

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Институт клинической медицины им.Н.В.Склифосовского
Кафедра травматологии, ортопедии и хирургии катастроф

Методические материалы по дисциплине:

Вертебрология и мануальная медицина

основная профессиональная образовательная программа
профессионального образования - программа специалитета

31.05.02 – педиатрия

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

	При закрытом переломе диафиза бедра непосредственную опасность представляет:
	А. Развитие тромбоэмболии легочной артерии
	В. Значительная кровопотеря
	С. Выраженный болевой синдром
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При переломе диафиза бедра в верхней трети костные отломки смещаются:
	А. Проксимальный и дистальный – кнаружи и навстречу друг другу с захождением
	В. Проксимальный и дистальный – кнутри и навстречу друг другу с захождением
+	С. Проксимальный – кнаружи, дистальный – кнутри и вверх
	Д. Проксимальный – кнутри, дистальный – кнаружи и вверх
	Е. Дистальный – кзади, проксимальный – кнутри
	При переломе диафиза бедра в нижней трети костные отломки смещаются:
	А. Проксимальный и дистальный – кнаружи и навстречу друг другу с захождением
	В. Проксимальный и дистальный – кнутри и навстречу друг другу с захождением
	С. Проксимальный – кнаружи, дистальный – кнутри и вверх
	Д. Проксимальный – кнутри, дистальный – кнаружи и вверх
+	Е. Дистальный – кзади, проксимальный – кнутри
	При переломе диафиза бедренной кости со смещением происходит ее:
+	А. Абсолютное и относительное укорочение
	В. Абсолютное удлинение и относительное укорочение
	С. Абсолютное укорочение и относительное удлинение
	Д. Только абсолютное укорочение
	Е. Только относительное укорочение
	Приведение и внутренняя ротация бедра характерны для вывиха бедра:
	А. Подвздошного и лонного
+	В. Подвздошного и седалищного
	С. Лонного и седалищного
	Д. Лонного и запирательного
	Е. Седалищного и запирательного
	Отведение и наружная ротация бедра характерны для вывиха бедра:
	А. Подвздошного и лонного
	В. Подвздошного и седалищного
	С. Лонного и седалищного
+	Д. Лонного и запирательного
	Е. Седалищного и запирательного
	После вправления вывиха бедра применяют:
	А. Иммобилизацию гипсовой кокситной укороченной повязкой до 3-4 недель
+	В. Иммобилизацию скелетным вытяжением до 3-4 недель
	С. Иммобилизацию положением в постели (поза Волковича) до 3-4 недель
	Д. Иммобилизацию гипсовой шиной на 1 неделю, после чего разрешают ходить с частичной (1 неделя) и затем полной нагрузкой
	Е. Иммобилизацию не применяют, но исключают нагрузку до 3-4 недель (ходьба на костылях)
	Укажите оптимальную тактику при свежем вывихе бедра.
	А. Закрытое вправление под местной анестезией с последующей активизацией на костылях без нагрузки на больную ногу;
	В. Закрытое вправление под наркозом с последующей активизацией на костылях без нагрузки на больную ногу;
	С. Закрытое вправление под наркозом с последующим наложением гипсовой кокситной повязки;
+	Д. Закрытое вправление под наркозом с последующим наложением скелетного вытяжения;
	Е. Открытое вправление с ушиванием или пластикой капсулы сустава и наложением гипсовой кокситной повязки на 3,5 мес.

	При вправлении вывиха бедра оптимальной является анестезия:
	А. Введение концентрированного (2 %) раствора новокаина в полость сустава
	В. Футлярная анестезия
	С. Блокада седалищного и бедренного нервов
	Д. Внутритазовая блокада по Школьникову
+	Е. Наркоз
	Укажите возможные осложнения после заднего вывиха бедра
	А. Рецидив вывиха
	В. Повреждение седалищного нерва
	С. Асептический некроз головки бедра
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Укажите исследования, которые, помимо рентгенографии тазобедренного сустава, показаны при подозрении на вывих бедра
	А. Компьютерная томография (КТ)
	В. Обзорная рентгенография костей таза
	С. Радиоизотопное исследование (сцинтиграфия)
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При вывихе акромиального конца ключицы возможным методом лечения являются:
	А. Оперативное лечение;
	В. Повязка – «португеза»
	С. 8-образная повязка
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При полном вывихе акромиального конца ключицы определяется симптом:
	А. Передней лестничной мышцы
+	В. Клавиши
	С. Умбиликации
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	После вправления заднего вывиха предплечья ошибочными являются действия:
	А. Отказ от иммобилизации с разрешением ранних движений в суставе
	В. Гипсовая иммобилизация до 4 недель с последующей разработкой движений
	С. Физиотерапия (тепловые процедуры) с первого дня для уменьшения реактивного воспаления
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При заднем вывихе предплечья нарушается:
	А. Линия Маркса
+	В. Треугольник Гютера
	С. Угол Белера
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Укажите возможные ранние осложнения при вывихе голени
	А. Повреждение подколенной артерии
	В. Повреждение малоберцового нерва
	С. Шок
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Укажите возможную лечебную тактику при подтаранном вывихе стопы
	А. Оперативное лечение по экстренным показаниям
	В. Одномоментное закрытое вправление с наложением гипсовой повязки
	С. Скелетное вытяжение
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	В каком суставе из перечисленных наиболее часто происходят вывихи?
	А. Коленный

	В. Тазобедренный
+	С. Плечевой
	Д. Локтевой
	Е. Лучезапястный
	При вывихе плеча может возникнуть:
	А. Отрыв хрящевой губы от суставного отростка лопатки (повреждение Банкарта)
	В. Разрыв ротаторной манжеты
	С. Импрессия головки плечевой кости (повреждение Хилла-Сакса)
	Д. Отрыв большого бугорка плечевой кости
+	Е. Все перечисленное
	Повреждение Хилла-Сакса – это:
	А. Разрыв сухожилий надлопаточной, малой круглой, подостной и надостной мышц
	В. Отрыв хрящевой губы от переднего края суставного отростка лопатки
+	С. Импрессия головки плечевой кости
	Д. Сочетание вывиха головки плеча с переломом анатомической шейки плечевой кости
	Е. Сочетание вывиха плеча с отрывом большого бугорка плечевой кости
	Повреждение Банкарта – это:
	А. Разрыв сухожилий надлопаточной, малой круглой, подостной и надостной мышц
+	В. Отрыв хрящевой губы от переднего края суставного отростка лопатки
	С. Импрессия головки плечевой кости
	Д. Сочетание вывиха головки плеча с переломом анатомической шейки плечевой кости
	Е. Сочетание вывиха плеча с отрывом большого бугорка плечевой кости
	Повреждение ротаторной манжеты плеча – это:
+	А. Разрыв сухожилий надлопаточной, малой круглой, подостной и надостной мышц
	В. Отрыв хрящевой губы с капсульно-связочным комплексом от переднего края суставного отростка лопатки
	С. Разрыв дельтовидной мышцы и сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча
	Д. Разрыв капсулы сустава с формированием ее значительного дефекта, провоцирующего рецидивы вывиха
	Е. Отрыв большого бугорка плечевой кости с прикрепляющимися к нему сухожилиями
	Укажите оптимальный вариант лечебной иммобилизации после вправления первичного вывиха плеча у молодого трудоспособного пациента
	А. Отводящая шина ЦИТО
+	В. Гипсовая повязка Дезо
	С. Косыночная марлевая повязка
	Д. Повязка-«змейка»
	Е. В данном случае внешняя иммобилизация не показана
	Укажите оптимальный вариант анестезии при вправлении первичного вывиха плеча у молодого трудоспособного пациента
	А. Эндотрахеальный наркоз
+	В. Внутривенный наркоз
	С. Эпидуральная анестезия
	Д. Местная анестезия
	Е. Первичный вывих плеча вправляют щадящим методом без анестезии
	В чем заключается повышенная опасность вправления вывиха плеча по методу Кохера у пожилых пациентов?
	А. Во время проведения манипуляции возможен перелом шейки плеча на фоне старческого остеопороза
	В. Необходимость выполнения манипуляции под наркозом, что у пожилых представляет дополнительный риск
	С. Нарушение кровоснабжения головки плечевой кости с развитием асептического некроза
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Причиной привычного вывиха плеча может явиться:
	А. Вправление вывиха без адекватного обезболивания
	В. Ранняя (через 1 неделю) функциональная нагрузка после вправления вывиха
	С. Отрыв хрящевой губы от переднего края суставного отростка лопатки (повреждение Банкарта)
	Д. Только варианты А и В

