию из раны продуктов гнойно-гнилостного распада тканей, токсинов и самих микроорганизмов
   4. характером огнестрельной раны
   5. всё правильно
2. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НАЧАЛА СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ
   * 1. высокий подъем температуры с гектическими размахами
     2. высокая температура утром и вечером
     3. отсутствие четкой грани перехода от токсико-резорбтивной лихорадки к сепсису
     4. начало высевания патогенной микрофлоры из крови
     5. прогрессирующее снижение Hb, сдвиг формулы влево

239. ЧТО ВСЕГДА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ГНОЙНО-РЕЗОРБТИВНОЙ ЛИХОРАДКЕ ИЛИ СЕПСИСА?

* 1. абсцедирующие пневмонии
  2. раневое истощение
  3. множественные гнойничковые поражения кожи
  4. септицемия
  5. септикопиемия

1. ГЛАВНЫМ УСЛОВИЕМ УСПЕХА В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАН ЯВЛЯЕТСЯ
   1. антибиотикотерапия
   2. полноценная хирургическая обработка раны
   3. сульфаниламидотерапия
   4. переливания крови, белковых препаратов и глюкозосодержащих растворов
   5. физиотерапия
2. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ ПРИ СЕПСИСЕ?
   * 1. аггравация состояния больного
     2. неэффективность комплексной терапии
     3. агрессивное течение местного гнойного процесса
     4. отсутствие положительной динамики местного гнойного процесса
     5. всё перечисленное
3. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?
   1. местные аппликации
   2. внутримышечное введение антибиотика резерва
   3. внутривенное введение
   4. внутриартериальная регионарная перфузия
   5. внутрикостное введение
4. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСИТСЯ К МЕСТНЫМ ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЮ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ?
   1. обширность повреждения тканей
   2. размозжения тканей
   3. локализация ранений
   4. нарушения кровоснабжения раненой конечности
   5. всё правильно
5. ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ВАЖНЫМИ УСЛОВИЯМИ ПРОФИЛАКТИКИ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ
   1. своевременный розыск пострадавшего

2) раннее закрытие ран первичной защитной повязкой

* 1. своевременное и полноценное оказание первой помощи
  2. бережный вынос раненого и щадящая эвакуация
  3. всё перечисленные

1. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОБЩИХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ?
   * 1. появление лихорадки
     2. желтушная окраска кожи и склер
     3. «ножницы» между частотой пульса (тахикардия) и температурой
     4. состояние тяжелой депрессии
     5. частое поверхностное дыхание
2. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАЧАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ?
   * 1. распирающие боли в ране
     2. пятна на коже бурой, желтой, синей окраски
     3. проявление на коже пузырей с геморрагическим содержимым
     4. выпирающие из раны мышцы серого цвета (цвета «вареного мяса»)
     5. некроз всех тканей
3. У БОЛЬНОГО С АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ - СОСТОЯНИЕ КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОЕ, НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ РЕЗКО ОТЕЧНАЯ, ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И ДВИЖЕНИЯ В ПАЛЬЦАХ СТОПЫ ОТСУТСТВУЮТ, НАРАСТАЕТ ИНТОКСИКАЦИЯ. ЧТО СДЕЛАТЬ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ?
   * 1. дезинтоксикационная терапия
     2. гипербарическая оксигенация
     3. лампасные разрезы
     4. лампасные разрезы с иссечением мертвых тканей
     5. экзартикуляция конечности
4. КАКОВА РОЛЬ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН?
   1. стерилизуют рану
   2. угнетают жизнедеятельность микробной флоры
   3. никакой роли не играют, т. к. микробная флора не чувствительна к ним
   4. применение их вредно из-за аллергических реакций
   5. ухудшают течение раневого процесса.
5. ВТОРИЧНЫМ МИКРОБНЫМ ЗАГРЯЗНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОПАДАНИЕ БАКТЕРИЙ В РАНУ
   * + 1. при небрежной смене повязки
       2. при небрежных манипуляциях в ране
       3. в момент ПХО раны
       4. после ПХО раны
       5. после ранения
6. ПОД МИКРОФЛОРОЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ ПОНИМАЮТ
   * + - 1. первичное микробное загрязнение
         2. вторичное микробное загрязнение
         3. микробы, прошедшие отборочный рост в ране
         4. сапрофиты
         5. микробы анаэробной группы
7. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ СОСТАВЛЯЕТ ПЕРИОД ИНКУБАЦИИ ДЛЯ ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ШТАММОВ?

6-8 часов

до 12 часов

более 12 часов

до 24 часов

способность к размножению проявляется немедленно

1. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ СОСТАВЛЯЕТ ПЕРИОД ИНКУБАЦИИ ДЛЯ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ШТАММОВ?

способность к размножению проявляется немедленно

6-8 часов

до 12 часов

более 12 часов

до 24 часов

1. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ СОСТАВЛЯЕТ ПЕРИОД ИНКУБАЦИИ МИКРОФЛОРЫ ЕСЛИ ВОЗБУДИТЕЛЬ ИМЕЛ ПАССАЖ В ЖИВОТНОМ ИЛИ ЧЕЛОВЕКЕ?
   * 1. способность к размножению проявляется немедленно
     2. 6-8 часов
     3. до 12 часов
     4. более 12 часов
     5. до 24 часов
2. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ СКАЗЫВАЕТСЯ НА ВОЗНИКНОВЕНИИ ГНОЙНОГО ОСЛОЖНЕНИЯ РАНЫ?
   1. патогенность микробов
   2. наличие мертвых тканей
   3. наличие тканей с пониженной сопротивляемостью
   4. кровотечение
   5. сложность контуров раневого канала
3. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ИМЕЕТ ПРЯМОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРОФИЛАКТИКЕ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ?
   1. остановка наружного кровотечения
   2. введение промедола из шприц-тюбика
   3. дача таблетированного антибиотика
   4. иммобилизация
   5. проведение ГБО
4. К МЕСТНОЙ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. токсико-резорбтивная лихорадка
   2. абсцессы и флегмоны
   3. гнойные затеки и свищи
   4. тромбофлебиты
   5. лимфангоиты и лимфангиты
5. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПЯТИ

КЛАССИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ НАЛИЧИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА?

* 1. отек
  2. гиперемия и гипертермия
  3. болезненность
  4. гноетечение
  5. нарушение функции

1. О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ НАЛИЧИЕ ПЛОТНОГО БОЛЕЗНЕННОГО ИНФИЛЬТРАТА БЕЗ ЧЕТКИХ ГРАНИЦ?
   1. о флегмоне
   2. формировании абсцесса
   3. наличии глубоких затеков
   4. сформировавшемся глубоком абсцессе
   5. формировании свищевого хода
2. ЧТО ТАКОЕ АБСЦЕСС?
   1. пассивное распространение гноя за пределы раневого канала по ходу прослоек рыхлой клетчатки, сообщающееся с гнойной раной
   2. ограниченная полость по ходу раневого канала или рядом с ним, отделение гноя из которой невозможно или затруднено
   3. воспаление тканей без четких контуров в результате диффузного гнойно-инфильтративного распространения
   4. узкий канал, через который очаг нагноения сообщается с внешней средой или полыми органами
   5. воспалительный процесс, локализующийся преимущественно в области раны, вызывая при этом более или менее выраженную реакцию всего организма
3. ЧТО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАДО ИСКЛЮЧАТЬ ПРИ НАЛИЧИИ ЛИШЬ ОТЕЧНОСТИ ТКАНЕЙ С НЕБОЛЬШИМ ГНОЕТЕЧЕНИЕМ НА ФОНЕ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ?
   1. абсцесс
   2. лимфангит, лимфангоит
   3. гнойный затек
   4. тромбофлебит
   5. флегмону
4. ФЛЕГМОНА - ЭТО
   1. изолированная полость, возникшая по ходу узкого раневого канала или в стороне от него и отделенная от окружающих тканей гноеродной оболочкой
   2. пассивное распространение гноя по тканевым щелям за пределы раневого канала
   3. диффузное гнойно-инфильтративное не имеющее четких границ воспаление тканей, окружающих раневой канал
   4. узкий канал, через который очаг нагноения сообщается с внешней средой или полыми органами
   5. воспаление паравенозной клетчатки, а затем, и венозной стенки
5. ЧТО ТАКОЕ СВИЩ?
   1. истечение гноя из раны с узким выходом
   2. узкий раневой канал, соединяющий глубоко залегающий очаг воспаления с внешней средой
   3. узкий канал, через который очаг нагноения сообщается с внешней средой или полыми органами
   4. узкий ход, соединяющий гнойный затек с первичным очагом воспаления
   5. это отверстие, из которого изливается содержимое гнойного затека или абсцесса
6. ВАЖНЕЙШЕЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ТОКСИКО-РЕЗОРБТИВНОЙ ЛИХОРАДКИ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ЯВЛЯЕТСЯ ЕЕ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ НАЛИЧИЯ
   1. гнойных затеков
   2. абсцессов
   3. лимфаденита, лимфангита
   4. свищей
   5. первичного гнойного очага
7. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ СЕПСИСЕ СОСТАВЛЯЕТ
   1. несколько часов
   2. до 2-5 суток
   3. до 3 недель
   4. до месяца
   5. от нескольких часов до нескольких недель, месяцев и даже лет
8. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЛИХОРАДКИ ПРИ ОСТРОМ СЕПСИСЕ?
   1. стойкий субфебрилитет
   2. отсутствие закономерностей
   3. чередование периодов высокой температуры с периодами ремиссий
   4. высокая температура с большими размахами показателей утром и вечером
   5. высокая температура утром и вечером
9. ДЛЯ КЛИНИКИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО СЕПСИСА НЕ ХАРАКТЕРНО
   1. олигурия быстро сменяющаяся анурией
   2. нарастающее учащение пульса, усиления тахикардии
   3. первоначальный румянец сменяющийся бледностью
   4. тенденция к снижению, а затем, и падению артериального давления
   5. появление петехиальных кровоизлияний
10. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ДЛЯ ОСТРОГО СЕПСИСА НЕ ХАРАКТЕРНО
    1. наличие резкого сдвига формулы крови влево с наличием незрелых форм
    2. наличие нарастающей анемии
    3. резкое повышение СОЭ
    4. не критичность к своему состоянию вплоть до эйфории
    5. бессонница, возбуждение, раздражительность
11. СПЕЦИФИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАН У БОЛЬНЫХ С ПОНИЖЕННОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ
    1. антибиотиков
    2. сульфаниламидов
    3. переливания крови
    4. антистафилококковой плазмы или (и) гамма-глобулина
    5. белковых препаратов и глюкозосодержащих растворов
12. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ВТОРИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ ОСЛОЖНЕННОЙ ГНОЙНЫМ ПРОЦЕССОМ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. обкалывание раны раствором антибиотиков
    2. антибактериальная терапия после
    3. применение антисептиков в процессе операции
    4. широкое вскрытие гнойных затеков и объединение их в общую полость
    5. адекватное дренирование
13. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЛУЧШИМ ВАРИАНТОМ ЗАВЕРШЕНИЯ

ВТОРИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИНФИЦИРОВАННОЙ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. дренирование полупроницаемой мембраной по Селезову-Гракову
  2. промывное дренирование по Сызганову-Ткаченко
  3. тампонада по Микуличу с некролитической мазью
  4. рыхлое дренирование тампонами с некролитической мазью
  5. компрессионно-дистракционный остеосинтез по Илизарову

1. В ПЛАНЕ МЕРОПРИЯТИЙ НАПРАВЛЕННЫХ НА ЛЕЧЕНИЕ СЕПСИСА ПЕРВОЕ МЕСТО ЗАНИМАЕТ
   1. переливание крови, белковых препаратов и глюкозосодержащих растворов:
   2. массивная антибактериальная терапия
   3. оперативное вмешательство
   4. полноценное и богатое витаминами питание
   5. лечебная гимнастика, физиотерапевтические процедуры
2. ПОКАЗАНИЕМ К НАЛОЖЕНИЮ РАННЕГО ВТОРИЧНОГО ШВА НА РАНУ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. подвижные не фиксированные края раны
   2. наличие гипергрануляций
   3. медленное течение заживления вторичным натяжением
   4. атрофичность грануляций
   5. наличие остаточной полости в глубине раны
3. К КЛАССИФИКАЦИИ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ХАРАКТЕРУ МЕСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ ИМЕЮТ ОТНОШЕНИЯ ФОРМЫ
   1. с преобладанием газа (газовые формы)
   2. с преобладанием отека (злокачественный отек)
   3. с преобладанием некроза
   4. смешанные формы
   5. относится всё
4. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ОТНОСИТСЯ К ФАКТОРАМ СПОСОБСТВУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЮ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ?
   1. общее ослабление организма, вызванное утомлением, охлаждением, недоеданием
   2. состояние шока и значительной кровопотери
   3. множественность (два и более) ранений
   4. поздний вынос с поля боя, некачественная транспортная иммобилизация, тяжелые условия эвакуации
   5. запоздалая и неполноценная первая врачебная помощь
5. ГЛАВНЫМ СРЕДСТВОМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ РАЗВИТИЕ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
   1. первичная хирургическая обработка, достаточно радикальная и в возможно ранние сроки
   2. введение антибиотиков пенициллинового ряда
   3. введение противогангренозной сыворотки
   4. внутриартериальная инфузия
   5. переливание крови, кровезаменителей, витаминотерапия
6. ПЕРВИЧНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ В

ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ВЫПОЛНЯЮТ РАНЕНЫМ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ

* 1. ранениями, не сопровождающимися обширным размозжением и загрязнением ран
     + 1. ранениями, сопровождающимися обширным размозжением и загрязнением ран
       2. переломами
       3. ранениями магистральных сосудов
       4. проникающими ранениями

1. ПРОВОДИТСЯ ЛИ ПАССИВНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ ВВЕДЕНИЕМ ПГС ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?
   * + 1. не проводится
       2. проводится в обязательном порядке
       3. проводится при наличии рвано-размозженных и сильно загрязненных ран
       4. проводится при проникающих ранениях
       5. в зависимости от боевой и санитарной обстановки
2. К РАННИМ ПРИЗНАКАМ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕ ОТНОСИТСЯ
   * + 1. возникновение или усиление болей в ране
       2. резкое учащение пульса с опережением температуры
       3. гектические размахи температуры, обильный пот
       4. нарастание отека пораженной конечности
       5. сухая рана с грязно-серым налетом
3. КАК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НАРАСТАНИЕ ОТЕКА КОНЕЧНОСТИ?
   * + 1. пальпаторно
       2. наложением лигатуры
       3. визуально
       4. визуально, сравнивая с контралатеральной конечностью
       5. по рентгенограммам
4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. скопление в тканях пузырьков газа
   2. интенсивное уплотнение мягких тканей
   3. наличие "пчелиных сот" на фоне подкожной клетчатки
   4. рисунок "перистых облаков" или "елочки" на фоне мышц
   5. менее характерные просветления газа
5. В ПОЛИВАЛЕНТНУЮ СМЕСЬ ПРОТИВОГАНГРЕНОЗНОЙ СЫВОРОТКИ НЕ ВХОДИТ СЫВОРОТКА
   * 1. antiperfringers
     2. antioedematiens
     3. antihistolyticum
     4. antisepticum
6. все входят

282. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. применение лечебных доз (150 000 АЕ) антитоксической (противогангренозной) сыворотки в/м и в/в
  2. оперативное вмешательство
  3. переливание крови, кровезаменителей, гемодеза, витаминотерапия
  4. гипербарическая оксигенация
  5. ежедневная смена повязок с 3% раствором перекиси водорода

1. КАКИЕ ИЗ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ДАЮТ СРАВНИТЕЛЬНО ХУДШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ?
   1. ампутации
   2. экзартикуляции
   3. широкие лампасные разрезы на пораженном сегменте конечности
   4. широкие лампасные разрезы на поражденном участке других отделов тела
   5. разрезы, сочетающиеся с иссечением пораженных тканей
2. ЧТО ДЕЛАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНО, ЕСЛИ ЭКЗАРТИКУЛЯЦИЯ КОНЕЧНОСТИ ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ ЗОНУ АНАЭРОБНО ПОРАЖЕННЫХ ТКАНЕЙ?
   1. лампасные разрезы
   2. обрабатывать рану перекисью водорода
   3. обрабатывать рану перманганатом калия
   4. обкалывать ткани выше поражения раствором пенициллина
   5. проводить ГБО
3. В ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ НЕ ВХОДИТ
   1. массивная антибактериальная терапия
   2. переливание больших доз крови
   3. переливание больших количеств белковых, глюкозосодержащих и пр. препаратов - до 3 л в сутки
   4. переливание антитоксических и др. препаратов
   5. ГБО
4. У БОЛЬНОГО С АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ СОСТОЯНИЕ КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОЕ. КОНЕЧНОСТЬ РЕЗКО ОТЕЧНА, НАРАСТАЕТ ИНТОКСИКАЦИЯ. ЧТО ДЕЛАТЬ?
   1. провести дезинтоксикационную терапию
   2. провести гипербарическую оксигенацию
   3. сделать лампасные разрезы
   4. сделать лампасные разрезы с иссечением мертвых тканей
   5. произвести экзартикуляцию конечности
5. КАК ПРОИЗВОДИТЬ ОБРАБОТКУ ИНСТРУМЕНТАРИЯ В УСЛОВИЯХ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ?
   1. подвергать обжиганию
   2. сжигать
   3. помещать в 2% раствор бикарбоната натрия на 30-60 минут, затем кипятить в течение 1 часа и стирать
   4. антисептическими растворами (2-3% раствор карболовой кислоты, 2-3% раствор лизола и др.)
   5. после механической очистки стерилизовать в 2% растворе бикарбоната натрия путем кипячения
      1. **Комбинированные поражения**
6. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ СВЕТОВЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ ПРИ ЯДЕРНОМ ВЗРЫВЕ?
   1. мощный поток энергии
   2. мощный световой поток
   3. мощный ультразвуковой поток
   4. резкое повышение температуры воздуха
   5. мощный инфразвуковой поток
7. ЧЕМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОРАЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ УДАРНОЙ ВОЛНЫ?
   1. избыточным давлением во фронте
   2. скоростным (динамическим) давлением
   3. временем распространения
   4. временем действия
   5. всеми перечисленными факторами

290. ЧТО ПРОИСХОДИТ В ПОЛЫХ ОРГАНАХ ПРИ ПРЯМОМ ДЕЙСТВИИ УДАРНОЙ ВОЛНЫ ПРИ ЯДЕРНОМ ВЗРЫВЕ?

1. вторичные ударные волны
2. ушибы тканей
3. раздавливание тканей
4. сжатие тканей
5. всё перечисленное

291. КОМБИНИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ВОЗНИКАЮТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ

1. трех и более поражающих факторов
2. двух и более поражающих факторов
3. одного поражающего фактора, но на разные сегменты тела
4. одного поражающего фактора, но на разные системы организма
5. одним из поражающих факторов непременно является психический

292. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОМБИНИРОВАННЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. перелом бедра, голени и предплечья
2. черепно-мозговая травма и огнестрельное ранение живота
3. ожог туловища, лица, правого бедра
4. огнестрельное ранение грудной клетки и поражение радиацией в дозе 210 рентген
5. оскольчатый двойной перелом плечевой кости

293. СУТЬЮ СИНДРОМА ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. ухудшение течения всех патологических процессов
  2. ухудшение течения только механических повреждений
  3. усиление только степени лучевой болезни
  4. ухудшение течения только термических повреждений
  5. ухудшение течения только местных процессов, а общее состояние организма не страдает

1. ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ШОКА ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ?
   1. от обширности и тяжести ранения и ожогов мягких тканей
   2. наличия переломов длинных трубчатых костей и других массивных костных образований
   3. наличия повреждений внутренних органов
   4. большого объема кровопотери
   5. всего перечисленного
2. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОДОМ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ?
   1. первичная реакция
   2. скрытый
   3. разгар
   4. затихания
   5. восстановления

296. УКАЖИТЕ ДОЗУ ВНЕШНЕГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ

1. 25-40 R
2. 40-70 R
3. 70-90 R
4. 90-110 R
   1. более 110 R
5. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КРАЙНЕ ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ?
   1. выраженной первичной реакцией
   2. длительностью скрытого периода до 3 суток
   3. лейкопенией менее 100 в 1 мм/куб.
   4. тромбоцитопенией менее 300 в 1 мм/куб.
   5. всем выше перечисленным
6. КАКОЙ СИНДРОМ ВОЗНИКАЕТ В ПЕРИОДЕ РАЗГАРА ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ?
   1. геморрагический
   2. гипертензионный
   3. диспепсический
   4. болевой
   5. синдром отмены

299. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПЕРИОДА РАЗГАРА ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ?

1. замедлением свёртывания крови
2. повышением свёртываемости крови
3. склонностью к тромбообразованию
4. множеством поверхностных кровоизлияний
5. кровоизлияниями в различные ткани и органы

300. ЧТО ДЕЛАТЬ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ В ПЕРИОД РАЗГАРА ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ?

* + 1. проводить тщательный гемостаз в ране
    2. проводить заместительное переливание крови
    3. проводить интенсивную терапию, направленную на повышение свертываемости крови
    4. всё перечисленное
    5. никакая терапия эффекта не даёт

301. ОСОБЕННОСТЯМИ ПХО РАН, ЗАРАЖЕННЫХ РВ, ЯВЛЯЮТСЯ

1. радикальное иссечение тканей
2. экономное иссечение ткани
3. тщательный гемостаз
4. промывание ран 3% раствором перекиси водорода
5. промывание ран 1% раствором риванола или изотоническим раствором хлорида натрия
   1. ПРАВИЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ НА ЭТАПЕ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ РАДИАЦИОННОМ ПОРАЖЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
   2. заживление ран в скрытом периоде лучевой болезни
      1. заживление ран и ожоговых поверхностей
      2. предотвращение присоединения вторичной инфекции
      3. своевременная ПХО ран или некрэктомия при глубоких ожогах
      4. предотвращение синдрома взаимного отягощения

303. ЧЕМУ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СОДЕЙСТВУЕТ ЗАЖИВЛЕНИЕ РАНЫ В СКРЫТЫЙ ПЕРИОД ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ?

* 1. укорочению сроков возврата в строй
  2. скорейшему выздоровлению
  3. предотвращению гнойного осложнения ран
  4. предотвращение синдрома взаимного отягощения
  5. ослаблению синдрома взаимного отягощения

1. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВЫБЕРИТЕ КОМБИНИРОВАННОЕ
   1. перелом бедра, голени и предплечья
   2. черепно-мозговая травма и огнестрельное ранение живота
   3. ожог туловища, лица, правого бедра
   4. огнестрельное ранение грудной клетки и поражение радиацией в дозе 20 рентген
   5. оскольчатый двойной перелом плечевой кости
2. К ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ЯДЕРНЫХ ВЗРЫВАХ НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. резко возрастает количество пораженных и нуждающихся в медицинской помощи
   2. возникают значительные потери медперсонала
   3. страдают покрытия дорог, мосты, техника, что ведет к замедлению доставки раненых на этапы эвакуации
   4. в развитии синдрома взаимного отягощения
   5. характерная морфология огнестрельной раны
3. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ВЫЗЫВАЕТ ОЖОГИ?
   1. ультрафиолетовое облучение
   2. инфракрасное облучение
   3. раскаленный воздух
   4. пламя загорающихся зданий, одежды и т.д.
   5. вольтова дуга
4. ЧТО ТАКОЕ ВТОРИЧНЫЕ ОЖОГИ ОТ СВЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ЯДЕРНОМ ВЗРЫВЕ?
   1. ожоги от воздействия светового потока
   2. ожоги в результате возгорания зданий, одежды, раскалённым воздухом
   3. ожоги от воздействия ультрафиолетовых лучей
   4. ожоги от воздействия инфракрасных лучей
   5. всё перечисленное
5. СКОЛЬКО ПРИМЕРНО ПРОЦЕНТОВ ЭНЕРГИИ ПРИ ЯДЕРНОМ ВЗРЫВЕ УХОДИТ НА ОБРАЗОВАНИЕ УДАРНОЙ ВОЛНЫ?
   1. 20%
   2. 30%
   3. 40%
   4. 50%
   5. 60%
6. ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ ТЯЖЁЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОТ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ УДАРНОЙ ВОЛНЫ ПРИ ЯДЕРНОМ ВЗРЫВЕ?
   1. сжатием тканей
   2. возникновением вторичных повреждений в результате отбрасывания тела
   3. неодинаковым ускорением различных частей тела, имеющих разную массу
   4. ничем из перечисленного
   5. всем перечисленным
7. ЧТО ПРОИСХОДИТ В ТКАНЯХ ПРИ ПРЯМОМ ДЕЙСТВИИ УДАРНОЙ ВОЛНЫ ЯДЕРНОГО ВЗРЫВА?
   1. гидравлический удар
   2. разрывы мышц, сухожилий
   3. кратковременные высокие напряжения
   4. длительное высокое напряжение
   5. синдром длительного сдавливания
8. КАКОЕ КРОМЕ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ УДАРНОЙ ВОЛНЫ ЯДЕРНОГО ВЗРЫВА ВЫ ЗНАЕТЕ?
   1. побочное
   2. косвенное
   3. окаймляющее
   4. всё неправильно
   5. всё правильно
9. ПОВРЕЖДЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ КОСВЕННОГО ДЕЙСТВИЯ УДАРНОЙ ВОЛНЫ ЯДЕРНОГО ВЗРЫВА
   1. возникают только при падении, отбрасывании тела, ударах о грунт
   2. возникают от воздействия воздушной волны
   3. наносятся обломками разрушающихся зданий, сооружений, техники
   4. причиняются отражённой воздушной волной
   5. возникают при падении, отбрасывании тела, наносятся обломками разрушающихся зданий и т.д.
10. КОМБИНИРОВАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. ранение одним снарядом нескольких областей тела
    2. ранение несколькими ранящими снарядами одной или нескольких анатомических областей
    3. одновременное поражение несколькими факторами: ожог, механические повреждения
    4. повреждение нескольких органов одной полости
    5. одновременное повреждение костей, мышц, сосудов и нервов
11. СИНДРОМ ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЗАВИСИТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОТ ТЯЖЕСТИ
    1. лучевых поражений
    2. механических и термических повреждений
    3. обширности только термических повреждений
    4. только механических повреждений
    5. в одинаковой степени, как от лучевых, так и механических и термических
12. ВОПРОСОМ ТАКТИКИ ПРИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ РАН, ВОЗНИКШИХ В СКРЫТОМ ПЕРИОДЕ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ
    1. предотвращение гнойных осложнений ран
    2. ликвидация гнойного осложнения до разгара лучевой болезни
    3. проведение массивной антибактериальной терапии
    4. локализация гнойных осложнений в месте повреждения ,если не удаётся их ликвидировать
    5. возмещение потери крови
13. ЧТО, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ПОВЫШАЕТ ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ШОКА ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ?
    1. обширность и тяжесть ранения мягких тканей и ожогов
    2. наличие переломов длинных трубчатых костей и др. массивных костных образований
    3. наличие повреждений внутренних органов
    4. большой объем кровопотери
    5. всё выше перечисленное
14. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ШОКА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ РАДИАЦИОННОМ ПОРАЖЕНИИ?
    1. синдром взаимного отягощения
    2. обратимость шоковых реакций
    3. необратимость процесса с начала стадии разгара лучевой болезни
    4. атипичность течения шока
    5. агрессивность течения шока
15. ЧИСЛО ИЗОЛИРОВАННЫХ ЛУЧЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ВЗРЫВАХ ЯДЕРНЫХ БОМБ СРЕДНЕЙ МОЩНОСТИ?
    * 1. будет минимальным
      2. будет максимальным

3) от мощности ядерного взрыва не зависит

* 1. будет преобладающим
  2. примерно равно числу комбинированных поражений

1. ЧИСЛО ИЗОЛИРОВАННЫХ ЛУЧЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ВЗРЫВАХ ЯДЕРНЫХ БОМБ МАЛОЙ МОЩНОСТИ
   1. не возникают
   2. будет минимальным
   3. будет преобладать
   4. от мощности взрыва не зависит
   5. заметно возрастает по сравнению с числом при взрывах большей мощности
2. ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО СТЕПЕНЬЮ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. легкая степень
   2. средней тяжести
   3. тяжелая
   4. смертельная
   5. крайне тяжелая
3. УКАЖИТЕ ДОЗУ ВНЕШНЕГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ
   1. 50-75 R
   2. 100-125 R
   3. 150-250 R
   4. 250-400 R
   5. 400-700 R
4. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ?
   1. выраженной первичной реакцией
   2. длительностью скрытого периода в 3-4 недели
   3. лейкопенией до 1500-2000 в 1 мм/куб.
   4. тромбоцитопенией менее 10000 в 1 мм/куб.
   5. всем вышеперечисленным
5. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ?
   1. выраженной первичной реакцией
   2. длительностью скрытого периода в 3-4 недели
   3. лейкопенией менее 1000 в 1 мм/куб.
   4. тромбоцитопенией до 40-50 тыс. в 1 мм/куб.
   5. всем вышеперечисленным
6. УКАЖИТЕ ДОЗУ ВНЕШНЕГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ
   1. 100-150 R
   2. 150-250 R
   3. 250-400 R
   4. 400-700 R
   5. 700-900 R
7. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ?
   1. короткой первичной реакцией
   2. длительностью скрытого периода в 3-4 недели
   3. лейкопенией менее 1000 в 1 мм/куб.
   4. тромбоцитопенией до 40-50 тыс. в 1 мм/куб.
   5. всем вышеперечисленным
8. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ?
   1. короткой первичной реакцией
   2. длительностью скрытого периода в 1-3 недели
   3. лейкопенией до 1500-2000 в 1 мм/куб.
   4. тромбоцитопенией менее 40000 в 1 мм/куб.
   5. всем выше перечисленным
9. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ?
   1. короткой первичной реакцией
   2. длительностью скрытого периода до 3 суток
   3. лейкопенией менее 1000 в 1 мм/куб.
   4. тромбоцитопенией менее 30000 в 1 мм/куб.
   5. всем выше перечисленным
10. УКАЖИТЕ ДОЗУ ВНЕШНЕГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ КРАЙНЕ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ
    1. более 700 R
    2. более 900 R
    3. 250-400 R
    4. 400-700 R
    5. более 1100 R
11. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КРАЙНЕ ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ?
    1. изнурительной первичной реакцией (10-12 часов)
    2. длительностью скрытого периода в 1-3 недели
    3. лейкопенией менее 1000 в 1 мм/куб.
    4. тромбоцитопенией менее 30000 в 1 мм/куб.
    5. всем выше перечисленным
12. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ОСОБЕННОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ВО ВРЕМЯ ПЕРВИЧНЫХ РЕАКЦИЙ И СКРЫТЫЙ ПЕРИОД ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ?
    1. особенностей нет
    2. частые инфекционные осложнения раневого процесса
    3. повышенная кровоточивость ран
    4. отсутствие отторжения некротизированных тканей
    5. угнетение репаративных процессов
13. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ХАРАКТЕРНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ

ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ РАДИАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ?