+	Е. Варианты А,В и С
	При лечении привычного вывиха плеча можно применить:
	А. Оперативное лечение по Бойчеву
	В. Артроскопию плечевого сустава
	С. Длительную (до 1,5 месяцев) иммобилизацию с последующей разработкой движений
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Укажите осложнения, которые могут возникнуть вследствие вывиха плеча.
	Контрактура
	Привычный вывих
	Посттравматический плексит
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	После вправления вывиха плеча ватно-марлевый валик, уложенный в подмышечную впадину:
	А. Уменьшает болевой синдром, так как усиливает иммобилизацию
+	В. Препятствует развитию контрактуры плечевого сустава, так как уменьшает вероятность скопления гематомы в кармане Ридера
	С. Предотвращает рецидив вывиха, так как препятствует смещению головки плечевой кости в подмышечную ямку
	Д. Препятствует формированию опрелостей, так как впитывает влагу
	Е. Валик противопоказан, так как давит на подмышечное сплетение и может вызвать плексит
	Симптом баллотирования надколенника НЕ МОЖЕТ развиваться вследствие:
	А. Острой механической травмы коленного сустава
	В. Застарелого повреждения мениска
	С. Остеoarтроза коленного сустава
+	Д. Хронической венозной недостаточности нижней конечности
	Е. Гнойного артрита коленного сустава
	Симптом баллотирования надколенника является достоверным признаком:
	А. Повреждения передней крестообразной связки коленного сустава
	В. Внутрисуставного перелома мыщелка большеберцовой кости
	С. Гемартроза коленного сустава
+	Д. Гидрартроза коленного сустава
	Е. Хронического синовита коленного сустава
	Что может говорить о наличии гемартроза коленного сустава?
	А. Выбухание верхнего заворота;
	В. Баллотация надколенника
	С. Симптом переднего выдвижного ящика.
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для гемартроза коленного сустава характерно:
	А. Распирающая боль
	В. Ограничение сгибания в коленном суставе
	С. Симптом Байкова
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Повреждения каких структур НЕ МОГУТ вызвать развитие гемартроза коленного сустава?
	А. Менисков
	В. Крестообразных связок
+	С. Коллатеральной малоберцовой связки
	Д. Синовиальной капсулы сустава
	Е. Межмышечкового возвышения большеберцовой кости
	Переломы диафиза большеберцовой кости хуже всего срастаются:
	А. В верхней трети, так как там затруднена репозиция костных отломков
	В. В верхней трети, так как прикрепляющиеся мышцы создают там значительные боковые и

	ротационные смещающие нагрузки
	С. В средней трети, так как прикрепляющиеся мышцы создают там значительные боковые и ротационные смещающие нагрузки
	Д. В средней трети, так как кость в этой области хуже всего кровоснабжается
+	Е. В нижней трети, так как кость в этой области хуже всего кровоснабжается
	При переломе диафизов костей голени скелетное вытяжение накладывают:
	А. На 5-8 см дистальнее области перелома
+	В. За пяточную кость
	С. За бугристость большеберцовой кости
	Д. За надмыщелки бедра
	Е. За надлодыжечную область
	Аппарат внешней фиксации является наиболее предпочтительным методом остеосинтеза перелома диафизов костей голени:
	А. При нестабильном винтообразном переломе большеберцовой кости
	В. При переломах обеих костей голени на одном уровне
+	С. При первично открытом переломе с инфицированием костной раны
	Д. При многооскольчатых переломах
	Е. При внутрисуставных переломах
	Для уточнения диагноза при подозрении на импрессионный перелом мыщелка большеберцовой кости помимо стандартной рентгенографии можно выполнить:
	А. Ультразвуковое исследование (УЗИ)
+	В. Компьютерную томографию (КТ)
	С. Стрессовые рентгенограммы коленного сустава с боковой нагрузкой
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А, В и С
	Укажите наиболее вероятное сопутствующее повреждение при винтообразном переломе большеберцовой кости на границе нижней и средней трети со смещением
	А. Перелом малоберцовой кости на том же уровне
+	В. Перелом малоберцовой кости в верхней трети
	С. Перелом внутренней лодыжки
	Д. Разрыв дистального межберцового синдесмоза
	Е. Сопутствующие повреждения для такого перелома не характерны
	Что характерно для изолированного перелома малоберцовой кости?
	А. Нарушение опорности конечности
+	В. Болезненность при осевой нагрузке
	С. Абсолютное укорочение сегмента
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А, В и С
	Об интерпозиции мягкими тканями при переломе костей голени свидетельствует:
	А. Симптом умбиликации;
	В. Отсутствие крепитации отломков при первичном осмотре
	С. Патологическая подвижность в зоне повреждения;
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А, В и С
	К достоверным признакам переломов ребер относят:
+	А. Костную крепитацию
	В. Развитие гемо- или пневмоторакса
	С. Симптом прерванного вдоха
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А, В и С
	Множественными называют переломы ребер:
	А. Перелом одного ребра в двух местах
	В. Начиная с перелома двух ребер
+	С. Начиная с перелома трех ребер
	Д. Начиная с перелома четырех ребер
	Е. Перелом ребер в сочетании с переломами других костей
	Парадоксальное дыхание возникает при переломах ребер:
	А. Множественных

+	В. Окончатых
	С. Двухсторонних
	Д. Осложненных повреждением плевры
	Е. Развитие парадоксального дыхания не связано с повреждением ребер
	При парадоксальном дыхании легкое на стороне поражения при вдохе:
	А. Беспорядочно спадается и расправляется во время дыхательных движений
	В. Начав расправляться, останавливается при продолжающемся вдохе
	С. Не меняет объем
	Д. Расправляется
+	Е. Спадается
	Вагосимпатическая блокада по А.В.Вишневскому показана при переломах ребер:
	А. Осложненных повреждением легкого
	В. Множественных
	С. Окончатых
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Какой способ не применяют для снижения болевого синдрома, вызванного переломами ребер?
	А. Блокада межреберных нервов
	В. Паравертебральная блокада
	С. Перидуральная анестезия
+	Д. Вагосимпатическая блокада
	Е. Стягивающая повязка на грудную клетку
	В лечении неосложненных переломов ребер следует применять:
	Постельный режим, положение полусидячее
+	Дыхательную гимнастику с первого дня
	Иммобилизацию повреждений (стягивающая повязка) на несколько дней
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При нарушении каркасности грудной клетки на фоне переломов ребер применяют:
	А. Внешние фиксирующие шины
	В. Постоянное вытяжение
	С. Тугое бинтование груди
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При закрытом переломе ребра может развиваться:
	А. Подкожная эмфизема
	В. Напряженный пневмоторакс
	С. Закрытый пневмоторакс
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Для «флотирующих» переломов ребер характерно:
	А. Выраженная одышка
	В. Парадоксальное дыхание
	С. Дислокация органов средостения
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Наиболее часто перелому грудины сопутствует:
	А. Синдром травматической асфиксии
	В. Повреждение легкого
+	С. Ушиб сердца
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какие инструментальные исследования показаны при подозрении на перелом грудины?
	А. Рентгенография
	В. ЭКГ
	С. Сцинтиграфия
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С

	Шейная вагосимпатическая блокада показана при:
	А. Множественных переломах ребер
	В. Ожоге верхних дыхательных путей
	С. Проникающем ножевом ранении груди
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	У детей, в отличие от взрослых:
	А. Надкостница толще, кости прочнее и срастаются лучше
	В. Надкостница тоньше, но кости прочнее и срастаются лучше
+	С. Надкостница толще, кости менее прочные, но срастаются лучше
	Д. Надкостница толще, кости менее прочные и срастаются хуже
	Е. Надкостница тоньше, кости менее прочные и срастаются хуже
	У ребенка, согласно схеме Дигби, проксимальная эпифизарная зона имеет наибольшее значение для роста костей:
	А. Голени
	В. Плечевой
	С. Предплечья
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Эпифизеолизом называют:
	А. Расплавление кости в зоне эпифиза вследствие гнойного процесса
	В. Разрушение эпифизарной зоны на фоне остеопороза
	С. Кистозная дегенерация кости в зоне эпифиза на фоне остеоартроза
+	Д. Травматическое разрушение росткового эпифизарного хряща у детей
	Е. Околосуставной перелом у детей с переходом на ростковую зону
	Для детского возраста характерны переломы:
	А. Импрессионные
+	В. Поднадкостничные
	С. Многооскольчатые
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При эпифизеолизе со смещением оптимальной лечебной тактикой у ребенка является:
	А. Ранняя функциональная нагрузка без внешней иммобилизации
+	В. Закрытая ручная репозиция с фиксацией гипсовой повязкой
	С. Скелетное вытяжение
	Д. Открытая репозиция и погружная фиксация
	Е. Наложение спицевого или стержневого аппарата
	Резкая тяга ребенка за вытянутую руку (удерживание от падения) часто приводит:
	А. К эпифизеолизу дистального отдела лучевой кости
	В. К перелому локтевого отростка
+	С. К подвывиху головки лучевой кости
	Д. К наружному вывиху предплечья
	Е. К вывиху плеча
	При переломе диафизов длинных трубчатых костей чем младше возраст ребенка, тем больше показаний:
+	А. К консервативному лечению
	В. К экстренному оперативному лечению (погружной остеосинтез)
	С. К оперативному лечению (погружной остеосинтез) в отсроченном порядке
	Д. К фиксации перелома с помощью стержневых или спицевых аппаратов
	Е. На выбор лечебной тактики влияет не возраст, а только конфигурация перелома
	Какие повреждения у ребенка в наибольшей степени представляют опасность развития в последующем деформаций?
+	А. Эпифизеолиз проксимального отдела большеберцовой кости со смещением
	В. Перелом диафиза плеча с неустраненной угловой деформацией 10°
	С. Оскольчатый перелом диафиза бедра со смещением по ширине и укорочением
	Д. Все указанные повреждения
	Е. Ни одно из указанных повреждений, так как по мере роста деформации нивелируются

	Какая походка характерна при косолапости?
	А. «Утиная»
	В. Подпрыгивающая
	С. Щадящая хромота
	Д. Нещадящая хромота
+	Е. Работа «мельничного колеса»
	Какие симптомы могут говорить о переломе ладьевидной кости кисти?
	А. Болезненная осевая нагрузка по оси I и II пальцев
	В. Болезненность при нажатии в области «анатомической табакерки»
	С. Штыкообразная деформация в области лучезапястного сустава
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А, В и С
	При каком переломе со смещением наиболее вероятно развитие асептического некроза фрагментов поврежденной кости?
	Переломо-вывих основания I пястной кости (Беннета)
+	Ладьевидная кость кисти
	Дистальный метаэпифиз лучевой кости
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А, В и С
	В лечении перелома ладьевидной кости кисти со смещением НЕ ПРИМЕНЯЮТ:
	А. Закрытую репозицию с наложением гипсовой повязки до 10-12 недель
	В. Оперативное лечение (остеосинтез)
	С. Эндопротезирование
+	Д. Функциональное лечение (ранние движения без иммобилизации)
	Е. Применяют все указанные методы лечения
	Какое положение кисти отмечается при поражении лучевого нерва?
+	А. «Висящая» кисть
	В. Писчий спазм
	С. «Обезьянья лапа»
	Д. «Когтистая лапа»
	Е. «Медвежья лапа»
	Какое положение кисти отмечается при поражении локтевого нерва?
	А. «Висящая» кисть
	В. Писчий спазм
	С. «Обезьянья лапа»
+	Д. «Когтистая лапа»
	Е. «Медвежья лапа»
	Какое положение кисти отмечается при поражении срединного нерва?
	А. «Висящая» кисть
	В. Писчий спазм
+	С. «Обезьянья лапа»
	Д. «Когтистая лапа»
	Е. «Медвежья лапа»
	В случае поражения локтевого нерва при сжатии кисти в кулак не сгибаются:
	А. Только I палец
	В. I и II пальцы
	С. I, II и III пальцы
	Д. III, IV и V пальцы
+	Е. IV и V пальцы
	В случае поражения срединного нерва при сжатии кисти в кулак не сгибаются:
	А. Только I палец
+	В. I и II пальцы
	С. I, II и III пальцы
	Д. III, IV и V пальцы
	Е. IV и V пальцы
	Какой нерв поражается при синдроме запястного канала?
+	А. Срединный
	В. Локтевой
	С. Лучевой

	Д. Плечевой
	Е. Плечевое сплетение
	Какой нерв поражается при синдроме ложа Гийона?
	А. Срединный
+	В. Локтевой
	С. Лучевой
	Д. Седалищный
	Е. Малоберцовый
	При повреждении сухожилия глубокого сгибателя пальца кисти отсутствует активное сгибание:
	А. Только основной фаланги
	В. Только средней фаланги
+	С. Только концевой фаланги
	Д. Только средней и концевой фаланг
	Е. Основной, средней и концевой фаланг
	При повреждении сухожилий глубокого и поверхностного сгибателей пальца кисти отсутствует активное сгибание:
	А. Только основной фаланги
	В. Только средней фаланги
	С. Только концевой фаланги
+	Д. Только средней и концевой фаланг
	Е. Основной, средней и концевой фаланг
	Укажите возможные осложнения при переломе ключицы со смещением
	А. Перфорация кожи
	В. Повреждение сосудов
	С. Повреждение плевры
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Укажите варианты лечебной иммобилизации при переломе ключицы
	А. 8-образная повязка
	В. Рамка Чижина
	С. Кольца Дельбе
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При повреждении мениска коленного сустава с явлениями «блока» следует выполнить:
	А. Экстренное закрытое устранение «блока» с последующей гипсовой иммобилизацией
	В. Экстренное закрытое устранение «блока» с последующей артроскопией в срочном порядке
	С. Экстренное закрытое устранение «блока» с последующей артротомией и менискэктомией
+	Д. Гипсовая иммобилизация без попыток устранения «блока» и артроскопия по экстренным или срочным показаниям
	Е. Экстренная артротомия, менискэктомия
	При подозрении на повреждение менисков коленного сустава диагноз можно уточнить с помощью:
	Ультразвукового исследования (УЗИ)
	Магнитно-резонансной томографии (МРТ)
	Компьютерной томографии (КТ)
+	Только варианты А и В
	Варианты А,В и С
	К повреждению менисков коленного сустава НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ симптом:
	А. Щелчка.
	В. Турецкой посадки;
+	С. Боковой девиации голени
	Д. Лестницы
	Е. Штеймана-Бухарда

	К повреждению менисков коленного сустава НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ симптом:
	А. Ладони;
+	В. Высокого стояния надколенника
	С. Перельмана («калоши»)
	Д. Блокады
	Е. Байкова
	Укажите оптимальную тактику при полном разрыве большеберцовой коллатеральной связки коленного сустава
	А. Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной варусной девиации
	В. Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной вальгусной девиации
+	С. Перкутанный шов связки в первые трое суток с момента травмы
	Д. Перкутанный шов связки после стихания острых явлений (не раньше, чем через 1 неделю)
	Е. Пластика связки с обнажением зоны повреждения
	Укажите оптимальную тактику при частичном повреждении большеберцовой коллатеральной связки коленного сустава
+	А. Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной варусной девиации
	В. Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной вальгусной девиации
	С. Перкутанный шов связки в первые трое суток с момента травмы
	Д. Перкутанный шов связки после стихания острых явлений (не раньше, чем через 1 неделю)
	Е. Пластика связки с обнажением зоны повреждения
	Укажите оптимальную тактику при полном разрыве малоберцовой коллатеральной связки коленного сустава
	А. Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной варусной девиации
	В. Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной вальгусной девиации
	С. Перкутанный шов связки в первые трое суток с момента травмы
	Д. Перкутанный шов связки после стихания острых явлений (не раньше, чем через 1 неделю)
+	Е. Пластика связки с обнажением зоны повреждения
	В случае консервативного лечения разрыва большеберцовой коллатеральной связки коленного сустава средний срок иммобилизации составит:
	А. 1 неделю
	В. 3 недели
	С. 1 месяц
+	Д. 6 недель
	Е. 2,5 месяца
	При повреждении передней крестообразной связки коленного сустава восстановления качества жизни можно добиться, применив следующую тактику:
	А. Артроскопическое протезирование связки с последующим укреплением мышц конечности
	В. Внешняя иммобилизация в остром периоде с последующим укреплением мышц конечности
	С. Санационная артроскопия с последующим укреплением мышц конечности
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А, В и С
	О повреждении наружной боковой связки коленного сустава свидетельствует:
	А. Симптом Байкова;
+	В. Избыточная внутренняя девиация голени.
	С. Симптом переднего выдвижного ящика;
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А, В и С
	При повреждении передней крестообразной связки коленного сустава определяется положительный:
	А. Тест Лахмана
	В. Симптом переднего выдвижного ящика
	С. Симптом заднего выдвижного ящика
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А, В и С
	Какой тест или симптом будет положительным при разрыве большеберцовой

	коллатеральной связки коленного сустава?
+	А. Абдукционный тест (вальгусная девиация голени)
	В. Аддукционный тест (варусная девиация голени)
	С. Тест Лахмана
	Д. Симптом переднего выдвижного ящика
	Е. Симптом заднего выдвижного ящика
	Какой тест или симптом будет положительным при разрыве малоберцовой коллатеральной связки коленного сустава?
	А. Абдукционный тест (вальгусная девиация голени)
+	В. Аддукционный тест (варусная девиация голени)
	С. Тест Лахмана
	Д. Симптом переднего выдвижного ящика
	Е. Симптом заднего выдвижного ящика
	Какое исследование поможет уточнить диагноз повреждения коллатеральных связок коленного сустава?
	А. Сравнительные рентгенограммы коленных суставов с варусной и вальгусной нагрузкой
	В. Магнитно-резонансная томография (МРТ)
	С. Ультразвуковое исследование (УЗИ)
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	К разгибательному аппарату коленного сустава НЕ ОТНОСИТСЯ:
	А. Четырехглавая мышца бедра
	В. Надколенник
+	С. Передняя крестообразная связка
	Д. Сухожильное растяжение четырехглавой мышцы бедра
	Е. Связка надколенника
	К разгибательному аппарату коленного сустава относят:
	А. Четырехглавую мышцу бедра
	В. Связку надколенника
	С. Надколенник
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	На стабильность коленного сустава НЕ ВЛИЯЕТ:
	А. Сухожилие четырехглавой мышцы бедра
	В. Мениски
	С. Связка надколенника
	Д. Синовиальная капсула
+	Е. Все перечисленные компоненты влияют на стабильность коленного сустава
	Какой из перечисленных компонентов коленного сустава повреждается чаще всего?
	А. Наружный мениск
+	В. Внутренний мениск
	С. Передняя крестообразная связка
	Д. Малоберцовая коллатеральная связка
	Е. Большеберцовая коллатеральная связка
	Киста Беккера – это:
	А. Разрежение костной ткани в области мыщелков бедренной и большеберцовой костей на фоне остеоартроза
	В. Дегенеративные изменения менисков с формированием в их теле полостей, заполненных синовиальной жидкостью
+	С. Растяжение слизистой сухожильной сумки в подколенной области
	Д. Стабильное выбухание верхнего заворота коленного сустава на фоне хронического синовита
	Е. Очаг костной деструкции на фоне системного остеопороза
	«Суставная мышь» может образоваться в коленном суставе вследствие:
	А. Болезни Кенига
	В. Повреждения мениска
	С. Хондроматоза
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С