* 1. задержка начала консолидации
  2. медленное и несовершенное образование костной мозоли
  3. наклонность к образованию ложных суставов
  4. ранний и выраженный остеопороз
  5. рассасывание уже сформировавшейся костной мозоли

1. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ НА МЕСТНОСТИ ЗАРАЖЁННОЙ ПРОДУКТАМИ ЯДЕРНОГО ВЗРЫВА?
   1. освободить полость рта и носовые ходы от грязи и пыли и одеть противогаз
   2. произвести остановку наружного кровотечения
      1. дать таблетированные антибиотики
      2. наложить асептическую повязку
      3. обеспечить иммобилизацию сломанной конечности подручными средствами
2. К МЕРОПРИЯТИЯМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ЗАЖИВИТЬ РАНУ В СКРЫТОМ ПЕРИОДЕ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ, НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. своевременное проведение полного объёма специальной обработки
   2. своевременная массивная общая и местная антибактериальная терапия
   3. своевременная и радикальная ПХО ран
   4. ампутация на уровне неповреждённых тканей
   5. наложение первичных, отсроченных первичных и ранних вторичных швов
      * 1. **Термические поражения**
3. К ОЖОГУ II СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ:
   1. высушивание и ороговение кожи
   2. эритема кожи
   3. образование пузырей
   4. неполный некроз кожи
   5. гибель собственно кожи
4. К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ОЖОГА IIIА СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ
   1. болевая чувствительность снижена, тонкий сухой светло-коричневый или белесовато-серый влажный струп, могут появляться толстостенные пузыри, нередки розовые участки
   2. струп сухой плотный, темно-коричневого цвета или серовато-мраморного цвета и тестоватой консистенции
   3. покраснение и отек кожи, сопровождающиеся жгучей болью
   4. сильные боли, выраженный отек, пузыри заполненные прозрачной желтоватой жидкостью с подлежащей ярко-розовой блестящей раневой поверхностью
   5. струп толстый и плотный, иногда черного цвета с признаками обугливания
5. ПРИ КАКОМ ДИАМЕТРЕ ОЖОГА IIIБ-IY СТЕПЕНИ БЕССМЫСЛЕННО ОЖИДАТЬ ЗАЖИВЛЕНИЯ ОЖОГА?
   * + 1. при глубоких ожогах даже мелкие раны самостоятельно не заживают
       2. более 20 см
       3. более 5 см
       4. более 15 см
       5. более 10 см
6. КАК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПЛОЩАДЬ РАНЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ОЖОГАХ НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ?
   1. по правилу девяток
   2. отпечатками резиновых штампов
   3. методом Вилявина
   4. по правилу ладони
   5. маркировкой на силуэте человека
7. ТЯЖЕСТЬ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЗАВИСИТ ОТ
   1. глубины ожога и площади ожоговой поверхности
   2. возраста пострадавшего
   3. иммунных особенностей организма
   4. степени ожога
   5. только от площади ожоговой поверхности
8. ЧТО ПРОИСХОДИТ С КРОВЬЮ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЛАЗМОПОТЕРИ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ?
   1. гемоконцентрация
   2. гемолиз эритроцитов
   3. азотемия
      * 1. накопление токсических продуктов: гистамина, лейкотоксина, кинина и пр.
      1. всё правильно
9. ЧЕГО НЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ОСТРОЙ ОЖОГОВОЙ ТОКСЕМИИ?
   1. вторичной почечной недостаточности
   2. параличей, парезов
   3. токсического гепатита
   4. токсико-инфекционных психозов
10. ПЕРВИЧНЫЙ ТУАЛЕТ ОЖОГОВОЙ РАНЫ ПРОИЗВОДЯТ ПРИ ОКАЗАНИИ
    1. первой медицинской помощи
    2. доврачебной помощи
    3. первой врачебной помощи
    4. квалифицированной помощи
    5. специализированной помощи
11. КАКОВА МИНИМАЛЬНАЯ СТЕПЕНЬ ОЖОГА, КОТОРАЯ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ?
    1. I
    2. II
    3. IIIА
    4. IIIБ
    5. IY
12. ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ СТЕПЕНЬ ОЖОГА ОТ СВЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ?
    1. длительности и интенсивности светового излучения
    2. температуры окружающей среды (зима-лето)
    3. интенсивности светового излучения
    4. толщины одежды
    5. сопротивляемости организма
13. ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ПОРАЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ОГНЕСМЕСЕЙ?
    1. вида смеси
    2. способа применения
    3. условий, при которых они применены
    4. степени защищенности войск
    5. всего перечисленного
14. ПЕРВОЙ ЗАДАЧЕЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ОБОЖЖЕННЫМ ОГНЕСМЕСЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. прекращение действия поражающего фактора
    2. проведение простейших реанимационных мероприятий
    3. наложение асептических повязок
    4. введение обезболивающих средств
    5. удаление пострадавших из очага поражения
15. У БОЛЬНОГО ОЖОГ ПЛАМЕНЕМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ IIIБ—IV СТЕПЕНИ. ПЛОТНЫЙ СТРУП ТЕМНОГО ЦВЕТА ОХВАТЫВАЕТ ГРУДНУЮ КЛЕТКУ, ВЫЗЫВАЯ ОГРАНИЧЕНИЕ ЭКСКУРСИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ОДЫШКУ. ЧТО ДЕЛАТЬ?
    1. некрэктомия
    2. некротомия
    3. трахеотомия
    4. ингаляция кислородом
    5. искусственная вентиляция легких.
16. ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ОЖОГОВ ХАРАКТЕРНО
    1. наличие струпа
    2. гиперемия и отечность кожи
    3. наличие напряженных пузырей с серозным содержимым
    4. наличие напряженных пузырей с геморрагическим содержимым
    5. сине-багровая увлажненная кожа
17. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОЛОЖЕНЫ В ОСНОВУ КЛАССИФИКАЦИИ СТЕПЕНЕЙ ОЖОГОВОГО ШОКА? ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ПРИЗНАКОВ: А)ТАХИКАРДИЯ; Б)СОСТОЯНИЕ СОЗНАНИЯ; В) УРОВЕНЬ ДИУРЕЗА; Г) ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ
    1. А, В, Г
    2. А, Б, Г
    3. Б, В, Г
    4. А, Б, В
    5. Б, В
18. К МЕРОПРИЯТИЯМ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПОРАЖЕННЫМ ОГНЕСМЕСЯМИ НЕ ОТНОСИТСЯ
    1. введение аналгетиков
    2. смена повязок
    3. исправление плохо наложенных повязок
    4. насильственное раскрытие рта при тепловой контрактуре жевательных мышц и отеке губ
    5. введение воздуховода (по показаниям)
19. ЧТО ТАКОЕ ОЖОГ?
    * 1. местное повреждение тканей в результате воздействия высоких температур
      2. местное повреждение тканей в результате воздействия высоких температур, химических веществ и электротока
      3. местное повреждение тканей в результате воздействия химических веществ и электротока
      4. местное повреждение тканей в результате воздействия высоких температур и действия тока
      5. местное повреждение кожи и глубжележащих тканей в результате воздействия высоких температур, химических веществ
20. СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ
    * 1. две степени поражения
      2. три степени поражения
      3. четыре степени поражения
    1. пять степеней поражения
    2. шесть степеней поражения
21. КАКИЕ ОЖОГИ ОТНОСЯТСЯ К ПОВЕРХНОСТНЫМ?
    1. I степени
    2. I и II степени
    3. I, II и IIIA степени
    4. I, II, IIIA и IIIБ степени
    5. I, II, IIIА, IIIБ и IV степени
22. КАКИЕ ОЖОГИ ОТНОСЯТСЯ К ГЛУБОКИМ?
    1. IV степени
    2. IIIБ и IV степени
    3. IIIА, IIIБ и IV степени
    4. II, IIIА, IIIБ и IV степени
    5. I, II, IIIА, IIIБ и IV степени
23. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ЗАЖИВЛЕНИЮ ПОВЕРХНОСТНЫХ ОЖОГОВ?
    1. первичное натяжение
    2. вторичное натяжение
    3. рост от сосочкового слоя
    4. рост сразу по всей поверхности ожога
    5. всё правильно
24. КАКИМ РУБЦОМ ПРОТЕКАЕТ ЗАЖИВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ?
    1. вообще без рубца
    2. грубым, деформированным, часто келоидным
    3. гладким, не изъязвляющимся, не мешающим ношению обуви, одежды
    4. легко повреждающимся даже при небольшом трении, часто изъязвляющимся рубцом
    5. и тем и другим
25. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ЗАЖИВЛЕНИЮ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ?
    1. первичное натяжение
    2. вторичное натяжение
    3. рост от края сохранившихся участков кожи
    4. по всей поверхности ожога формируются грубые рубцы
    5. самостоятельно заживают раневые поверхности диаметром не более 5 см
26. К ОЖОГУ I СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ
    1. покраснение кожи с образованием пузырей
    2. высушивание и ороговение кожи
    3. образование пузырей с толстой стенкой
    4. эритема, отек кожи, жгучие боли
    5. образование пузырей с тонкой стенкой
27. К МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ОЖОГА II СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ
    1. гибель и отслойка наружных слоев эпидермиса, образование пузырей
    2. частичный некроз кожи с сохранением глубжележащих слоев дермы
    3. полная гибель кожи
    4. омертвение кожи и глубжележащих тканей
    5. гиперемия и отечность кожи
28. К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ОЖОГА II СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ
    1. болевая чувствительность снижена, тонкий сухой светло-коричневый или белесовато-серый влажный струп, могут появляться толстостенные пузыри, нередки розовые участки
    2. струп сухой плотный, темно-коричневого цвета или серовато-мраморного цвета и тестоватой консистенции
    3. покраснение и отек кожи, сопровождающиеся жгучей болью
    4. сильные боли, выраженный отек, пузыри заполненные прозрачной желтоватой жидкостью и, по снятию пузырей, ярко-розовая блестящая раневая поверхность
    5. струп толстый и плотный, иногда черного цвета с признаками обугливания
29. УКАЖИТЕ ПРИМЕРНЫЕ СРОКИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ОЖОГА II СТЕПЕНИ, НЕ ОСЛОЖНЕННОГО РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
    1. 2-3 недели
    2. до 4 недель
    3. 5-7 дней
    4. 8-10 дней
    5. 12-14 дней
30. К МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ОЖОГА IIIА СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ
    1. гибель и отслойка наружных слоев эпидермиса, образование пузырей
    2. частичный некроз кожи с сохранением глубжележащих слоев дермы
    3. полная гибель кожи
    4. омертвение кожи и глубжележащих тканей
    5. гиперемия и отечность кожи
31. К ОЖОГУ IIIА СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ
    1. образование струпа и обугливание кожи
    2. образование пузырей
    3. неполный некроз кожи
    4. тотальный некроз всех слоев кожи
    5. некроз кожи и глубжележащих тканей
32. ПРИ ОЖОГЕ IIIА СТЕПЕНИ БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОБЛАСТИ ПОРАЖЕНИЯ
    1. умеренно снижена
    2. значительно снижена
    3. повышена
    4. сохранена
    5. отсутствует
33. УКАЖИТЕ ПРИМЕРНЫЕ СРОКИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ОЖОГА IIIА СТЕПЕНИ, НЕ ОСЛОЖНЕННОГО РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
    1. 5-7 дней
    2. 8-10 дней
    3. 12-14 дней
    4. 2-3 недели
    5. до 4 недель
34. УКАЖИТЕ ПРИМЕРНЫЕ СРОКИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ОЖОГА IIIА СТЕПЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
    1. 12-14 дней
    2. 4-6 недель
    3. 7-8 недель
    4. 2-3 недели
    5. до 4 недель
35. К МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ОЖОГА IIIБ СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ
    1. гибель и отслойка наружных слоев эпидермиса, образование пузырей
    2. частичный некроз кожи с сохранением глубжележащих слоев дермы
    3. тотальный некроз всех слоев кожи
    4. омертвение кожи и глубжележащих тканей
    5. гиперемия и отечность кожи
36. ПРИ ОЖОГЕ IIIБ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕННАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
    1. гиперемией
    2. гиперемией и отеком
    3. наличием пузырей на гиперемированной поверхности
    4. темно-коричневым или серовато-мраморным струпом
    5. плотным черным струпом
37. К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ОЖОГА IIIБ СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ
    1. болевая чувствительность снижена, тонкий сухой светло-коричневый или белесовато-серый влажный струп, могут появляться толстостенные пузыри, нередки розовые участки
    2. болевая чувствительность снижена, струп сухой плотный, темно-коричневого или серовато-мраморного цвета и тестоватой консистенции
    3. покраснение и отек кожи, сопровождающиеся жгучей болью
    4. сильные боли, выраженный отек, пузыри заполненные прозрачной желтоватой жидкостью с подлежащей ярко-розовой блестящей раневой поверхностью
    5. струп толстый и плотный, иногда черного цвета с признаками обугливания
38. ПРИ ОЖОГЕ IIIБ СТЕПЕНИ ОСТРАЯ БОЛЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ
    1. секунды
    2. минуты
    3. часы
    4. несколько суток
    5. несколько недель
39. К МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ОЖОГА IY СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ
    1. гибель и отслойка наружных слоев эпидермиса, образование пузырей
    2. частичный некроз кожи с сохранением глубжележащих слоев дермы
    3. полная гибель кожи
    4. омертвение кожи и глубже лежащих тканей
    5. гиперемия и отечность кожи
40. К ОЖОГУ IV СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ
    1. образование струпа и обугливание кожи
    2. образование пузырей
    3. неполный некроз кожи
    4. тотальный некроз всех слоев кожи
    5. некроз кожи и глубжележащих тканей
41. К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ОЖОГА IY СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ
    1. струп толстый и плотный, иногда черного цвета с признаками обугливания
    2. струп сухой плотный, темно-коричневого цвета или серовато-мраморного цвета и тестоватой консистенции
    3. покраснение и отек кожи, сопровождающиеся жгучей болью
    4. сильные боли, выраженный отек, пузыри заполненные прозрачной желтоватой жидкостью и, по снятию пузырей, ярко-розовая блестящая раневая поверхность