	В лечении внутрисуставных переломов мыщелков бедренной или большеберцовой костей после стабильного остеосинтеза важнейшей задачей послеоперационного периода является:
	А. Создание максимального покоя коленного сустава на длительный срок (гипсовая повязка до 1,5-2 месяцев)
	В. При жесткой фиксации коленного обеспечение ранних активных движений в смежных суставах (тазобедренном и голеностопном) для профилактики мышечной гипотрофии
+	С. Обеспечение ранних движений в коленном суставе (съёмная повязка или шарнирный ортез)
	Д. Обеспечение опорной нагрузки на оперированную конечность в первую неделю
	Е. При анатомически точном восстановлении суставных поверхностей и стабильной фиксации костных отломков специальных реабилитационных мероприятий не требуется
	При внутрисуставных переломах области коленного сустава со смещением артроскопия позволяет:
	А. Выявить и при необходимости устранить сопутствующие внутрисуставные повреждения
	В. Уменьшить травматичность выполняемой репозиции и остеосинтеза
	С. Визуально контролировать точность репозиции без выполнения артротомии
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	В случае внутрисуставного перелома области коленного сустава со смещением при отсутствии оптимальных фиксаторов для остеосинтеза следует:
	А. Выполнить репозицию и остеосинтез в экстренном порядке с использованием имеющихся фиксаторов, так как восстановление суставных поверхностей – неотложная задача
+	В. Отложить операцию, выполнив временную фиксацию с помощью скелетного вытяжения
	С. Отложить операцию, выполнив временную фиксацию с помощью гипсовой повязки
	Д. Отложить операцию, выполнив временную фиксацию с помощью транспортной шины
	Е. Избрать консервативную тактику с наложением скелетного вытяжения, а через 1-1,5 мес – ношения гипсовой повязки или ортеза
	Невозможность активного сгибания в коленном суставе возникает при поражении:
	А. Бедренного нерва
	В. Срединного нерва
	С. Малоберцового нерва
	Д. Большеберцового нерва
+	Е. Седалищного нерва
	Невозможность активного разгибания в коленном суставе возникает при поражении:
+	А. Бедренного нерва
	В. Срединного нерва
	С. Малоберцового нерва
	Д. Большеберцового нерва
	Е. Седалищного нерва
	Для внутрисуставных переломов мыщелков большеберцовой кости со смещением характерна девиация голени:
	А. Варусная при переломе наружного мыщелка и вальгусная – при переломе внутреннего
+	В. Варусная при переломе внутреннего мыщелка и вальгусная – при переломе наружного
	С. Варусная при переломе как наружного, так и внутреннего мыщелка за счет тяги мышц
	Д. Вальгусная при переломе как наружного, так и внутреннего мыщелка за счет тяги мышц
	Е. Девиация голени не характерна для переломов мыщелков большеберцовой кости
	При подвороте стопы кнаружи (пронационный перелом) может повреждаться:
	А. Дистальный межберцовый синдесмоз и наружная лодыжка
	В. Внутренняя лодыжка
	С. Дельтовидная связка
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Укажите повреждения, характерные для чрезмерной аддукции и супинации стопы.
	А. Разрыв дистального межберцового синдесмоза и перелом наружной лодыжки
	В. Косовертикальный перелом внутренней лодыжки;

	С. Разрыв дельтовидной связки.
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Завершенным пронационным переломом Дюпюитрена называют:
	А. Перелом обеих лодыжек с разрывом дистального межберцового синдесмоза и полным вывихом стопы кнаружи
	В. Перелом наружной лодыжки с разрывом дельтовидной связки и дистального межберцового синдесмоза и подвывихом стопы кнаружи
	С. Перелом обеих лодыжек с разрывом дистального межберцового синдесмоза и подвывихом стопы кнаружи
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Незавершенным пронационным переломом Дюпюитрена называют:
	А. Перелом внутренней лодыжки с разрывом дистального межберцового синдесмоза и подвывихом стопы кнаружи
	В. Перелом обеих лодыжек с подвывихом стопы кнаружи
	С. Перелом обеих лодыжек с разрывом дистального межберцового синдесмоза и подвывихом стопы кнаружи
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При завершенном супинационном переломе области голеностопного сустава может отмечаться подвывих стопы:
	А. Кнаружи
	В. Кнутри
	С. Кзади
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Основным повреждением при переломах типа Десто, позволяющим отнести их к данной группе, является:
	А. Перелом заднего края большеберцовой кости
	В. Перелом переднего края большеберцовой кости
	С. Разрыв дистального межберцового синдесмоза
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Основным повреждением при переломах типа Десто, позволяющим отнести их к данной группе, является:
	А. Отрывной перелом внутренней лодыжки;
	В. Косовертикальный перелом внутренней лодыжки;
	С. Полный разрыв дистального межберцового синдесмоза;
+	Д. Перелом заднего или переднего края большеберцовой кости
	Е. Перелом наружной лодыжки или малоберцовой кости в нижней трети (надсиндесмозное повреждение)
	При консервативном лечении переломов лодыжек гипсовую повязку со стопой накладывают до:
	А. Средней трети голени
+	В. Верхней трети голени (головки малоберцовой кости)
	С. Нижней трети бедра (надмышечковой области)
	Д. Средней трети бедра
	Е. Верхней трети бедра (ягодичной складки)
	При консервативном лечении перелома обеих лодыжек с подвывихом стопы кнаружи после закрытой ручной репозиции в первые сутки после травмы накладывают:
	А. Заднюю гипсовую лонгету
	В. U-образную гипсовую лонгету
+	С. U-образную и заднюю гипсовую лонгету
	Д. Циркулярную гипсовую повязку «сапожок»
	Е. Мостовидную гипсовую повязку
	При переломе Потта-Десто с вывихом стопы кзади «тройное» вытяжение по А.В. Каплану включает в себя:

	А. За пяточную кость – по оси голени, за надлодыжечную область – вверх, стопу – в положение разгибания
+	В. За пяточную кость – по оси голени, за надлодыжечную область – вниз, стопу – в положение разгибания
	С. За пяточную кость – по оси голени, за надлодыжечную область – вниз, стопу – в положение сгибания
	Д. За пяточную кость – вниз, за надлодыжечную область – вверх, стопу – в положение разгибания
	Е. За пяточную кость – вниз, за надлодыжечную область – вверх, стопу – в положение сгибания
	Какая лечебная тактика должна быть применена в случае перелома лодыжек с подвывихом стопы на фоне развившегося выраженного отека?
	А. Одномоментная ручная репозиция с наложением двухлонгетной гипсовой повязки и возвышенное положение конечности
	В. Одномоментная ручная репозиция с наложением циркулярной разрезной гипсовой повязки и возвышенное положение конечности
	С. Укладывание конечности в возвышенное положение на шину Белера до купирования отека, после чего – репозиция с наложением гипсовой повязки или операция
+	Д. Скелетное вытяжение за пяточную кость до купирования отека, после чего – репозиция с наложением гипсовой повязки или операция
	Е. Экстренная операция в первые сутки с момента обращения
	При переломах типа Дюпюитрена гипсовую повязку накладывают от кончиков пальцев до:
	А. Средней трети плеча;
	В. Верхней трети предплечья;
	С. Средней трети бедра;
+	Д. Верхней трети голени;
	Е. Средней трети голени.
	При переломе Потта-Десто с вывихом стопы кзади отмечается:
+	А. Укорочение переднего отдела стопы и ее сгибание
	В. Укорочение переднего отдела стопы и ее разгибание
	С. Удлинение переднего отдела стопы и ее сгибание
	Д. Удлинение переднего отдела стопы и ее разгибание
	Е. Длина переднего отдела стопы не изменяется
	При переломе Потта-Десто с вывихом стопы кпереди отмечается:
	А. Укорочение переднего отдела стопы и ее сгибание
	В. Укорочение переднего отдела стопы и ее разгибание
	С. Удлинение переднего отдела стопы и ее сгибание
+	Д. Удлинение переднего отдела стопы и ее разгибание
	Е. Длина переднего отдела стопы не изменяется
	В первые сутки после разрыва связки надколенника оптимальным методом лечения является:
	А. Консервативное – наложение гипсовой повязки со стопой в положении разгибания в коленном суставе
	В. Консервативное – наложение гипсовой повязки со стопой в положении сгибания в коленном суставе до 150°.
	С. Резекция концов связки со сшиванием «конец в конец» и наложением гипсовой повязки
+	Д. Перкутанный шов с наложением гипсовой повязки
	Е. Ауто- или гетеропластика поврежденной связки
	Внешняя иммобилизация при разрыве связки надколенника предусматривает:
	А. Сгибание в коленном суставе до 150°. И положение стопы 90°.
	В. Полное разгибание в коленном суставе и эквинусное положение стопы
+	С. Полное разгибание в коленном суставе и положение стопы 90°.
	Д. Полное разгибание в коленном суставе и отсутствие фиксации голеностопного сустава
	Е. Сгибание в коленном суставе до 150°. И отсутствие фиксации голеностопного сустава
	Латеропозиция надколенника – это:
	А. Травматический вывих надколенника в латеральную сторону
	В. Симптом, говорящий о повреждении латеральной боковой связки коленного сустава

+	С. Аномалия, связанная с дисплазией коленного сустава
	Д. Способ укладки при рентгенографии коленного сустава на фоне стрессовой боковой нагрузки
	Е. Положение надколенника при полном разрыве связки надколенника
	При переломе надколенника со смещением более 5 мм оптимальной тактикой является:
	А. Закрытая репозиция с наложением гипсовой фиксирующей повязки на 1-1,5 месяца
+	В. Операция остеосинтеза в первые сутки
	С. Операция остеосинтеза после стихания острых посттравматических явлений (7-10 суток)
	Д. Резекция проксимального фрагмента с пластикой разгибательного аппарата коленного сустава
	Е. Функциональное лечение – ранние движения и нагрузка по стихании болевого синдрома
	Укажите оптимальный вариант операции при поперечном переломе надколенника со смещением
	А. Остеосинтез спонгиозными винтами
	В. Остеосинтез лавсановым кисетным швом
+	С. Остеосинтез стягивающей проволоочной петлей
	Д. Остеосинтез с помощью наложения аппарата внешней фиксации
	Е. Резекция проксимального фрагмента с пластикой разгибательного аппарата коленного сустава
	До какого максимального значения может доходить величина диастаза между костными отломками надколенника при целости боковых поддерживающих связок?
	А. 2 мм
+	В. 4 мм
	С. 6 мм
	Д. 8 мм
	Е. 10 мм
	Какая походка характерна при укорочении конечности более, чем на 3 см?
	А. «Утиная»
	В. Подпрыгивающая
	С. Щадящая хромота
+	Д. Нещадящая хромота
	Е. Спастическая
	Какая походка характерна при удлинении ноги («конская стопа»)?
	А. «Утиная»
+	В. Подпрыгивающая
	С. Щадящая хромота
	Д. Нещадящая хромота
	Е. Работа «мельничного колеса»
	Положение больного или исследуемого сегмента при осмотре может быть:
	А. Активным
	В. Пассивным
	С. Вынужденным
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А, В и С
	Через какие точки проходит ось нижней конечности?
+	А. Передневерхняя ось крыла подвздошной кости – внутренний край надколенника – первый палец стопы
	В. Передневерхняя ось крыла подвздошной кости – внутренний край надколенника – третий палец стопы
	С. Передневерхняя ось крыла подвздошной кости – наружный край надколенника – первый палец стопы
	Д. Верхушка большого вертела бедренной кости – наружный край надколенника – третий палец стопы
	Е. Верхушка большого вертела бедренной кости – внутренний край надколенника – первый палец стопы
	Рекурвация – это:
	А. Искривление оси конечности кнаружи
	В. Искривление оси конечности кнутри

	С. Искривление оси конечности кпереди
+	Д. Искривление оси конечности кзади
	Е. Это состояние не связано с изменением оси конечности
	Антекурвация – это:
	А. Искривление оси конечности кнаружи
	В. Искривление оси конечности кнутри
+	С. Искривление оси конечности кпереди
	Д. Искривление оси конечности кзади
	Е. Это состояние не связано с изменением оси конечности
	Вальгусная деформация – это:
+	А. Искривление оси конечности кнаружи
	В. Искривление оси конечности кнутри
	С. Искривление оси конечности кпереди
	Д. Искривление оси конечности кзади
	Е. Это состояние не связано с изменением оси конечности
	Варусная деформация – это:
	А. Искривление оси конечности кнаружи
+	В. Искривление оси конечности кнутри
	С. Искривление оси конечности кпереди
	Д. Искривление оси конечности кзади
	Е. Это состояние не связано с изменением оси конечности
	Достоверным признаком перелома костей конечности является:
	А. Локальная болезненность при пальпации
+	В. Изменение абсолютной длины сегмента
	С. Выраженный отек в зоне повреждения
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	К достоверным признакам перелома костей конечности относят:
	А. Болезненность при нагрузке по оси конечности;
	В. Относительное укорочение конечности;
+	С. Патологическая подвижность в зоне травмы;
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для вывихов крупных суставов конечностей характерно:
	А. Пружинящее сопротивление при попытках движений в суставе
	В. Изменение относительной длины конечности
	С. Избыточная подвижность в области сустава
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для одышки характерно нарушение:
	А. Частоты дыхания
	В. Ритма дыхания
	С. Глубины дыхания
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Частота дыхания может меняться при:
	А. Асфиксии
	В. Черепно-мозговой травме
	С. Острой кровопотере
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Укажите правильный порядок осмотра пострадавшего.
	А. Живот, таз – грудь – спина, позвоночник – голова, шея – конечности
	В. Живот, таз – голова, шея – конечности – спина, позвоночник – грудь
+	С. Голова, шея – грудь – живот, таз – конечности – спина, позвоночник
	Д. Голова, шея – конечности – спина, позвоночник – грудь – живот, таз
	Е. Конечности – грудь – живот, таз – спина, позвоночник – голова, шея
	При падении с высоты на ноги, приведшему к переломам пяточных костей, наиболее вероятным сопутствующим повреждением является:

	А. «Вколоченный» перелом шейки бедренной кости
+	В. Перелом позвонков в поясничном отделе
	С. «Хлыстовой» перелом шейных позвонков
	Д. Перелом дна вертлужной впадины
	Е. Повреждение менисков коленных суставов
	Какие выделяют механизмы травмы при переломах?
+	А. Прямой и не прямой
	В. Колюще-режущий, тупой и огнестрельный
	С. Высокоэнергетический и низкоэнергетический
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А, В и С
	Вторично открытый перелом может возникнуть при:
	А. Непрямом механизме травмы
	В. Некрозе мягких тканей с постепенным обнажением кости
	С. Недостаточной иммобилизации при транспортировке
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А, В и С
	К высокоэнергетической травме относят:
	А. Огнестрельные поражения
	В. Автодорожные травмы
	С. Термические ожоги высокотемпературными горючими смесями
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А, В и С
	Роль биологической шины при сращении переломов выполняет костная мозоль:
	А. Эндостальная;
	В. Периостальная.
	С. Параоссальная;
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А, В и С
	Перелом считают открытым, когда:
	А. Имеется рана на уровне повреждения
	В. Имеется скальпированная обширная рана на 6 см дистальнее области перелома
	С. Имеются ожоги III Б ст. поврежденного сегмента
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А, В и С
	В универсальной классификации переломов (УКП) буквами А, В и С обозначается:
	А. Кость
	В. Сегмент кости
+	С. Тип перелома
	Д. Степень смещения костных отломков
	Е. Наличие и характер сопутствующих осложнений
	К оскольчатый диафизарным переломам по универсальной классификации переломов (УКП) относят:
	А. Только переломы типа А
	В. Только переломы типа В
	С. Только переломы типа С
	Д. Переломы типов А и В
+	Е. Переломы типов В и С
	К суставным переломам костей конечностей по универсальной классификации переломов (УКП) относят:
	А. Переломы типов А и В
+	В. Переломы типов В и С
	С. Только переломы типа В
	Д. Только переломы типа С
	Е. Внутрисуставной характер перелома в УКП не обозначают буквами
	В универсальной классификации переломов (УКП) первыми двумя цифрами обозначают:
	А. Кость
	В. Сегмент кости

	С. Характер смещения костных отломков
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Пластина с ограниченным контактом позволяет при остеосинтезе:
	А. Повысить точность репозиции
	В. Повысить прочность фиксации
+	С. Сохранить кровоснабжение костных фрагментов
	Д. Снизить стоимость имплантов
	Е. Упростить технику остеосинтеза
	Использование блокированных винтов при накостном остеосинтезе позволяет:
	А. Уменьшить травматичность операции
+	В. Повысить прочность фиксации
	С. Сохранить кровоснабжение костных фрагментов
	Д. Снизить стоимость имплантов
	Е. Упростить технику остеосинтеза
	Методом выбора при фиксации открытого перелома диафизов длинных трубчатых костей конечностей с обширным разрушением мягких тканей в первые сутки после травмы является:
	А. Скелетное вытяжение
	В. Гипсовая повязка
	С. Накостный остеосинтез
	Д. Интрамедуллярный остеосинтез
+	Е. Наложение аппарата внешней фиксации
	При закрытом оскольчатом переломе плеча в средней трети оптимальным методом лечения является:
+	А. Оперативное лечение (osteosynthesis);
	В. Скелетное вытяжение за локтевой отросток;
	С. Фиксация гипсовой повязкой типа Дезо;
	Д. Фиксация торако-брахиальной повязкой;
	Е. Функциональное лечение.
	Укажите локализацию повреждения, при котором имеется наибольшая опасность повреждения лучевого нерва:
	А. Оскольчатый перелом на границе верхней и средней трети плеча со смещением;
	В. Абдукционный перелом шейки плеча со смещением;
	С. Аддукционный перелом шейки плеча со смещением;
+	Д. Перелом диафиза плечевой кости на границе средней и нижней трети со смещением.
	Е. Перелом головчатого возвышения плечевой кости.
	При переломах плеча в средней трети укороченная (до верхней трети плеча) гипсовая повязка выполняет роль:
	А. Репонирующую;
	В. Фиксирующую;
+	С. И репонирующую, и фиксирующую;
	Д. Временной (транспортной) иммобилизации;
	Е. Вообще не применяется при таких переломах.
	При разрыве сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча при активном сгибании предплечья определяется:
	А. Западение в нижней трети плеча
	В. Пружинящее сопротивление
+	С. Выбухание в нижней трети плеча
	Д. Выбухание в верхней трети плеча
	Е. Активное сгибание невозможно
	При внутрисуставном переломе дистального отдела плечевой кости со смещением нарушается:
	А. Линия Розера-Нелатона
	В. Линия Шумахера
+	С. Линия Маркса
	Д. Угол Белера
	Е. Линия Шентона

	В каком положении тела возникает наибольшая нагрузка на передние отделы позвонков?
	А. Лежа на боку.
	В. Лежа на спине;
	С. Лежа на животе;
+	Д. Сидя;
	Е. Стоя;
	Укажите возможную непосредственную причину развития псевдоабдоминального синдрома
	А. Появление крови или кишечного содержимого в брюшной полости
+	В. Скопление гематомы в забрюшинном пространстве
	С. Переполнение мочевого пузыря
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	«Хлыстовой» механизм при травме позвоночника – это:
	А. Резкое сгибание с последующим разгибанием в поясничном отделе
	В. Резкое разгибание с последующим сгибанием в поясничном отделе
+	С. Резкое сгибание с последующим разгибанием в шейном отделе
	Д. Резкое разгибание с последующим сгибанием в шейном отделе
	Е. «Хлыстовой» механизм не характерен для травм позвоночника
	Нестабильным считают перелом позвонков, при котором разрушаются опорные структуры:
	А. Задние
	В. Средние
	С. Передние
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Ранний период травматической болезни спинного мозга развивается в сроки после травмы:
	А. 2-3 часа
	В. 2-3 суток
+	С. 2-3 недели
	Д. 2-3 месяца
	Е. 2-3 года
	Промежуточный период травматической болезни спинного мозга развивается в сроки после травмы:
	А. 3-4 часа
	В. 3-4 суток
	С. 3-4 недели
+	Д. 3-4 месяца
	Е. 3-4 года
	Какие периоды выделяют в течении травматической болезни спинного мозга?
	А. 2 периода – ранний и поздний
	В. 3 периода – острый, ранний и поздний
	С. 3 периода – острый, промежуточный и поздний
	Д. 3 периода – острый, ранний и поздний
+	Е. 4 периода – острый, ранний, промежуточный и поздний
	В каком периоде травматической болезни спинного мозга впервые можно окончательно уточнить характер его повреждений?
	А. Раннем
+	В. Промежуточном
	С. Остром
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Укажите осложнения, характерные для травмы позвоночника с повреждением спинного мозга
	А. Пролежни
	В. Гетеротопическая оссификация