    5. болевая чувствительность снижена, тонкий сухой светло-коричневый или белесовато-серый влажный струп, могут появляться толстостенные пузыри, нередки розовые участки
42. КАК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПЛОЩАДЬ РАНЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ОБШИРНЫХ ОЖОГАХ?
    1. по правилу девяток
    2. по правилу ладони
    3. отпечатками резиновых штампов
    4. методом Вилявина
    5. по печатному силуэту
43. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРАВИЛУ ДЕВЯТОК?
    1. поверхность головы и шеи составляет 10%
    2. верхней конечности - по 9%
    3. поверхность груди, живота, спины, поясницы и ягодиц - по 9%
    4. бедер - по 9%
    5. голеней и стоп - по 9%
44. КАКОЙ ПРОЦЕНТ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ ЛАДОНЬ КИСТИ?
    1. 0,5
    2. 1-1,2
    3. 1,5
    4. 2
    5. 2,5
45. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ РАСЧЕТОМ ИНДЕКСОМ ФРАНКА?
    1. 1% площади ожога равен 3 ед.
    2. 1% площади ожога равен 1 ед.
    3. 1% площади поверхностного ожога равен 3 ед., + 30% при ожоге дыхательных путей
    4. 1% площади поверхностного ожога - 1 ед., 1% глубокого - 3 ед., при ожоге дыхательных путей + 30 ед.
    5. 1% площади ожога равен 5 ед.
46. ИНДЕКС ФРАНКА ПРИ ПОВЕРХНОСТНОМ ОЖОГЕ РАВЕН
    1. 1% площади поражения равен 5 ед.
    2. 1% площади поражения равен 4 ед.
    3. 1% площади поражения равен 3 ед.
    4. 1% площади поражения равен 2 ед.
    5. 1% площади поражения равен 1 ед.
47. ИНДЕКС ФРАНКА ПРИ ГЛУБОКОМ ОЖОГЕ РАВЕН
    1. 1% площади поражения равен 5 ед.
    2. 1% площади поражения равен 4 ед.
    3. 1% площади поражения равен 3 ед.
    4. 1% площади поражения равен 2 ед.
    5. 1% площади поражения равен 1 ед.
48. ИНДЕКС ФРАНКА ПРИ ОЖОГЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ РАВЕН
    1. более 45 ед.
    2. 30-45 ед.
    3. 20-30 ед.
    4. 10-20 ед.
    5. до 10 ед.
49. ЧЕМУ РАВЕН ИНДЕКС ФРАНКА ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ?
    1. до 40 ед.
    2. до 60 ед.
    3. до 80 ед.
    4. до 100 ед.
    5. до 120 ед. и более
50. ЧТО ТАКОЕ «ПРАВИЛО СОТНИ»?
    1. тот же индекс Франка, но названный по другому
    2. оценочный критерий, при котором к индексу Франка прибавляется возраст пострадавшего
    3. способ подсчета площади поражения, где исходят из 100% поверхности тела
    4. способ подсчета необходимого количества кровезаменителей для данного пострадавшего
    5. способ подсчета необходимого количества крови для данного пострадавшего
51. ПЕРИОДОМ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. период ожогового шока
    2. период токсемии
    3. период септикотоксемии
    4. период восстановления
    5. период выздоровления
52. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ОЖОГОВ ВСЕХ СТЕПЕНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. потеря плазмы через раневую поверхность
    2. развитие отека в зоне поражения
    3. образование пузырей
    4. образование струпа
    5. стадийное течение ожоговой болезни
53. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ВЫРАЖЕННЫХ ОТЕКОВ В ЗОНЕ ОЖОГА?
    1. нарушение микроциркуляции в зоне поражения
    2. повышение проницаемости сосудистой стенки
    3. вторичное нарушение венозного оттока
    4. нарушение лимфооттока
    5. застойные явления
54. КАКОГО ОБЪЕМА МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ ВНЕ ПОЧЕЧНАЯ ПОТЕРЯ ЖИДКОСТИ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ?
    * 1. 4-6 литров
      2. 6-8 литров
      3. 8-10 литров
      4. 10-12 литров
      5. до 15 литров
55. С ЧЕМ СВЯЗАН НИЗКИЙ СЕРДЕЧНЫЙ ВЫБРОС ПРИ ОЖОГАХ?
    * 1. гиповолемией
      2. интоксикацией
      3. инфекцией
      4. появлением миокардиального депрессивного фактора
      5. болевым шоком
56. В ЧЕМ ВЫРАЖАЕТСЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ?
    * 1. азотемии
      2. накоплении в организме недоокисленных продуктов обмена
      3. олигурии и даже анурии
      4. гиповолемии
      5. гемоконцентрации
57. К ЧЕМУ ПРИВОДИТ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ?
    * 1. к олигурии и даже анурии
      2. накоплению в организме недоокисленных продуктов обмена
      3. азотемии
      4. гиповолемии
      5. гемоконцентрации
58. К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ОЖОГОВОГО ШОКА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ НЕ ОТНОСИТСЯ
    * 1. бледность кожных покровов
      2. озноб, тахикардия
      3. многократная рвота
      4. кратковременное снижение почасового диуреза
      5. умеренная гемоконцентрация
59. КАКОВ ПРОГНОЗ ПРИ ЛЕГКОМ ОЖОГОВОМ ШОКЕ И СВОЕВРЕМЕННО НАЧАТОМ ЛЕЧЕНИИ?
    * 1. выведение из шока к концу первых или в начале вторых суток
      2. выведение из шока на вторые сутки
      3. выведение из шока уже через 2-3 часа
      4. выведение из шока через несколько часов
      5. выведение из шока через 2-3 дня
60. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ТЯЖЕЛОГО ОЖОГОВОГО ШОКА?
    * 1. общее состояние тяжелое. В первые часы возбуждение, затем заторможенность
      2. сильный озноб, жажда, многократная рвота. Кожа бледная, сухая
      3. тахикардия до 120-130 уд. в 1 мин., артериальное давление лабильное
      4. олигурия (суточный диурез - 300-400 мл). С конца суток повышается уровень остаточного азота до 36-71 ммоль/л
      5. к концу суток развивается парез ЖКТ, возникает икота
61. КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЯЖЕЛОГО ОЖОГОВОГО ШОКА ПРИ ПРАВИЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ?
    1. до 24 часов
    2. 24-48 часов
    3. 48-72 часа
    4. до 72 часов
    5. более 72 часов
62. КАКОВ ПРОГНОЗ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОЖОГОВОМ ШОКЕ И ПРАВИЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ?
    1. подавляющее большинство может быть выведено из состояния шока
    2. благоприятное для всех больных
    3. крайне высокая летальность (до 90%)
    4. летальность у 50%
    5. возможны варианты
63. ПРИ КАКИХ ОЖОГАХ ВОЗНИКАЕТ КРАЙНЕ ТЯЖЕЛЫЙ ШОК?
    1. глубоких, площадью 20-40% поверхности тела
    2. глубоких, более 10-20% поверхности тела
    3. глубоких, более 40% поверхности тела
    4. поверхностных, более 20-40% поверхности тела
    5. поверхностных, более 40% поверхности тела
64. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОГО ОЖОГОВОГО ШОКА?
    1. заторможенность, безразличие, бледные, сухие, холодные кожные покровы, цианоз
    2. выражена одышка, озноб, сильная жажда, многократная рвота часто цвета кофейной гущи
    3. пульс до 120-130 уд. в 1 мин., артериальное давление снижено
    4. олигурия (200-300 мл), анурия, моча темно-бурого цвета с запахом гари.
    5. остаточный азот выше 70-100 ммоль/л, резкий метаболический ацидоз с первых часов
65. ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ И ТЯЖЕСТЬ ОЖОГОВОЙ ТОКСЕМИИ?
    1. степень ожога
    2. характер некроза тканей
    3. площадь и степень ожога
    4. исходное состояние организма
    5. тяжесть ожоговой болезни
66. ПРИ КАКОМ НЕКРОЗЕ ОТМЕЧАЕТСЯ БОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ОЖОГОВОЙ ТОКСЕМИИ?
    1. влажном
    2. сухом
    3. одинаково и том и другом
    4. чаще при влажном
    5. чаще при сухом
67. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ТОКСЕМИИ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ СОСТАВЛЯЕТ
    1. 2-4 дня
    2. 3-5 дней
    3. от 2-4 до 7-8 суток
    4. от 2-4 до 10-14 суток
    5. до одного месяца
68. ЧТО НЕХАРАКТЕРНО ДЛЯ КЛИНИКИ ПЕРИОДА ОСТРОЙ ОЖОГОВОЙ ТОКСЕМИИ?
    1. спутанность сознания, бред, психомоторное возбуждение, бессонница, апатия
    2. лихорадка с подъемом температуры тела до 38-39 градусов
    3. резкий озноб, проливной пот, многократная рвота иногда цвета кофейной гущи
    4. постепенно нарастает анемия, лейкоцитоз и сдвиг формулы влево
    5. типичен отрицательный баланс азота, снижение белков в сыворотке крови
69. В КАКОЙ ИЗ ПЕРИОДОВ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ОПН?
    1. в 1-й
    2. во 2-й
    3. в 1-й и 2-й
    4. в 3-й
    5. в 1-й, 2-й и 3-й
70. ТРЕТИЙ ПЕРИОД ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ (СЕПТИКОТОКСЕМИИ) НАЧИНАЕТСЯ С РАЗВИТИЯ
    1. плазмопотери и гемоконцентрации
    2. нагноения ожоговой раны
    3. гиповолемии
    4. метаболического ацидоза
    5. гемолиза эритроцитов
71. К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ПЕРИОДА СЕПТИКОТОКСЕМИИ НЕ ОТНОСИТСЯ
    1. сохранение общего тяжелого состояния, ремиттирующий тип лихорадки
    2. развитие вторичной острой почечной недостаточности
    3. гипопротеинемия и диспротеинемия
    4. развитие дистрофических и воспалительных процессов в миокарде, почках, печени и др. органах
    5. развитие ожогового истощения, возможно возникновение сепсиса
72. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ОЖОГОВОГО ИСТОЩЕНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ
    1. исхудание, астенизация нервной системы, отеки
    2. истощение и вторичные некрозы грануляций, повышенная кровоточивость
    3. вторичные некрозы кожи и глубжележащих тканей
    4. трофические изменения кожи, пролежни, мышечная атрофия и контрактуры крупных суставов
    5. анемия и гипопротеинемия
73. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ДЕКОМПРЕССИОННОЙ НЕКРОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. нарушение дыхания или кровообращения при образовании циркулярных сухих струпов на грудной клетке и конечностях
    2. образование влажного струпа и нагноение раны
    3. формирование контрактур суставов с нарушением функции конечности
    4. плотный сухой струп площадью более 2%
    5. подозрение на нарушение лимфооттока из конености
74. ПОКАЗАНИЕМ К ПЕРВИЧНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
    1. септикотоксемии
    2. белкового дефицита
    3. обширной гранулирующей раны
    4. влажного струпа на поверхности раны
    5. сухого струпа на поверхности раны
75. ПОЛНОЦЕННОЕ ПРИЖИВЛЕНИЕ ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ОБШИРНЫХ ОЖОГОВЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ ДАЕТ ПЛАСТИКА
    1. аллокожей
    2. электродерматомная аутопластика расщепленным лоскутом
    3. искусственной кожей
    4. гетерокожей
    5. аутокожей (полнослойный лоскут)
76. ОПТИМАЛЬНЫМ ВИДОМ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ГЛУБОКОМ ОЖОГЕ ПЛОЩАДЬЮ 20% ЯВЛЯЕТСЯ ПЛАСТИКА
    1. по Тиршу
    2. методом марок
    3. электродерматомная аутопластика
    4. полнослойным кожным лоскутом
    5. аллокожей
77. ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМЕ ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО ОПРЕДЕЛЯЕТ
    1. поражение тканей по ходу распространения тока
    2. наличие "меток тока"
    3. распространенность некроза кожи
    4. поражение нервов
    5. поражение сосудов
78. КАК ПОСТУПИТЬ С ОЖОГОВЫМИ РАНАМИ («МЕТКАМИ ТОКА») ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМЕ, ОКАЗЫВАЯ ПЕРВУЮ ПОМОЩЬ?
    1. обмыть обильным количеством холодной воды
    2. наложить асептическую мазевую повязку
    3. обработать 2% раствором йода
    4. наложить сухую асептическую повязку
    5. ничего не делать
79. ЧЕМ ОТЛИЧАЮТСЯ ОЖОГИ ОТ СВЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ОТ ОБЫЧНЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ?
    1. основные внешние проявления и клиническое течение одинаковы
    2. они поверхностны, но плохо поддаются лечению
    3. преимущественно глубокие с одинаковым клиническим течением
    4. внешние проявления одинаковы, но течение более длительное
    5. как правило, с глубокими сухими струпами
80. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К СПОСОБАМ И СРЕДСТВАМ ПРИМЕНЕНИЯ ОГНЕСМЕСЕЙ?
    1. цистерны
    2. зажигательные бомбы
    3. специальные баки
    4. ранцевые и танковые огнеметы
    5. снаряды, мины, огневые фугасы
81. КАКИЕ ПОРАЖАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ДЕЙСТВУЮТ В ОЧАГЕ ПРИМЕНЕНИЯ НАПАЛМА?
    1. пламя горящей огнесмеси
    2. тепловая радиация (инфракрасное излучение)
    3. высокая температура окружающей среды
    4. дым, токсические продукты горения (угарный газ и др.)
    5. все перечисленные
82. НАПАЛМОВЫЕ ОЖОГИ РЕДКО ЗАЖИВАЮТ С
    1. образованием грубых келоидных и гипертрофических рубцов
    2. образованием гладких эластичных рубцов
    3. резкой болезненностью и нестерпимым зудом, сохраняющимся длительное время после заживления
    4. частыми изъязвлениями келоидных рубцов, вызывающих грубые деформации тела
    5. резкими функциональными нарушениями
83. ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ОТРАВЛЕНИЯ ОКИСЬЮ УГЛЕРОДА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ОГНЕСМЕСЯМИ НЕ ВОЗНИКАЮТ
    1. головные боли
    2. психические расстройства
    3. шум в ушах
    4. сердцебиения
    5. иногда тошнота и рвота
84. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ОТРАВЛЕНИЯ ОКИСЬЮ УГЛЕРОДА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ОГНЕСМЕСЯМИ НЕ ВОЗНИКАЕТ
    1. головной боли
    2. потери сознания
    3. нарушений дыхания
    4. судорог
    5. рвоты
85. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕВЕРНЫМ ПРИ ТУШЕНИИ ОГНЕСМЕСИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. сбросить загоревшуюся одежду и средства защиты, на которые попал напалм
    2. погрузить пострадавшего в воду или облить водой
    3. применять сырую землю, глину, песок
    4. горящий участок накрыть плотной тканью
    5. при поражении фосфором наложить влажную повязку
86. ПРИ МАССОВОМ ПОРАЖЕНИИ ОГНЕСМЕСЯМИ В БОЕВЫХ УСЛОВИЯХ ТОЛЬКО В ЕДИНИЧНЫХ СЛУЧАЯХ ВОЗМОЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ
    1. прекращение действия поражающего фактора
    2. введение обезболивающих средств
    3. наложение асептических повязок
    4. проведение реанимационных мероприятий
    5. удаление пострадавших из очага поражения

428. КОМУ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ ПРОСТЕЙШИХ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОГНЕСМЕСЯМИ?

* 1. всем нуждающимся
  2. пострадавшим с обширными и тяжелыми ожогами
  3. тем, у кого остановка сердца или дыхания наступили не в результате тяжести ожога
  4. пострадавшим с тяжелыми ожогами дыхательных путей
  5. пострадавшим с ожогами головы и туловища

429. ЭЛЕМЕНТОМ АЛГОРИТМА ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОЧАГЕ ПОРАЖЕНИЯ ОГНЕСМЕСЯМИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. введение промедола из шприц-тюбика
  2. удаление остатков не сгоревшей огнесмеси с пострадавшего
  3. очищение ожоговой поверхности от остатков одежды
  4. наложение асептических повязок
  5. направление или транспортировка пострадавших в укрупненное гнездо сбора раненых

**9. Ранения и закрытые повреждения головы и шеи**

1. ПРИ СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ВЫРАЖЕННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НАБЛЮДАЕТСЯ
   1. головокружение, тошнота, рвота
   2. параличи (парезы) конечностей
   3. нарушения зрения
   4. нарушения слуха
   5. выпадение функции черепно-мозговых нервов
2. АБСОЛЮТНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ
   1. утрата сознания в момент травмы
   2. разлитая головная боль
   3. психомоторное возбуждение
   4. ликворея из носа (слухового проход1)
   5. кровоизлияние вокруг орбит (симптом "очков")
3. УШИБ ГОЛОВНОГО МОЗГА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
   1. симптомами поражения подкорковых образований, нарушением дыхания, глотания, сердечно-сосудистой деятельности
   2. рефлекторными асимметриями или не резко выраженными парезами конечностей
   3. отсутствием очаговой симптоматики
   4. параличами, афазией, нарушением психики, зрения, слуха и др.
   5. неблагоприятным клиническим течением
4. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ, ЗАСТАВЛЯЮЩИМ ПОДУМАТЬ О РАЗВИТИИ СДАВЛЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ЯВЛЯЕТСЯ
   1. психомоторное возбуждение
   2. появление (усиление) нарастающей головной боли
   3. рвота, анизокория, эпилептические припадки
   4. развивающаяся вялость, сопорозное состояние с последующей утратой сознания
      1. нарушение дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, глотания
5. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА НЕ ВОЗНИКАЮТ ОСЛОЖНЕНИЯ
   1. раневые (травматический шок, кровотечения, ликворея)
   2. инфекционные (нагноения раны, флегмона, гнойные затеки, остеомиелит, менингит, миелит)
   3. трофопаралитические (пролежни, цистопиелонефриты, сепсис и уросепсис)
   4. рубцово-спаечные (перипахименингиты, арахноидиты, рубцы спинного мозга)
   5. дегенеративно-дистрофические (амилоидоз, цирроз печени, артрозы)
6. ДЛЯ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ СДАВЛЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НЕОБХОДИМО
   1. провести массивную дегидротационную терапию
   2. выполнить срочное оперативное вмешательство первой очереди
   3. выполнить оперативное вмешательство по жизненным показаниям
   4. производить неоднократные спинномозговые пункции
   5. всё перечисленное
7. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АБСОЛЮТНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ СВОДА ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ
   1. боль в области раны
   2. кровотечение из раны
   3. тошнота и рвота
   4. потеря сознания
   5. истечение ликвора из раны
8. ЧТО ДЕЛАТЬ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ СИМПТОМОВ СДАВЛЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА?
   1. продолжать консервативную терапию
   2. люмбальные пункции
   3. провести интенсивную дегидратирующую терапию
   4. произвести ляминэктомию
   5. удалить клин Урбана

439. К ДЕГИДРАТИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ НАРАСТАЮЩЕМ ОТЕКЕ МОЗГА НЕ ОТНОСИТСЯ

* 1. внутривенное переливание раствора Рингера
  2. внутривенное переливание 40% раствора глюкозы
  3. внутривенное введение 15% раствора натрия хлорида
  4. внутривенное введение 15% раствора манитола
  5. внутримышечное введение раствора фуросемида
  6. О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УГЛУБЛЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ И

ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ТРАВМЕ ПОЗВОНОЧНИКА, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПОСЛЕ ПЕРИОДА ОТНОСИТЕЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ – СВЕТЛОГО ПРОМЕЖУТКА?

1. сотрясении спинного мозга
2. ушибе
3. сдавлении
4. кровоизлиянии в вещество мозга
5. отёке
   1. ЕФРЕЙТОР 41 ГОДА ДОСТАВЛЕН В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ, ГДЕ ДИАГНОСТИРОВАН КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ II ПОЯСНИЧНОГО ПОЗВОНКА СО СДАВЛЕННЕЙ СПИННОГО МОЗГА. НИЖНЯЯ ПАРАПЛЕГИЯ. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВИТЬ?

1.вправление позвонка по Белеру

2.скелетное вытяжение за нижние конечности

3.вытяжение на наклонной плоскости за подмышечные лямки

4.дискэктомия и передний спондилодез

5.ляминэктомия

442. ЧЕМ ЛУЧШЕ ОБЕСПЕЧИТЬ ТРАНСПОРТНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ЕГО РАНЕНИЯХ?

* 1. лестничной и фанерной шиной
  2. воротником Шанца
  3. прибинтовыванием головы к поднятой и согнутой руке
  4. шиной Дитерихса
  5. кольцами Дельбе

443. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО, УКАЗЫВАЕТ НА НАЛИЧИЕ СДАВЛЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ ГЕМАТОМ1)

1. степень утраты сознания
2. обширная рана головы
3. назальная ликворея, кровотечение из носа
4. наличие кровоподтеков в области орбит (симптом «очков»)
5. гемиплегия
   1. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СДАВЛЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА, ВОЗНИКАЮЩЕГО ПОСЛЕ СВЕТЛОГО ПРОМЕЖУТКА, ЯВЛЯЕТСЯ

1.эпидуральная гематома

2.субдуральная гематома

3.субарахноидальное кровоизлияние

4.клин Урбана

5.вторичное смещение позвонков

445. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КЛАССИФИКАЦИЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕРЕПА НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЯХ РАНЕНИЙ?

* + 1. закрытые
    2. рикошетирующие
    3. неогнестрельные
    4. огнестрельные
    5. открытые

446. ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПРЕДЕЛЕНИЙ ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ К СОТРЯСЕНИЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСИТСЯ:

1. выраженные клинические проявления
2. легкая степень
3. средней тяжести
   1. тяжелая степень крайне тяжелая степень

447.СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. очаговой симптоматикой
2. диэнцефальной недостаточностью
3. обще мозговой симптоматикой
4. обще мозговой и очаговой симптоматикой
5. поражением стволовых структур
6. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ К ОБЩЕ МОЗГОВЫМ СИМПТОМАМ НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. нарушение речи
   2. головная боль, головокружение
   3. кратковременная потеря сознания
   4. рвота, тошнота
   5. брадикардия
7. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. утрата сознания от нескольких мгновений до 20-30 минут
   2. тошнота, чаще однократная рвота
   3. головные боли,
   4. нарушение памяти на обстоятельства травмы и период предшествующий травме
   5. головокружение
8. НА ОСНОВАНИИ ЧЕГО МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ ПОВЫШЕННОГО ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ СОТРЯСЕНИИ МОЗГА?
   1. утраты сознания
   2. упорных головных болей
   3. тошноты, рвоты
   4. нарушения памяти на обстоятельства травмы и период предшествующий травме
   5. головокружения
9. НЕВЕРНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЛЕЧЕНИЯ СОТРЯСЕНИЯ МОЗГА С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. постельный режим в течение 7-10 дней
   2. аналгетики
   3. седативные препараты
   4. нейротропные средства
   5. спазмолитики
10. ПРИ ПОВЫШЕННОМ ВНУТРИЧЕРЕПНОМ ДАВЛЕНИИ

СОПРОВОЖДАЮЩЕМ СОТРЯСЕНИЕ МОЗГА С ВЫРАЖЕННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ К ЛЕЧЕНИЮ ДОБАВЛЯЮТ

* 1. аналгетики, спазмолитики
  2. седативные препараты
  3. нейротропные средства
  4. фуросемид 0,04 через день или 2 раза
  5. переливание раствора Рингера 2-3 раза в сутки

1. УШИБ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
   1. очаговой симптоматикой
   2. диэнцефальной недостаточностью
   3. обще мозговой симптоматикой
   4. обще мозговой и очаговой симптоматикой
   5. поражением стволовых структур
2. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ К ОЧАГОВЫМ СИМПТОМАМ НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. паралич
   2. афазия
   3. ретроградная амнезия
   4. нарушение чувствительности
   5. нарушение зрения
3. ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
   1. симптомами поражения подкорковых образований, нарушением дыхания, глотания, сердечно-сосудистой деятельности
   2. рефлекторными асимметриями или не резко выраженными парезами конечностей
   3. отсутствием очаговой симптоматики
   4. параличами, афазией, нарушением психики, зрения, слуха и др.
   5. неблагоприятным клиническим течением
4. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
   1. симптомами поражения подкорковых образований, нарушением дыхания, глотания, сердечно-сосудистой деятельности
   2. рефлекторными асимметриями или нерезко выраженными парезами конечностей
   3. отсутствием очаговой симптоматики
   4. параличами, афазией, нарушением психики, зрения, слуха и др.
   5. неблагоприятным клиническим течением
5. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМ СДАВЛЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА?
   1. волнообразность течения
   2. наличие светлого промежутка различной продолжительности
   3. возникновение сразу после травмы
   4. нарастающее ухудшения состояния
   5. летальный исход при отсутствии надлежащей помощи
6. БЫСТРОТА РАЗВИТИЯ СИМПТОМОВ СДАВЛЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЗАВИСИТ ОТ
   1. тяжести черепно-мозговой травмы
   2. времени, прошедшего после травмы
   3. интенсивности кровотечения
   4. тяжести состояния пострадавшего
   5. сопутствующих повреждений
7. ДЛЯ НАРАСТАЮЩЕЙ КОМПРЕССИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НЕ СВОЙСТВЕННО
   1. нарастание неврологической симптоматики
   2. прогрессирующее ухудшения сознания
   3. нарастающая брадикардияи
   4. падение систолического давления
   5. анизокория, снижение зрачкового рефлекса
8. К КЛАССИФИКАЦИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЧЕРЕПА ПО ХОДУ РАНЕВОГО КАНАЛА НЕ ОТНОСЯТСЯ
   1. одиночные
   2. слепые
   3. сквозные
   4. касательные
   5. рикошетирующие
9. ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ЧЕРЕПА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
   1. субарахноидальным кровоизлиянием
   2. повреждением отделов мозга в зависимости от хода раневого канала
   3. сотрясением или ушибом мозга
   4. контузией мозга, вызванной смещением костных отломков
   5. предотвращение распространения инфекции внутрь твердой мозговой оболочкой
10. К АБСОЛЮТНЫМ СИМПТОМАМ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ЧЕРЕПА НЕ ОТНОСИТСЯ
    1. истечение ликвора
    2. истечение мозгового детрита
    3. наличие параличей
    4. видимое глазом повреждение мозга
    5. пролапс мозга

463. В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ И СУТКИ ПОСЛЕ ТРАВМ МОЗГА ПРЕОБЛАДАЮТ СИМПТОМЫ

1. оболочечные
2. стволовые
3. очаговые
4. обще мозговые
5. преобладания нет

464. НА 2-3 СУТКИ ПОСЛЕ ВЫХОДА ИЗ БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ РАНЕНИЯХ МОЗГА НА ПЕРВЫЙ ПЛАН ВЫСТУПАЮТ

* 1. оболочечные
  2. оболочечные и очаговые
  3. обще мозговые
  4. очаговые
  5. стволовые

465.К ОБЩЕ МОЗГОВЫМ СИМПТОМАМ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ЧЕРЕПА ОТНОСЯТ

1. моторные нарушения в виде параличей (парезов)
2. зрительные нарушения, вплоть до полной слепоты
3. утрату слуха
4. речевые расстройства
5. разлитую головную боль, тошноту, рвоту

466.К ОЧАГОВЫМ МОЗГОВЫМ СИМПТОМАМ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ЧЕРЕПА ОТНОСЯТ

1. психомоторные (двигательные и психические) возбуждения или резкие угнетения
2. головную боль
3. тошноту и рвоту
4. двигательные нарушения в виде параличей
5. изменение частоты пульса (тахикардия или брадикардия)

467.ПРИЧИНАМИ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПОСТРАДАВШЕГО С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ, НЕ ЯВЛЯЮТСЯ

* + 1. инородные тела (зубы, зубные протезы, осколки челюстей)
  1. осколки снарядов, пули
  2. кровь, слизь
  3. западение языка
  4. рвотные массы

468.К ОСЛОЖНЕНИЯМ УШИБОВ СПИННОГО МОЗГА НЕ ОТНОСИТСЯ

* 1. пролежень
  2. восходящий цистопиелонефрит
  3. сепсис, уросепсис
  4. раневая инфекция
  5. пневмония

1. К ПРИЧИНАМ ГИБЕЛИ РАНЕНЫХ ОТ ПРЕКРАЩЕНИЯ (НАРУШЕНИЯ) ДЫХАНИЯ НЕ ОТНОСЯТСЯ
   1. западение языка
   2. истинный или ложный круп
   3. ранения гортани с обтурацией, вызванной западением тканей при попытке вдоха
   4. напряженный клапанный или двусторонний открытый пневмоторакс
   5. спазм голосовой щели
2. К СИМПТОМАМ УШИБА СПИННОГО МОЗГА НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. обще мозговая симптоматика
   2. паралич
   3. потеря чувствительности
   4. задержка мочеиспускания
   5. задержка дефекации
3. В АЛГОРИТМ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГОЛОВЫ НЕ ВХОДИТ
   1. ввести промедол из шприц-тюбика
   2. наложить асептическую повязку
   3. дать таблетированные антибиотики
   4. восстановить проходимость дыхательных путей
   5. форсированно повернуть голову на бок или уложить раненого на живот
4. К СИМПТОМАМ СОТРЯСЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. затруднение при мочеиспускании
   2. задержка дефекации
   3. понижение чувствительности
   4. слабость в ногах
   5. всё относится
5. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ РАНЕНЫЕ ОСТАЮТСЯ НЕТРАНСПОРТАБЕЛЬНЫМИ В ТЕЧЕНИЕ
   1. первых суток
   2. трех дней
   3. первой недели
   4. трех недель
   5. пяти недель
      1. **Ранения и закрытые повреждения груди**
6. ТРАВМАТИЧЕСКАЯ АСФИКСИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
   1. сдавлениях грудной клетки на высоте выдоха
   2. сдавлениях грудной клетки на высоте вдоха
   3. множественных переломах ребер с разрывом легкого
   4. двусторонних множественных переломах ребер с разрывом легкого и повреждением органов средостения
   5. двусторонних множественных окончатых переломах ребер
7. АБСОЛЮТНЫМ СИМПТОМОМ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. кашель с выделением пенистой крови,
   2. выраженная одышка
   3. резкий цианоз кожи шеи и головы
   4. частый, слабый пульс
   5. отставание поврежденной стороны при дыхании
8. НАРАСТАНИЕ ПОДКОЖНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
   1. наличии напряженного пневмоторакса
   2. наличии открытого пневмоторакса
   3. проникающем характере ранения
   4. непроникающем характере ранения
   5. закрытой травме грудной клетки с переломом ребра
9. ПРОБА Н.И.ПЕТРОВА ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ГЕМОТОРАКСЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ЕСЛИ СООТНОШЕНИЕ ЖИДКОЙ ЧАСТИ ПУНКТАТА К ОСАДКУ СОСТАВЛЯЕТ
   1. менее 1:1
   2. 1:1
   3. более 1:1
   4. 1,5:1
   5. 2:1
10. ЗАКРЫТЫЙ ПНЕВМОТОРАКС - ЭТО ТАКОЙ, ПРИ КОТОРОМ
    1. воздух входит в плевральную полость при вдохе, постепенно накапливаясь в ней
    2. избыточное напряжение воздуха в плевральной полости ведет к смещению органов средостения
    3. относительно свободно воздух входит в плевральную полость при вдохе и выходит при выдохе
    4. дальнейшего поступления воздуха в плевральную полость не происходит
    5. воздух в плевральную полость поступает из повреждённого лёгкого
11. ОТКРЫТЫЙ ПНЕВМОТОРАКС - ЭТО ТАКОЙ, ПРИ КОТОРОМ
    1. дальнейшего поступления воздуха в плевральную полость не происходит
    2. относительно свободно воздух входит в плевральную полость при вдохе и выходит при выдохе
    3. избыточное напряжение воздуха в плевральной полости ведет к смещению органов средостения
    4. воздух входит в плевральную полость при вдохе, постепенно накапливаясь в ней
    5. напряжение в плевральной полости достигает крайней степени
12. КЛАПАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС - ЭТО ТАКОЙ, ПРИ КОТОРОМ
    * 1. относительно свободно воздух входит в плевральную полость при вдохе и выходит при выдохе
      2. дальнейшего поступления воздуха в плевральную полость не происходит
      3. воздух входит в плевральную полость при вдохе, постепенно накапливаясь в ней
      4. избыточное напряжение воздуха в плевральной полости ведет к смещению органов средостения
      5. напряжение в плевральной полости достигает крайней степени
13. АБСОЛЮТНЫМ СИМПТОМОМ ОТКРЫТОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ
    * 1. характерный звук присасывания воздуха
      2. пузырение крови в ране в момент выдоха
      3. видимое через дефект тканей пустое пространство с колышущимся в глубине поджатым легким
      4. видимый глазом многооскольчатый перелом одного или нескольких ребер при касательном ранении
      5. всё правильно
14. ГРАМОТНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ОТКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ЯВЛЯЕТСЯ
    * 1. наложение асептической повязки
      2. перевод его в закрытый
      3. придание полусидячего положения для облегчения дыхания
      4. оказание полного для данного этапа объема помощи
      5. быстрая эвакуация в Омедб (див) после оказания минимальной помощи

491. ГРАМОТНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ КЛАПАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

* + 1. наложение окклюзионной повязки
    2. оказание для данного этапа полного объема помощи
    3. перевод его в закрытый
    4. перевод его в открытый
    5. быстрая эвакуация в Омедб (див) после оказания минимальной помощи

492. ПОКАЗАНИЕМ К ТОРАКОТОМИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1.проникающее ранение груди

2.продолжающееся внутриплевральное кровотечение

3.неустранимый консервативными мерами пневмоторакс

4.повреждение органов средостения

5.большие раны грудной стенки, требующие хирургического закрытия

* 1. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ТОРАКОТОМИИ ПРИ РАНЕНИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ?

1.открытый пневмоторакс

2.ранение сердца

3.продолжающееся внутреннее кровотечение

4.закрытый пневмоторакс

5.свернувшийся гемоторакс

* 1. ТРАВМАТИЧЕСКИЙ АТЕЛЕКТАЗ ЛЁГКОГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ
     1. затемнением в области корня лёгкого

релаксацией и смещением купола диафрагмы

* 1. смещением тени средостения в сторону травмы
  2. смещением тени средостения в сторону, противоположную травме
  3. затемнением лёгочной ткани на стороне повреждения

495. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ ВНУТРЕННЕМ КРОВОТЕЧЕНИИ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ?

* 1. бледность кожных покровов
  2. низкое артериальное давление
  3. кровохарканье
  4. притупление перкуторного звука на стороне травмы
  5. положительная проба Рувируа-Грегуара.

496.НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ СИМПТОМОМ ГЕМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ

* + 1. травма в недавнем прошлом
  1. перемещение уровня притупления при изменении положения тела
  2. притупление перкуторного звука
  3. отсутствие дыхания в зоне притупления
  4. дыхательная недостаточность

1. ОСОБЕННОСТЬЮ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗНИКНОВЕНИЕ
   1. пневмоторакса
   2. гемоторакса
   3. подкожной эмфиземы
   4. тяжелого шока
   5. всего перечисленного
2. СИМПТОМАМИ ПЕРЕЛОМА РЕБЕР ЯВЛЯЮТСЯ
   1. боль, усиливающаяся при дыхании, кашле
   2. болезненность локальная и при нагрузке на ребро на протяжении
   3. крепитация отломков
   4. отставание поврежденной стороны при дыхании
   5. всё перечисленное
3. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ МНОЖЕСТВЕННОГО ДВУСТОРОННЕГО (ОКОНЧАТОГО) ПЕРЕЛОМА РЕБЕР ЯВЛЯЕТСЯ
   1. западение грудины при вдохе
   2. боль, усиливающаяся при дыхании, кашле
   3. болезненность локальная и при нагрузке на ребро на протяжении
   4. крепитация отломков
   5. всё перечисленное
4. ПОДТВЕРДИТЬ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛЁГКОГО ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ ПОЗВОЛЯЕТ
   1. гематома грудной клетки
   2. подмышечная и подкожная эмфизема
   3. крепитация сломанных рёбер
   4. расширение межрёберных промежутков на стороне травмы
   5. вынужденное положение больного
5. АБСОЛЮТНЫМ СИМПТОМОМ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. сквозное ранение с отверстиями на противоположных сторонах одной половины грудной клетки
   2. пузырение крови в ране в момент выдоха
   3. видимое через дефект тканей пустое пространство с колышущимся в глубине поджатым легким
   4. видимый глазом многооскольчатый перелом одного или нескольких ребер при касательном ранении
   5. характерный звук присасывания воздуха
6. К КЛАССИФИКАЦИИ ПНЕВМОТОРАКСОВ ПО ХАРАКТЕРУ НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. внутренний
   2. закрытый
   3. открытый
   4. клапанный
   5. напряженный
7. НАПРЯЖЕННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС - ЭТО ТАКОЙ, ПРИ КОТОРОМ
   1. воздух входит в плевральную полость при вдохе, постепенно накапливаясь в ней
   2. избыточное напряжение воздуха в плевральной полости ведет к смещению органов средостения и достигает крайней степени
   3. относительно свободно воздух входит в плевральную полость при вдохе и выходит при выдохе
   4. попав, воздух остается в плевральной полости
   5. движение воздуха через раневой канал прекращается
8. ДОСТОВЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЗАКРЫТОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЮТСЯ
   1. уменьшение дыхательных экскурсий грудной клетки на стороне поражения
   2. усиление перкуторного звука (коробочный оттенок)
   3. ослабление или отсутствие дыхания
   4. достоверных клинических симптомов нет
   5. пузырение крови в ране при выдохе
9. СИМПТОМОМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О КЛАПАННОМ ХАРАКТЕРЕ ПНЕВМОТОРАКСА, ЯВЛЯЕТСЯ
   1. коробочный оттенок перкуторного звука
   2. ослабление или отсутствие дыхания
   3. прогрессивно нарастающая дыхательная недостаточность
   4. уменьшение дыхательных экскурсий грудной клетки на стороне поражения
   5. характерный звук присасывания воздуха
10. ЧТО НЕВЕРНО В АЛГОРИТМЕ НАЛОЖЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЯЗКИ НА ПОЛЕ БОЯ?
    1. рассечь садовым ножом одежду в зоне ранения
    2. раскрыть индивидуальный перевязочный пакет
    3. наложить оболочку ИПП стерильной поверхностью на кожу
    4. прижать её тампонами
    5. бинтовать под одеждой
11. ВЫСОКОЕ СТОЯНИЕ ДИАФРАГМЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ ОБУСЛОВЛЕНО
    1. переломом 5-6 рёбер с обеих сторон
    2. переломом костей таза и позвоночника
    3. повреждением блуждающего и диафрагмального нервов
    4. переломом шейно-грудного отдела позвоночника
    5. тяжёлой черепно-мозговой травмой
12. К КЛАССИФИКАЦИИ ДЕЛЕНИЯ ГЕМОТОРАКСОВ ПО ОБЪЕМУ НЕ ОТНОСЯТСЯ
    1. малые
    2. средние
    3. большие
    4. тотальные
    5. всё относится
13. К КЛАССИФИКАЦИИ РАНЕНИЙ СЕРДЦА НЕ ИМЕЮТ ОТНОШЕНИЯ РАНЕНИЯ
    1. слепые
    2. касательные
    3. рикошетирующие
    4. сквозные
    5. непроникающие
14. К СИМПТОМАМ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА НЕ ОТНОСИТСЯ
    1. сохранение нормальных границ сердца
    2. характерное расширение вен шеи
    3. слабый пульс
    4. тахикардия
    5. глухость тонов сердца
       * + 1. **Ранения и закрытые повреждения живота**
15. ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ
    * 1. диагностическая лапаротомия
      2. рентгенологическое исследование
      3. лапароцентез
      4. клиническое наблюдение
      5. лапароскопия
16. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ТАЗА НЕ СЛЕДУЕТ
    * 1. рассекать и иссекать поврежденные ткани
      2. производить остеосинтез сломанных костей таза
      3. восстанавливать целостность поврежденного органа (мочевого пузыря, прямой кишки, матки, влагалищ1)
      4. останавливать кровотечение, удалять сгустки крови и инородные тела
      5. тщательно дренировать раны
17. КАКОЙ ИЗ СПОСОБОВ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ ВНУТРИБРЮШНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ?
    * 1. пережатие кулаком брюшного отдела аорты
      2. тугая тампонада раны
      3. местная (регионарная) гипотермия
      4. глотание кусочков льда
      5. из перечисленных - никакой
18. ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ЖИВОТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОПЕРИРОВАНЫ РАНЕНЫЕ
    * 1. находящиеся в шоке
      2. с разлитым перитонитом
      3. с эвентрацией внутренних органов
      4. с внутрибрюшным кровотечением
      5. находящиеся в бессознательном состоянии
19. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗРЫВА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
    * 1. притупление в отлогих местах со смещением уровня при перемене положения тела
      2. не участие живота в акте дыхания
      3. брадикардия
      4. напряжение брюшной стенки
      5. наличие симптомов раздражения брюшины
20. ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНО БЫТЬ ВЫПОЛНЕНО
21. первичная хирургическая обработка раны
22. диагностическая лапаротомия
23. рентгеноскопия брюшной полости
24. лапароцентез
25. гастродуоденоскопия
26. ЛАПАРОТОМИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ ЖИВОТА ПРОИЗВОДИТСЯ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ
    * 1. доврачебной помощи

2) первой медицинской помощи

* 1. первой врачебной помощи
  2. квалифицированной помощи
  3. специализированной помощи

1. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА РЕЖЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ
   1. продолжающиеся артериальные и венозные кровотечения
   2. гнойные затеки в мягкие ткани
   3. несрастаюшиеся переломы
   4. остеомиелитические процессы
   5. анаэробные формы инфекции
2. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ, УКАЗЫВАЮЩИХ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ, ВТОРОСТЕПЕННЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
   * 1. симптом дефицита при заполнении жидкостью мочевого пузыря и ее удалении
     2. кровь у периферического отверстия мочеиспускательного канала
     3. наличие крови в моче
     4. наличие добавочной тени при контрастном исследовании мочевого пузыря и уретры
     5. задержка самостоятельного мочеиспускания
3. НАИБОЛЕЕ ЛЕГКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОБЛАСТИ ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ
   * 1. недостаточность сократительной способности мышц
     2. осложнения связанные с повреждением крупных сосудов
     3. повреждение крупных нервных стволов
     4. развитие гнойной инфекции
     5. развитие анаэробной инфекции
4. АБСОЛЮТНЫМ СИМПТОМОМ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ЖИВОТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   * 1. истечение мочи из раны
     2. выпадение петель кишечника или сальника из раны
     3. симптом раздражения брюшины
     4. истечение кишечного содержимого из раны
     5. истечение мочи из раны
5. ПОРОЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ОКАЗАНИЯ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. вправление сальника в брюшную полость
   2. внутримышечное введение антибиотиков
   3. орошение повязки физиологическим раствором с антисептиками
   4. введение анальгетиков
   5. эвакуация в положении лежа
6. АБСОЛЮТНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ЖИВОТА ЯВЛЯЕТСЯ
   * 1. напряжение мышц передней брюшной стенки
     2. симптом раздражения брюшины
     3. истечение содержимого полых органов из раны
     4. доскообразный живот
     5. рвота с кровью
7. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ЖИВОТА ДОЛЖНА БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ОБЯЗАТЕЛЬНО?
   * 1. первичная хирургическая обработка раны
     2. лапароцентез
     3. рентгеноскопия брюшной полости
     4. диагностическая лапаротомия
     5. гастродуоденоскопия
        1. **Ранения конечностей**
8. ЧТО НЕДОПУСТИМО ДЕЛАТЬ ПРИ ОБЕСПЕЧЕНИИ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ?
   * 1. вправлять выступающий через рану костный отломок и перекрывать турами бинта ранее наложенный жгут
     2. накладывать шины поверх одежды
     3. накладывать шины на обутую в сапог ногу
     4. обнажать конечность
     5. срезать обувь
9. ЧЕМ ОСУЩЕСТВИТЕ ТРАНСПОРТНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ ПЕРЕЛОМА ГОЛЕНИ?
   1. шиной Дитерихса
   2. пятью шинами Крамера
   3. тремя шинами Крамера
   4. шиной ЦИТО
   5. транспортировкой на щите
10. СКОЛЬКО ШИН КРАМЕРА НЕОБХОДИМО ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ГОЛЕНИ?
    1. одна
    2. две
    3. три
    4. четыре
    5. пять
11. ЧАСТНОЙ РАЗНОВИДНОСТЬЮ ГИПСОВЫХ ПОВЯЗОК ЯВЛЯЕТСЯ
    1. циркулярная
    2. шина (передняя, задняя)
    3. корсет
    4. окончатая
    5. мостовидная
12. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ, СВЯЗАННЫМ С НАЛОЖЕНИЕМ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ?
    1. сдавление магистральных сосудистых и нервных стволов
    2. пролежни
    3. нарушение венозного и лимфооттока
    4. микробные воспаления кожи и глубже лежащих тканей
    5. образование фликтен
13. ЧТО ОБЛЕГЧАЕТ ДИАГНОСТИКУ ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОНЕЧНОСТИ?
    1. нарастание отёка конечности
    2. набухание вен
    3. похолодание конечности
    4. исчезновение тактильной и болевой чувствительности
    5. оценка состояния периферической сосудистой сети
14. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ НАРУШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРИТОКА КРОВИ?
    1. побледнение и цианоз конечности
    2. набухание вен
    3. похолодание дистального отдела конечности
    4. ослабление (исчезновение) пульса на периферических артериях
    5. нарушение чувствительности и активности движений пальцами
15. У БОЛЬНОГО ОГНЕСТРЕЛЬНЫЙ ПЕРЕЛОМ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ШОКОМ. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОТИВОШОКОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ С
    1. переливания крови
    2. первичной хирургической обработки раны

3) новокаиновой блокады

* 1. переливания глюкозо-новокаиновой смеси или реополиглюкина
  2. витаминотерапии

1. У БОЛЬНОГО С АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ СОСТОЯНИЕ КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОЕ. КОНЕЧНОСТЬ РЕЗКО ОТЕЧНА, НАРАСТАЕТ ИНТОКСИКАЦИЯ. ЧТО ДЕЛАТЬ?
   1. провести дезинтоксикационную терапию
   2. провести гипербарическую оксигенацию
   3. сделать лампасные разрезы
   4. сделать лампасные разрезы с иссечением мертвых тканей
   5. произвести экзартикуляцию конечности
2. АБСОЛЮТНЫМ СИМПТОМОМ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. острая дыхательная недостаточность
   2. гипотермия
   3. расстройства сознания
   4. появление мелкоточечной петехиальной сыпи на коже передней поверхности туловища
   5. неустойчивые показатели гемодинамики
3. ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ШИНОЙ
   1. Дитерихса
   2. Герасимова
   3. Крамера
   4. Еланского
   5. гипсовой повязкой

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

**Раздел 1. Травматология и ортопедия**

1. **Переломы диафизов длинных трубчатых костей**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001 - 4 | 013 - 2 | 025 - 4 | 037 - 5 | 049 - 2 | 061 - 3 | 073 - 3 |
| 002 - 2 | 014 - 5 | 026 - 1 | 038 - 3 | 050 - 1 | 062 - 3 | 074 - 2 |
| 003 - 2 | 015 - 2 | 027 - 3 | 039 - 4 | 051 - 2 | 063 - 2 | 075 - 1 |
| 004 - 5 | 016 - 2 | 028 - 3 | 040 - 4 | 052 - 3 | 064 - 4 | 076 - 2 |
| 005 - 5 | 017 - 4 | 029 - 4 | 041 - 5 | 053 - 4 | 065 - 2 | 077 - 1 |
| 006 - 4 | 018 - 2 | 030 - 4 | 042 - 2 | 054 - 1 | 066 - 1 | 078 - 1 |
| 007 - 5 | 019 - 1 | 031 - 4 | 043 - 1 | 055 - 4 | 067 - 2 |  |
| 008 - 3 | 020 - 1 | 032 - 3 | 044 - 3 | 056 - 5 | 068 - 5 |  |
| 009 - 1 | 021 - 3 | 033 - 3 | 045 - 5 | 057 - 5 | 069 - 2 |  |
| 010 - 4 | 022 - 4 | 034 - 5 | 046 - 4 | 058 - 4 | 070 - 5 |  |
| 011 - 3 | 023 - 3 | 035 - 1 | 047 - 4 | 059 - 1 | 071 - 1 |  |
| 012 - 2 | 024 - 1 | 036 - 3 | 048 - 3 | 060 - 3 | 072 - 2 |  |

1. **Внутрисуставные переломы, переломы лодыжек**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 079 - 1 | 085 - 4 | 091 - 3 | 097 - 1 | 103 - 5 | 109 - 1 | 115 - 4 |
| 080 - 4 | 086 - 2 | 092 - 1 | 098 - 2 | 104 - 4 | 110 - 2 | 116 - 3 |
| 081 - 1 | 087 - 1 | 093 - 2 | 099 - 2 | 105 - 4 | 111 - 1 | 117 - 1 |
| 082 - 3 | 088 - 4 | 094 - 5 | 100 - 2 | 106 - 1 | 112 - 5 |  |
| 083 - 1 | 089 - 3 | 095 - 2 | 101 - 4 | 107 - 3 | 113 - 4 |  |
| 084 - 2 | 090 - 5 | 096 - 1 | 102 - 2 | 108 - 4 | 114 - 5 |  |

1. **Переломы проксимального отдела бедра**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 118 - 3 | 133 - 4 | 148 - 5 | 163 - 4 | 178 - 2 | 193 - 3 | 208 - 5 |
| 119 - 2 | 134 - 2 | 149 - 2 | 164 - 3 | 179 - 3 | 194 - 5 | 209 - 3 |
| 120 - 2 | 135 - 5 | 150 - 4 | 165 - 2 | 180 - 3 | 195 - 3 | 210 - 5 |
| 121 - 4 | 136 - 1 | 151 - 1 | 166 - 3 | 181 - 5 | 196 - 4 | 211 - 1 |
| 122 - 1 | 137 - 3 | 152 - 4 | 167 - 4 | 182 - 1 | 197 - 2 | 212 - 4 |
| 123 - 3 | 138 - 2 | 153 - 3 | 168 - 2 | 183 - 4 | 198 - 1 | 213 - 1 |
| 124 - 1 | 139 - 5 | 154 - 1 | 169 - 3 | 184 - 1 | 199 - 3 | 214 - 3 |
| 125 - 1 | 140 - 1 | 155 - 4 | 170 - 4 | 185 - 4 | 200 - 5 | 215 - 1 |
| 126 - 1 | 141 - 3 | 156 - 1 | 171 - 2 | 186 - 1 | 201 - 4 | 216 - 2 |
| 127 - 5 | 142 - 5 | 157 - 5 | 172 - 3 | 187 - 2 | 202 - 2 | 217 - 3 |
| 128 - 2 | 143 - 4 | 158 - 4 | 173 - 5 | 188 - 2 | 203 - 1 | 218 - 2 |
| 129 - 3 | 144 - 2 | 159 - 1 | 174 - 2 | 189 - 4 | 204 - 3 | 219 - 4 |
| 130 - 2 | 145 - 4 | 160 - 2 | 175 - 4 | 190 - 4 | 205 - 3 |  |
| 131 - 4 | 146 - 3 | 161 - 1 | 176 - 5 | 191 - 2 | 206 - 1 |  |
| 132 - 5 | 147 - 1 | 162 - 5 | 177 - 1 | 192 - 1 | 207 - 4 |  |
|  |  | **4. Переломы плеча и предплечья** | | |  |  |
| 220 - 5 | 221 - 1 | 222 - 2 | 223 - 3 | 224 - 5 | 225 - 2 | 226 - 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 227 - 5 | 239 - 3 | 251 - 3 | 263 - 4 | 275 - 2 | 287 - 1 | 299 - 1 |
| 228 - 3 | 240 - 1 | 252 - 2 | 264 - 2 | 276 - 4 | 288 - 1 | 300 - 5 |
| 229 - 3 | 241 - 2 | 253 - 2 | 265 - 4 | 277 - 3 | 289 - 4 | 301 - 1 |
| 230 - 2 | 242 - 2 | 254 - 3 | 266 - 2 | 278 - 2 | 290 - 5 | 302 - 3 |
| 231 - 5 | 243 - 1 | 255 - 1 | 267 - 3 | 279 - 2 | 291 - 2 | 303 - 2 |
| 232 - 1 | 244 - 5 | 256 - 4 | 268 - 5 | 280 - 4 | 292 - 4 | 304 - 1 |
| 233 - 3 | 245 - 3 | 257 - 1 | 269 - 3 | 281 - 4 | 293 - 2 |  |
| 234 - 1 | 246 - 4 | 258 - 3 | 270 - 1 | 282 - 3 | 294 - 3 |  |
| 235 - 4 | 247 - 3 | 259 - 1 | 271 - 3 | 283 - 5 | 295 - 4 |  |
| 236 - 2 | 248 - 5 | 260 - 4 | 272 - 4 | 284 - 2 | 296 - 2 |  |
| 237 - 5 | 249 - 5 | 261 - 5 | 273 - 3 | 285 - 3 | 297 - 5 |  |
| 238 - 2 | 250 - 4 | 262 - 4 | 274 - 4 | 286 - 4 | 298 - 4 |  |

1. **Закрытые и открытые повреждения кисти**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 305. 2 | 309. 3 | 313. 5 | 317. 2 | 321 - 4 | 325 - 5 | 329 - 4 |
| 306. 2 | 310. 3 | 314. 1 | 318. 1 | 322 - 5 | 326 - 3 | 330 - 4 |
| 307. 4 | 311. 2 | 315. 2 | 319. 1 | 323 - 1 | 327 - 1 | 331 - 5 |
| 308. 3 | 312. 5 | 316. 1 | 320 - 2 | 324 - 4 | 328 - 5 | 332 - 4 |

1. **Переломы позвоночника и таза**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 333 - 2 | 344 - 1 | 355 - 5 | 366 - 4 | 377 - 4 | 388 - 3 | 399 - 2 |
| 334 - 2 | 345 - 2 | 356 - 3 | 367 - 3 | 378 - 2 | 389 - 1 | 400 - 5 |
| 335 - 1 | 346 - 1 | 357 - 4 | 368 - 2 | 379 - 3 | 390 - 3 | 401 - 4 |
| 336 - 4 | 347 - 2 | 358 - 5 | 369 - 4 | 380 - 1 | 391 - 3 | 402 - 5 |
| 337 - 3 | 348 - 1 | 359 - 2 | 370 - 1 | 381 - 5 | 392 - 1 | 403 - 4 |
| 338 - 3 | 349 - 2 | 360 - 3 | 371 - 4 | 382 - 3 | 393 - 5 | 404 - 3 |
| 339 - 1 | 350 - 5 | 361 - 3 | 372 - 3 | 383 - 5 | 394 - 5 | 405 - 2 |
| 340 - 1 | 351 - 2 | 362 - 3 | 373 - 2 | 384 - 3 | 395 - 4 | 406 - 4 |
| 341 - 3 | 352 - 3 | 363 - 4 | 374 - 5 | 385 - 2 | 396 - 4 | 407 - 2 |
| 342 - 3 | 353 - 3 | 364 - 3 | 375 - 4 | 386 - 4 | 397 - 4 |  |
| 343 - 1 | 354 - 3 | 365 - 2 | 376 - 1 | 387 - 2 | 398 - 3 |  |

1. **Множественные и сочетанные повреждения**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 408 - 2 | 410 - 1 | 412 - 2 | 414 - 5 | 416 - 3 |
| 409 - 2 | 411 - 3 | 413 - 3 | 415 - 1 |  |

1. **Осложненные переломы**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 417 - 1 | 420 - 2 | 423 - 3 | 426 - 3 | 429 - 4 | 432 - 4 | 435 - 1 |
| 418 - 3 | 421 - 5 | 424 - 4 | 427 - 4 | 430 - 2 | 433 - 4 | 436 - 2 |
| 419 - 4 | 422 - 3 | 425 - 5 | 428 - 5 | 431 - 4 | 434 - 4 | 437 - 4 |