	С. Уроинфекция
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При переломе позвонка в поясничном отделе НЕ ВОЗНИКАЕТ:
	А. Болезненность при осевой нагрузке;
	В. Болезненность при пальпации остистых отростков;
	С. Неравномерность остистых промежутков;
+	Д. Положительный синдром передней лестничной мышцы
	Е. Напряжение мышц передней брюшной стенки.
	Какой признак перелома позвонков является достоверным?
	А. Симптом вожжей
	В. Болезненная пальпация остистых отростков позвонков
	С. Симптом осевой нагрузки
	Д. Все перечисленные
+	Е. Ни один из перечисленных
	Укажите рентгенологические признаки нестабильности перелома позвонка.
	А. Перелом поперечных отростков позвонков;
+	В. Компрессия 1/2 высоты тела позвонка;
	С. Перелом остистых отростков позвонков.
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При подозрении на осложненный перелом позвонков в качестве дополнительного исследования помимо обзорных рентгенограмм в 2-х проекциях следует выполнить:
	А. Контрастную рентгенографию
+	В. Магнитно-резонансную томографию
	С. Компьютерную томографию
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для спинального шока характерно:
	А. Приапизм
	В. Брадикардия, гипотермия
	С. Спастическая парезы конечностей
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	На возможное повреждение спинного мозга при травме позвоночника указывает:
+	А.Снижение или отсутствие движений и чувствительности в конечностях
	В. Выраженная деформация в области травмы
	С. Резкая боль в области травмы
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какая анестезия эффективна при переломе позвонков в нижнегрудном и верхнепоясничном отделах?
	А. Паранефральная двухсторонняя блокада;
+	В. Блокада межкостистых промежутков;
	С. Вагосимпатическая блокада
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Как можно транспортировать пострадавшего с подозрением на повреждение позвоночника?
	А. На мягких носилках в положении на животе
	В. На щите в положении на спине
	С. На мягких носилках в положении на спине
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какое консервативное лечение можно применить при стабильном неосложненном компрессионном переломе L₁ позвонка?
	А. Одномоментная реклиная с наложением гипсового корсета;
	В. Этапная реклиная с наложением гипсового корсета;
	С. Функциональное лечение

+	Д. Все перечисленные
	Е. Ни один из перечисленных методов – при таком повреждении показана операция
	Функциональный метод лечения стабильных компрессионных переломов позвонков в поясничном и нижнегрудном отделах по В.В.Гориневской и Е.Ф.Древинг позволяет:
	А. Избежать длительного (около 1,5-2 мес) пребывания на постельном режиме
	В. Полностью расправить компрессию поврежденного позвонка
+	С. Избежать необходимости ношения гипсового корсета
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Этапная репозиция (реклинация) при стабильных неосложненных переломах тел поясничных позвонков позволяет:
	А. Избежать длительного (около 1,5-2 мес) пребывания на постельном режиме
	В. Полностью расправить компрессию поврежденного позвонка
	С. Избежать необходимости ношения корсета
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При переломе локтевого отростка со смещением оптимальной тактикой является:
	А. Закрытая репозиция с наложением гипсовой фиксирующей повязки на 1 месяц
+	В. Операция остеосинтеза в первые сутки
	С. Операция остеосинтеза после стихания острых посттравматических явлений (7-10 сутки)
	Д. Удаление костного отломка с пластикой сухожильного растяжения трехглавой мышцы плеча
	Е. Функциональное лечение – ранние движения по стихании болевого синдрома
	После остеосинтеза локтевого отростка стягивающей проволоочной петлей по Веберу проводят:
	А. Иммобилизацию гипсовой повязкой до 3-4 недель в положении сгибания 90° с последующей разработкой движений
	В. Иммобилизацию гипсовой повязкой до 3-4 недель в положении полного разгибания с последующей разработкой движений
+	С. Иммобилизацию съемной гипсовой или мягкой повязкой в положении сгибания 90° с началом движений в локтевом суставе в течение первой недели после операции
	Д. Иммобилизацию съемной гипсовой или мягкой повязкой в положении сгибания 90°, физиопроцедуры и начало движений в локтевом суставе в течение первой недели после операции
	Е. Иммобилизацию съемной гипсовой повязкой в положении полного разгибания, физиопроцедуры и начало движений в локтевом суставе в течение первой недели после операции
	Какие повреждения характерны для перелома предплечья типа Мантеджи?
	А. Перелом локтевой кости в верхней трети и дистального метаэпифиза лучевой кости
	В. Перелом лучевой кости в верхней трети и перелом шейки или головки локтевой кости
+	С. Перелом диафиза локтевой кости с вывихом головки лучевой кости
	Д. Перелом диафиза лучевой кости с вывихом головки локтевой кости
	Е. Перелом локтевого отростка и перелом диафиза лучевой кости
	Какие повреждения характерны для перелома предплечья типа Галеацци?
	А. Перелом локтевой кости в верхней трети и дистального метаэпифиза лучевой кости
	В. Перелом лучевой кости в верхней трети и перелом шейки или головки локтевой кости
	С. Перелом диафиза локтевой кости с вывихом головки лучевой кости
+	Д. Перелом диафиза лучевой кости с вывихом головки локтевой кости
	Е. Перелом локтевого отростка и перелом диафиза лучевой кости
	Что называют переломом лучевой кости в типичном месте?
	А. Перелом на границе средней и нижней трети в сочетании с вывихом головки локтевой кости
	В. Перелом шейки;
+	С. Перелом дистального метаэпифиза
	Д. Перелом на границе средней и верхней трети
	Е. Перелом головки.
	Укажите наиболее типичные повреждения, которые могут возникнуть при падении на разогнутую кисть
	А. Перелом ладьевидной кости;
	В. Перелом Коллиса;

	С. Перелом Смита;
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Радиоульнарный угол в норме равен:
	А. 10°
+	В. 30°
	С. 50°
	Д. 70°
	Е. 90°
	Определите параметры гипсовой повязки, которая должна быть наложена при проведении закрытой ручной репозиции перелома дистального метаэпифиза лучевой кости
	А. От верхней трети предплечья до основных фаланг пальцев в положении лучевого (радиального) отведения кисти
+	В. От верхней трети предплечья до основных фаланг пальцев в положении локтевого (ульнарного) отведения кисти
	С. От средней трети плеча до основных фаланг пальцев в положении лучевого (радиального) отведения кисти
	Д. От средней трети плеча до основных фаланг пальцев в положении локтевого (ульнарного) отведения кисти
	Е. От верхней трети предплечья до кончиков пальцев с ладонным сгибанием кисти до 30°
	При переломе локтевого отростка нарушается:
	А. Линия Маркса
+	В. Треугольник Гютера
	С. Линия Розера-Нелатона
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При переломе локтевого отростка со смещением невозможны активные движения предплечья:
	А. Сгибание
+	В. Разгибание
	С. Пронация
	Д. Супинация
	Е. Возможны все активные движения предплечья
	При переломе головки лучевой кости типичными симптомами являются:
	А. Болезненность при разгибании в локтевом суставе;
	В. Болезненность при сгибании в локтевом суставе.
+	С. Болезненность при ротационных движениях предплечья
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При полном подкожном разрыве ахиллова сухожилия пациент на стороне повреждения не может:
+	А. Стоять, поднявшись на носок
	В. Согнуть голень из положения лежа на животе
	С. Наступить на ногу
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	В первые сутки после полного разрыва ахиллова сухожилия оптимальным методом лечения является:
	А. Консервативное – наложение гипсовой повязки в положении сгибания в коленном и голеностопном суставах
	В. Консервативное – наложение гипсовой повязки в положении разгибания в коленном суставе и сгибания в голеностопном суставе
	С. Резекция концов связки со сшиванием «конец в конец»
+	Д. Перкутанный шов
	Е. Ахиллопластика по Чернавскому
	Внешняя иммобилизация при разрыве ахиллова сухожилия предусматривает:
+	А. Сгибание в коленном и голеностопном суставах