1. **Амбулаторная травма**

438 - 3 439 - 2 440 - 4 441 - 5 442 - 3 443 - 3 444 - 4

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 445 - 1 | 453 - 1 | 461 - 3 | 469 - 4 | 477 - 2 | 485 - 5 | 493 - 2 |
| 446 - 1 | 454 - 1 | 462 - 4 | 470 - 5 | 478 - 5 | 486 - 5 | 494 - 4 |
| 447 - 5 | 455 - 4 | 463 - 1 | 471 - 1 | 479 - 3 | 487 - 4 | 495 - 3 |
| 448 - 3 | 456 - 4 | 464 - 3 | 472 - 3 | 480 - 4 | 488 - 1 | 496 - 2 |
| 449 - 3 | 457 - 3 | 465 - 1 | 473 - 4 | 481 - 5 | 489 - 2 | 467 - 2 |
| 450 - 1 | 458 - 5 | 466 - 3 | 474 - 2 | 482 - 2 | 490 - 3 | 498 - 3 |
| 451 - 3 | 459 - 4 | 467 - 1 | 475 - 4 | 483 - 4 | 491 - 5 |  |
| 452 - 3 | 460 - 2 | 468 - 2 | 476 - 2 | 484 - 2 | 492 - 5 |  |
|  |  | **10. Оперативное лечение** | | |  |  |
| 499 - 3 | 500 - 3 | 501 - 3 | 502 - 1 | 503 - 3 | 504 - 4 | 505 - 2 |
|  |  |  | **11. Сколиоз** |  |  |  |
| 506 - 4 | 512 - 3 | 518 - 3 | 524 - 5 | 530 - 5 | 536 - 1 | 542 - 5 |
| 507 - 1 | 513 - 2 | 519 - 3 | 525 - 2 | 531 - 4 | 537 - 4 | 543 - 4 |
| 508 - 1 | 514 - 1 | 520 - 2 | 526 - 5 | 532 - 3 | 538 - 1 | 544 - 5 |
| 509 - 1 | 515 - 4 | 521 - 3 | 527 - 5 | 533 - 2 | 539 - 5 | 545 - 1 |
| 510 - 2 | 516 - 4 | 522 - 2 | 528 - 5 | 534 - 4 | 540 - 1 | 546 - 2 |
| 511 - 1 | 517 - 1 | 523 - 1 | 529 - 4 | 535 - 3 | 541 - 1 |  |

1. **Полиомиелит**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 547 - 4 | 549 - 1 | 551 - 1 | 553 - 4 |
| 548 - 2 | 550 - 2 | 552 - 2 | 554 - 3 |

1. **Диспластические заболевания**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 555 - 1 | 565 - 3 | 575 - 4 | 585 - 4 | 595 - 2 | 605 - 2 | 615 - 4 |
| 556 - 3 | 566 - 5 | 576 - 5 | 586 - 5 | 596 - 5 | 606 - 4 | 616 - 4 |
| 557 - 1 | 567 - 2 | 577 - 4 | 587 - 2 | 597 - 3 | 607 - 5 | 617 - 2 |
| 558 - 4 | 568 - 2 | 578 - 3 | 588 - 3 | 598 - 1 | 608 - 2 | 618 - 4 |
| 559 - 2 | 569 - 1 | 579 - 3 | 589 - 1 | 599 - 5 | 609 - 1 | 619 - 3 |
| 560 - 1 | 570 - 4 | 580 - 4 | 590 - 5 | 600 - 1 | 610 - 5 | 620 - 2 |
| 561 - 3 | 571 - 4 | 581 - 2 | 591 - 2 | 601 - 3 | 611 - 4 | 621 - 3 |
| 562 - 2 | 572 - 5 | 582 - 1 | 592 - 4 | 602 - 5 | 612 - 1 | 622 - 2 |
| 563 - 3 | 573 - 2 | 583 - 2 | 593 - 5 | 603 - 2 | 613 - 1 |  |
| 564 - 5 | 574 - 1 | 584 - 5 | 594 - 4 | 604 - 2 | 614 - 5 |  |

1. **Дегенеративно-дистрофические заболевания**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 623 - 4 | 627 - 1 | 631 - 5 | 635 - 4 | 639 - 3 | 643 - 4 | 647 - 3 |
| 624 - 1 | 628 - 2 | 632 - 2 | 636 - 2 | 640 - 3 | 644 - 3 | 648 - 5 |
| 625 - 5 | 629 - 3 | 633 - 3 | 637 - 5 | 641 - 4 | 645 - 2 | 649 - 4 |
| 626 - 5 | 630 - 3 | 634 - 5 | 638 - 1 | 642 - 1 | 646 - 1 |  |

1. **Костные опухоли**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 650 - 2 | 653 - 3 | 656 - 3 | 659 - 3 | 662 - 4 | 665 - 1 |
| 651 - 1 | 654 - 4 | 657 - 1 | 660 - 2 | 663 - 5 | 666 - 5 |
| 652 - 3 | 655 - 1 | 658 - 1 | 661 - 3 | 664 - 4 |  |

**Раздел 2. Огнестрельные ранения**

1. **Огнестрельные ранения**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 001 - 5 | 010 - 2 | 019 - 2 | 028 - 5 | 037 - 5 |
| 002 - 2 | 011 - 3 | 020 - 5 | 029 - 4 | 038 - 5 |
| 003 - 2 | 012 - 2 | 021 - 1 | 030 - 3 | 039 - 3 |
| 004 - 3 | 013 - 1 | 022 - 3 | 031 - 5 |  |
| 005 - 2 | 014 - 1 | 023 - 4 | 032 - 2 |  |
| 006 - 3 | 015 - 2 | 024 - 4 | 033 - 3 |  |
| 007 - 3 | 016 - 4 | 025 - 1 | 034 - 3 |  |
| 008 - 2 | 017 - 1 | 026 - 4 | 035 - 3 |  |
| 009 - 1 | 018 - 3 | 027 - 2 | 036 - 4 |  |

1. **Обезболивание**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 062 - 1 | 064 - 2 | 066 - 3 | 068 - 5 |  |  |
| 063 - 3 | 065 - 2 | 067 - 2 | 069 - 1 |  |  |
|  |  | **3. Кровотечения и кровопотеря** | | |  |
| 070 - 1 | 082 - 1 | 094 - 4 | 106 - 2 | 118 - 2 | 130 - 4 |
| 071 - 1 | 083 - 1 | 095 - 1 | 107 - 4 | 119 - 4 | 131 - 3 |
| 072 - 4 | 084 - 4 | 096 - 2 | 108 - 3 | 120 - 3 | 132 - 2 |
| 073 - 2 | 085 - 1 | 097 - 5 | 109 - 2 | 121 - 2 | 133 - 1 |
| 074 - 4 | 086 - 2 | 098 - 1 | 110 - 2 | 122 - 4 | 134 - 5 |
| 075 - 5 | 087 - 2 | 099 - 1 | 111 - 3 | 123 - 1 | 135 - 3 |
| 076 - 4 | 088 - 1 | 100 - 4 | 112 - 1 | 124 - 3 | 136 - 1 |
| 077 - 1 | 089 - 3 | 101 - 3 | 113 - 1 | 125 - 1 | 137 - 3 |
| 078 - 4 | 090 - 2 | 102 - 3 | 114 - 1 | 126 - 4 |  |
| 079 - 3 | 091 - 2 | 103 - 4 | 115 - 4 | 127 - 4 |  |
| 080 - 1 | 092 - 4 | 104 - 2 | 116 - 3 | 128 - 1 |  |
| 081 - 5 | 093 – 5 | 105 - 1 | 117 - 5 | 129 - 2 |  |
|  |  | **4. Травматический шок** | | |  |
| 153 - 5 | 160 - 3 | 167 - 4 | 174 - 2 | 181 - 5 | 188 - 4 |
| 154 - 3 | 161 - 4 | 168 - 1 | 175 - 1 | 182 - 3 | 189 - 1 |
| 155 - 3 | 162 - 1 | 169 - 4 | 176 - 4 | 183 - 1 | 190 - 4 |
| 156 - 4 | 163 - 3 | 170 - 2 | 177 - 3 | 184 - 4 |  |
| 157 - 3 | 164 - 1 | 171 - 4 | 178 - 4 | 185 - 2 |  |
| 158 - 5 | 165 - 2 | 172 - 1 | 179 - 3 | 186 - 5 |  |
| 159 - 2 | 166 - 5 | 173 - 2 | 180 - 1 | 187 - 2 |  |
|  |  | **5. Синдром длительного сдавления** | | |  |
| 199 - 2 | 204 - 4 | 209 - 4 | 214 - 3 | 219 - 1 | 224 - 1 |
| 200 - 2 | 205 - 5 | 210 - 3 | 215 - 1 | 220 - 2 | 225 - 4 |
| 201 - 5 | 206 - 1 | 211 - 1 | 216 - 3 | 221 - 1 | 226 - 1 |
| 202 - 4 | 207 - 3 | 212 - 1 | 217 - 3 | 222 - 3 |  |
| 203 - 2 | 208 - 1 | 213 - 2 | 218 - 4 | 223 - 4 |  |

1. **Раневая инфекция**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 230 - 1 | 239 - 2 | 248 - 2 | 257 - 4 | 266 - 1 | 275 - 1 | 284 - 1 |
| 231 - 2 | 240 - 2 | 249 - 5 | 258 - 3 | 267 - 3 | 276 - 2 | 285 - 2 |
| 232 - 3 | 241 - 5 | 250 - 3 | 259 - 2 | 268 - 4 | 277 - 1 | 286 - 5 |
| 233 - 5 | 242 - 4 | 251 - 2 | 260 - 5 | 269 - 4 | 278 - 3 | 287 - 5 |
| 234 - 1 | 243 - 5 | 252 - 4 | 261 - 3 | 270 - 1 | 279 - 2 |  |
| 235 - 1 | 244 - 5 | 253 - 1 | 262 - 3 | 271 - 3 | 280 - 2 |  |
| 236 - 2 | 245 - 3 | 254 - 4 | 263 - 5 | 272 - 1 | 281 - 3 |  |
| 237 - 1 | 246 - 1 | 255 - 3 | 264 – 5 | 273 - 3 | 282 - 2 |  |
| 238 - 3 | 247 - 5 | 256 - 1 | 265 - 2 | 274 - 3 | 283 - 3 |  |

1. **Комбинированные поражения**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 288 - 1 | 296 - 2 | 304 - 4 | 312 - 5 | 320 - 4 | 328 - 1 |
| 289 - 5 | 297 - 2 | 305 - 5 | 313 - 3 | 321 - 3 | 329 - 1 |
| 290 - 1 | 298 - 1 | 306 - 1 | 314 - 2 | 322 - 3 | 330 - 1 |
| 291 - 2 | 299 - 5 | 307 - 2 | 315 - 2 | 323 - 4 | 331 - 4 |
| 292 - 4 | 300 - 1 | 308 - 4 | 316 - 4 | 324 - 3 | 332 - 3 |
| 293 - 1 | 301 - 5 | 309 - 3 | 317 - 2 | 325 - 2 | 333 - 1 |
| 294 - 5 | 302 - 4 | 310 - 3 | 318 - 1 | 326 - 4 |  |
| 295 - 4 | 303 - 3 | 311 - 2 | 319 - 3 | 327 - 4 |  |

1. **Термические поражения**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 344 - 3 | 357 - 2 | 370 - 4 | 383 - 1 | 396 - 1 | 409 - 3 | 422 - 5 |
| 345 - 1 | 358 - 1 | 371 - 2 | 384 - 1 | 397 - 3 | 410 - 3 | 423 - 2 |
| 346 - 3 | 359 - 2 | 372 - 3 | 385 - 2 | 398 - 2 | 411 - 2 | 424 - 2 |
| 347 - 4 | 360 - 2 | 373 - 1 | 386 - 4 | 399 - 3 | 412 - 2 | 425 - 1 |
| 348 - 1 | 361 - 3 | 374 - 3 | 387 - 5 | 400 - 1 | 413 - 3 | 426 - 2 |
| 349 - 1 | 362 - 3 | 375 - 2 | 388 - 3 | 401 - 5 | 414 - 1 | 427 - 4 |
| 350 - 2 | 363 - 2 | 376 - 3 | 389 - 2 | 402 - 3 | 415 - 3 | 428 - 3 |
| 351 - 5 | 364 - 2 | 377 - 4 | 390 - 5 | 403 - 1 | 416 - 2 | 429 - 3 |
| 352 - 4 | 365 - 3 | 378 - 2 | 391 - 2 | 404 - 3 | 417 - 3 |  |
| 353 - 1 | 366 - 1 | 379 - 5 | 392 - 4 | 405 - 3 | 418 - 1 |  |
| 354 - 5 | 367 - 4 | 380 - 4 | 393 - 2 | 406 - 2 | 419 - 4 |  |
| 355 - 1 | 368 - 1 | 381 - 5 | 394 - 2 | 407 - 1 | 420 - 1 |  |
| 356 - 2 | 369 - 4 | 382 - 1 | 395 - 2 | 408 - 4 | 421 - 1 |  |

1. **Ранения и закрытые повреждения головы и шеи**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 431 - 1 | 439 - 1 | 447 - 3 | 455 - 2 | 463 - 4 | 471 - 3 |
| 432 - 4 | 440 - 3 | 448 - 1 | 456 - 1 | 464 - 1 | 472 - 2 |
| 433 - 4 | 441 - 5 | 449 - 4 | 457 - 3 | 465 - 5 | 473 - 4 |
| 434 - 2 | 442 - 1 | 450 - 2 | 458 - 3 | 466 - 4 |  |
| 435 - 5 | 443 - 5 | 451 - 1 | 459 - 4 | 467 - 2 |  |
| 436 - 3 | 444 - 1 | 452 - 4 | 460 - 1 | 468 - 4 |  |
| 437 - 5 | 445 - 2 | 453 - 4 | 461 - 2 | 469 - 2 |  |
| 438 - 7 | 446 - 1 | 454 - 3 | 462 - 3 | 470 - 1 |  |

1. **Ранения и закрытые повреждения груди**

482 - 2 483 - 3 484 - 1 485 - 3 486 - 4 487 - 2 488 - 3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 489 - 5 | 494 - 5 | 499 - 1 | 504 - 4 | 509 - 3 |
| 490 - 2 | 495 - 5 | 500 - 2 | 505 - 3 | 510 - 1 |
| 491 - 4 | 496 - 2 | 501 - 1 | 506 - 5 |  |
| 492 - 1 | 497 - 4 | 502 - 1 | 507 - 3 |  |
| 493 - 4 | 498 - 5 | 503 - 2 | 508 - 4 |  |

1. **Ранения и закрытые повреждения живота**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 518 - 1 | 521 - 4 | 524 - 4 | 527 - 1 | 530 - 3 |
| 519 - 2 | 522 - 3 | 525 - 3 | 528 - 3 | 531 - 4 |
| 520 - 5 | 523 - 2 | 526 - 5 | 529 - 1 |  |

1. **Ранения конечностей**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 537 - 1 | 540 - 3 | 543 - 2 | 546 - 4 |
| 538 - 3 | 541 - 4 | 544 - 4 | 547 - 3 |
| 539 - 3 | 542 - 5 | 545 - 5 |  |