	В. Сгибание в коленном суставе и разгибание в голеностопном суставе
	С. Разгибание в коленном и голеностопном суставах
	Д. Разгибание в коленном суставе и сгибание в голеностопном суставе
	Е. Фиксация стопы в положении эквинуса и отсутствие фиксации коленного сустава
	Какие осложнения возможны при переломе шейки таранной кости?
	А. Остеоартроз смежных суставов
	В. Асептический некроз костных фрагментов
	С. Плоскостопие
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Какое повреждение чаще всего сопутствует переломам пяточных костей?
	А. Перелом лодыжек
	В. Перелом костей голени
	С. Перелом шейки бедренной кости
	Д. Перелом вертлужной впадины
+	Е. Перелом поясничных позвонков
	При переломе пяточной кости со смещением система вытяжения по А.В.Каплану включает в себя:
	А. За пяточную кость – по оси голени, за надлодыжечную область – вверх
	В. За пяточную кость – по оси голени, за надлодыжечную область – вниз
	С. За пяточную кость – по оси голени и вверх, за надлодыжечную область – вниз
+	Д. За пяточную кость – по оси голени и вниз, за надлодыжечную область – вверх
	Е. За пяточную кость – вниз, за надлодыжечную область – вверх
	Последствием перелома пяточной кости со смещением может являться:
	А. Остеоартроз смежных суставов
	В. Плоскостопие
	С. Асептический некроз костных фрагментов
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Невозможность активного разгибания стопы возникает при поражении:
	А. Бедренного нерва
	В. Срединного нерва
+	С. Малоберцового нерва
	Д. Большеберцового нерва
	Е. Седалищного нерва
	При переломах костей таза типа Мальгенья опасность могут представлять:
	А. Сопутствующие повреждения внутренних органов
	В. Выраженный болевой синдром с развитием шока
	С. Острая кровопотеря
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Что обуславливает тяжесть состояния пострадавшего в догоспитальном периоде при закрытом переломе таза типа Мальгенья?
	А. Острая кровопотеря
	В. Болевой синдром
	С. Задержка мочи
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какие опасны осложнения могут возникнуть при травме таза?
	А. Развитие шока
	В. Массивное внутреннее кровотечение
	С. Повреждении внутренних органов
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Какая походка характерна при последствиях перелома таза с разрывом симфиза?
+	А. «Утиная»
	В. Подпрыгивающая
	С. Щадящая хромота

	Д. Нещадающая хромота
	Е. Работа «мельничного колеса»
	Вертикальное смещение костей таза при переломе типа Мальгенья определяют с помощью сравнительного измерения:
	А. Относительной длины нижних конечностей
	В. Абсолютной длины нижних конечностей
	С. Расстояний от вершечек больших вертелов до мечевидного отростка грудины
+	Д. Расстояний от передневерхних остей крыльев подвздошной кости до мечевидного отростка грудины
	Е. Расстояний от передневерхних остей крыльев подвздошной кости до яремной вырезки грудины
	Для перелома лонной и седалищной костей с одной стороны характерным является положительный симптом:
	А. Прилипшей пятки
	В. Разводящей нагрузки
	С. Сближающей нагрузки
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При каком наименьшем из указанных значений расхождения симфиза при травмах таза повреждается крестцово-подвздошное сочленение?
	А. 1 см
	В. 2 см
+	С. 3 см
	Д. 4 см
	Е. 5 см
	Псевдоабдоминальный синдром может отмечаться при:
	А. Переломах костей таза
	В. Переломах поясничного отдела позвоночника
	С. Разрывах кишечника
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Катетерная проба позволяет выявить:
	А. Острую задержку мочи
	В. Внутривентриальный разрыв мочевого пузыря
+	С. Разрыв уретры
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Укажите признаки, по которым можно заподозрить травму таза
	А. Пострадавший не может поднять выпрямленную ногу на стороне повреждения
	В. Боль в области повреждения усиливается при движениях нижних конечностей
	С. Гематома мошонки или половых губ
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Перелом таза типа Мальгенья – это:
	А. Перелом лонной и седалищной костей с одной стороны;
	В. Перелом крыла подвздошной кости с переходом на вертлужную впадину
	С. 2-х сторонний перелом лонных и седалищных костей;
	Д. Перелом костей таза с нарушением непрерывности заднего полукольца;
+	Е. Перелом костей таза с нарушением непрерывности переднего и заднего полуколец.
	Поперечный перелом крестца – это повреждение
+	А. Без нарушения непрерывности полуколец таза
	В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца
	С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца
	Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец
	Е. С нарушением целостности вертлужной впадины
	Перелом левой лонной и правой седалищной костей – это повреждение
+	А. Без нарушения непрерывности полуколец таза
	В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца
	С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца

	Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец
	Е. С нарушением целостности вертлужной впадины
	Перелом правых лонной и седалищной костей – это повреждение
	А. Без нарушения непрерывности полуколец таза
+	В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца
	С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца
	Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец
	Е. С нарушением целостности вертлужной впадины
	Перелом лонных и седалищных костей справа и слева – это повреждение
	А. Без нарушения непрерывности полуколец таза
+	В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца
	С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца
	Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец
	Е. С нарушением целостности вертлужной впадины
	Вертикальный перелом боковой массы крестца – это повреждение
	А. Без нарушения непрерывности полуколец таза
	В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца
+	С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца
	Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец
	Е. С нарушением целостности вертлужной впадины
	Перелом правых лонной и седалищной костей с разрывом крестцово-подвздошного сочленения слева– это повреждение
	А. Без нарушения непрерывности полуколец таза
	В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца
	С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца
+	Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец
	Е. С нарушением целостности вертлужной впадины
	Центральным вывихом бедра называют:
	А. Вывих головки бедренной кости со смещением кпереди и вверх (лонный вывих)
	В. Вывих головки бедренной кости со смещением кзади и вверх (подвздошный вывих)
	С. Вывих головки бедренной кости со смещением кзади и вниз (седалищный вывих)
	Д. Перелом крыши вертлужной впадины со смещением головки бедра проксимально
+	Е. Перелом дна вертлужной впадины со смещением головки бедра в полость таза
	При переломах таза типа «открытая книга» (B1 по классификации АО/ASIF) с разрывом симфиза консервативное лечение проводят:
	А. На шите в положении Волковича
	В. В гипсовой кокситной повязке
+	С. В гамаке
	Д. На скелетном вытяжении
	Е. С помощью метода ранней активизации
	При переломах таза типа «закрытая книга» (B2 по классификации АО/ASIF) консервативное лечение проводят:
+	А. На шите в положении Волковича
	В. В гипсовой кокситной повязке
	С. В гамаке
	Д. На скелетном вытяжении
	Е. С помощью метода ранней активизации
	При вертикально нестабильных переломах таза (B3 по классификации АО/ASIF) консервативное лечение проводят:
	А. На шите в положении Волковича
	В. В гипсовой кокситной повязке
	С. В гамаке
+	Д. На скелетном вытяжении
	Е. С помощью метода ранней активизации
	При центральном вывихе бедра консервативное лечение проводят:
	А. На шите в положении Волковича
	В. В гипсовой кокситной повязке
	С. В гамаке
+	Д. На скелетном вытяжении

	Е. С помощью метода ранней активизации
	Положением Волковича называют:
	А. Ноги выпрямлены в коленных суставах и разведены
	В. Ноги сведены и выпрямлены, под пятки положен валик
	С. Ноги согнуты в тазобедренном и коленном суставах, стопы и колени сведены
	Д. Ноги согнуты в тазобедренном и коленном суставах, стопы и колени разведены
+	Е. Ноги согнуты в тазобедренном и коленном суставах, стопы сближены, колени разведены
	Укажите метод выбора при лечении переломов дна вертлужной впадины без смещения.
	А. Ранняя активизация без нагрузки на ногу со стороны повреждения;
	В. Лечение на шите в положении Волковича;
+	С. Скелетное вытяжение;
	Д. Гипсовая кокситная повязка.
	Е. Оперативное лечение (остеосинтез)
	При субкапитальном переломе шейки бедра методом выбора является:
	А. Остеосинтез 3-х лопастным гвоздем;
	В. Ранняя активизация
+	С. Эндопротезирование;
	Д. Остеосинтез спицами;
	Е. Лечение на вытяжении с последующим наложением укороченной гипсовой кокситной повязки
	В лечении пациентов пожилого и старческого возраста с латеральными переломами проксимального отдела бедра оптимальным методом лечения является:
	А. Консервативное лечение на скелетном вытяжении до образования рубцовой мозоли (1-1,5 мес), затем – активизация на костылях без дополнительной внешней иммобилизации
	В. Консервативное лечение на постельном режиме до 1,5 мес с валиком в подколенной области с последующей активизацией на костылях
	С. Консервативное лечение с наложением облегченной гипсовой кокситной повязки
	Д. Остеосинтез через 2-3 недели после травмы после полной коррекции выявленных соматических нарушений
+	Е. Возможно более ранняя операция – динамический стабильный остеосинтез
	В лечении пациентов пожилого и старческого возраста с трансцервикальным переломом шейки бедра методом выбора является:
	А. Метод ранней мобилизации – с первых дней вставать и ходить с помощью ходунков на фоне адекватного обезболивания
	В. Постельный режим до 1,5 мес с деротационным гипсовым сапожком и валиком в подколенной области
	С. Лечение на скелетном вытяжении до 1,5 месяцев с последующей активизацией
+	Д. Возможно более ранняя операция – остеосинтез или первичное эндопротезирование
	Е. Эндопротезирование в «холодном» периоде – через 1-2 месяца после травмы
	Укажите оптимальный вариант транспортной иммобилизации при переломе шейки бедра
	А. Пневматическая шина
	В. Лестничные шины
	С. Шина Дитерихса
	Д. Повязка Башмакова
+	Е. Валик в подколенной области
	Трансцервикальный варусный перелом шейки бедренной кости:
+	А. Может срастись после остеосинтеза
	В. Может срастись после длительного пребывания на скелетном вытяжении
	С. Варианты А и В
	Д. Может срастись только при условии отказа от операции и ранней активизации, когда исключены операционные риски и опасность гиподинамических осложнений постельного режима
	Е. Никогда не срастается, заведомо развивается асептический некроз головки бедра с укорочением конечности
	Необходимость ранней активизации пациентов пожилого и старческого возраста с переломами шейки бедра вызвана:
	А. Опасностью развития пролежней
	В. Опасностью развития гипостатической пневмонии

	С. Необходимостью ускорить процесс сращения перелома
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При использовании метода ранней мобилизации в лечении пациента с переломом шейки бедренной кости наиболее вероятен результат:
	А. Сращение перелома и восстановление функции конечности
	В. Сращение перелома с восстановлением опорности, но деформацией и укорочением
	С. Формирование тугоподвижного ложного сустава с почти полным восстановлением опорности, но укорочением конечности и постоянным болевым синдромом при нагрузке
+	Д. Асептический некроз головки бедренной кости с формированием ложного сустава, укорочением конечности и снижением опорности
	Е. Полная утрата функции конечности, пациент способен только садиться в постели, но не вставать и не ходить
	При варусном переломе шейки бедренной кости отмечается:
	А. Абсолютное укорочение конечности
	В. Абсолютное удлинение конечности
	С. Функциональное укорочение конечности
+	Д. Относительное укорочение конечности
	Е. Относительное удлинение конечности
	При переломах шейки бедра со смещением изменяется:
+	А. Только относительная длина конечности;
	В. Только абсолютная длина конечности;
	С. И относительная, и абсолютная длина конечности;
	Д. Абсолютная и относительная длина конечности остаются без изменений.
	При диагностике перелома шейки бедренной кости определяют:
	А. Линию Маркса
+	В. Линию Шумахера
	С. Треугольник Гютера
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какие признаки могут говорить о переломе проксимального отдела бедра?
	А. Симптом прилипшей пятки
	В. Болезненность при поколачивании по большому вертелу
	С. Болезненность при поколачивании по пятке выпрямленной ноги
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При вколоченном переломе шейки бедра может отсутствовать:
	А. Наружная ротация нижней конечности
	В. Относительное укорочение бедра
	С. Симптом прилипшей пятки
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Для вколоченного перелома шейки бедренной кости характерно:
	А. Относительное укорочение конечности
	В. Изменение положения линии Шумахера
+	С. Сохранение опорности конечности
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для варусного перелома шейки бедренной кости характерно:
	А. Относительное укорочение конечности
	В. Изменение положения линии Шумахера
	С. Сохранение опорности конечности
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Наибольшая вероятность повреждения плечевого сплетения существует при переломе шейки плечевой кости:
	А. Вколоченном без смещения
	В. Вколоченном со смещением

+	С. Абдукционным невколоченном
	Д. Аддукционным невколоченном
	Е. Плечевое сплетение при переломе шейки плеча не может повреждаться
	Укажите оптимальную тактику лечения переломов хирургической шейки плеча у пожилых.
	А. Оперативное лечение;
	В. Скелетное вытяжение за локтевой отросток;
	С. Фиксация гипсовой повязкой типа Дезо;
	Д. Фиксация торако-брахиальной повязкой;
+	Е. Функциональное лечение.
	Для вколоченного перелома шейки плечевой кости характерно:
	А. Болезненность при осевой нагрузке
	В. Отсутствие костной крепитации
	С. Невозможность движений в плечевом суставе
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для абдукционного перелома шейки плечевой кости характерно:
	А. Болезненность при осевой нагрузке
	В. Невозможность движений в плечевом суставе
	С. Укорочение конечности на 1-2 см
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Наибольшая угроза развития плевропульмонального шока существует при развитии:
	А. Гемоторакса
	В. Открытого пневмоторакса
	С. Закрытого пневмоторакса
+	Д. Клапанного пневмоторакса с внутренним клапаном
	Е. Клапанного пневмоторакса с наружным клапаном
	Кровохарканье при травме груди свидетельствует о:
	А. Гемотораксе
+	В. Повреждении легкого
	С. Повышении внутригрудного давления при напряженном пневмотораксе
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При закрытой травме груди подкожная эмфизема является достоверным признаком:
	А. Повреждения легкого
	В. Повреждения плевры
	С. Пневмоторакса
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Достоверным признаком повреждения легкого при закрытой травме груди является:
+	А. Подкожная эмфизема
	В. Притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки
	С. Парадоксальное дыхание при флотирующих переломах
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Укажите симптомы, которые могут определяться при закрытых переломах ребер, осложненных пневмотораксом.
	А. Одышка
	В. Кровохарканье
	С. Подкожная эмфизема
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Укажите симптомы, которые могут определяться при закрытых переломах ребер, осложненных гемотораксом.
	А. Тимпанит на стороне, противоположной повреждению
+	В. Притупление перкуторного звука на стороне повреждения
	С. Притупление перкуторного звука на стороне, противоположной повреждению

	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Признаками клапанного пневмоторакса является:
	А. «Свистящая», «плюющая» рана грудной стенки
+	В. Обширная подкожная эмфизема
	С. Кровохарканье
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	О продолжающемся кровотечении в плевральную полость свидетельствует:
	А. Притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки
+	В. Положительная проба Рувилуа-Грегуара
	С. Появление кровохарканья
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Обширная, нарастающая подкожная эмфизема характерна для:
+	А. Клапанного пневмоторакса
	В. Открытого пневмоторакса
	С. Закрытого пневмоторакса
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Пострадавший отхаркивает пенистую мокроту при:
	А. Носовом кровотечении
+	В. Повреждении легкого
	С. Желудочном кровотечении
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При пневмотораксе пункцию плевральной полости наиболее оптимально выполнять:
	А. В VII межреберья по переднеаксилярной линии
	В. В VII межреберья по заднеаксилярной линии
	С. В V межреберья по переднеаксилярной линии
	Д. В III межреберья по среднеключичной линии
+	Е. Во II межреберья по среднеключичной линии
	При гемотораксе пункцию плевральной полости наиболее оптимально выполнять:
	А. В VII межреберья по переднеаксилярной линии
+	В. В VII межреберья по заднеаксилярной линии
	С. В V межреберья по переднеаксилярной линии
	Д. В III межреберья по среднеключичной линии
	Е. Во II межреберья по среднеключичной линии
	При «флотирующих» переломах ребер нормализации легочной вентиляции можно достигнуть с помощью:
	А. Искусственной вентиляции легких
	В. Внешнего шинирования или вытяжения
	С. Дренирования плевральной полости с активной аспирацией
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Окклюзионная повязка эффективна при:
	Открытом пневмотораксе
	Клапанном пневмотораксе с наружным клапаном
	Клапанном пневмотораксе с внутренним клапаном
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какая анестезия может быть выполнена пострадавшему с множественными переломами ребер, осложненными гемопневмотораксом?
	А. Вагосимпатическая
	В. Паравerteбральная
	С. Паранефральная
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С

	Пострадавшему с проникающим ранением груди оказание первой помощи начинают:
	A. С проведения искусственного дыхания
	B. С остановки наружного кровотечения
	C. С придания транспортного положения (полусидячего)
+	D. С наложения окклюзионной повязки
	E. С обезболивания
	Стержневой аппарат при открытом переломе диафиза бедренной кости наиболее оптимально применить:
	A. Как средство окончательной фиксации после достижения одномоментной репозиции до сращения перелома
	B. Как средство окончательной фиксации с последующим выполнением этапной анатомичной репозиции костных отломков в аппарате
	C. Как средство временной иммобилизации до выведения из шока и стабилизации общего состояния пациента с последующим наложением скелетного вытяжения
+	D. Как средство временной иммобилизации до заживления раны с последующим демонтажем аппарата и выполнением погружного остеосинтеза
	E. Этот аппарат вообще не применяют при переломах бедра, так как он не может обеспечить достаточно надежную фиксацию
	При переломе бедра в нижней трети транспортную иммобилизацию выполняют с фиксацией следующих суставов:
	A. Только коленного
	B. Только тазобедренного
	C. Коленного и голеностопного
	D. Коленного и тазобедренного
+	E. Коленного, голеностопного и тазобедренного
	При выполнении транспортной иммобилизации при подозрении на перелом диафиза бедренной кости верхний край шины на стороне повреждения должен доходить до:
	A. Верхней трети бедра
	B. Тазобедренного сустава
	C. Крыла подвздошной кости
	D. Края реберной дуги
+	E. Подмышечной впадины
	При выполнении транспортной иммобилизации при подозрении на перелом диафиза бедренной кости нижний край шины на стороне повреждения должен доходить до:
+	A. Пальцев стопы
	B. Пяточной области
	C. Надлодыжечной области
	D. Средней трети голени
	E. Коленного сустава
	Укажите оптимальный вариант транспортной иммобилизации при подозрении на внутрисуставной перелом мыщелков бедренной кости.
	A. Шинирование от подмышечной впадины до пальцев стопы (шина Дитерихса или ее аналоги)
+	B. Шинирование от ягодичной складки до пальцев стопы
	C. Шинирование от ягодичной складки до надлодыжечной области
	D. Аутоиммобилизация (ногу прибинтовывают к другой ноге)
	E. Валик в подколенную область с транспортировкой на щите
	Укажите наиболее рациональный и эффективный вариант транспортной иммобилизации с помощью лестничных шин при подозрении на перелом диафизов костей голени
	A. Шина по задней поверхности от верхней трети бедра до пальцев стопы
	B. U-образная шина (по медиальной и латеральной поверхностям) от верхней трети бедра
	C. U-образная шина (по медиальной и латеральной поверхностям) от коленного сустава
+	D. Задняя и U-образная шины от верхней трети бедра до пальцев стопы
	E. Задняя и U-образная шины от коленного сустава до пальцев стопы
	Укажите оптимальный вариант транспортной иммобилизации с помощью лестничных шин при подозрении на перелом лодыжек
	A. Шина по задней поверхности от коленного сустава до пальцев стопы

	В. Шина по задней поверхности от средней трети бедра до пальцев стопы
	С. U-образная шина (по медиальной и латеральной поверхностям) от коленного сустава
	Д. Задняя и U-образная шины от средней трети бедра до пальцев стопы
+	Е. Задняя и U-образная шины от коленного сустава до пальцев стопы
	В качестве средства временной иммобилизации перелома можно использовать:
	А. Транспортные шины
	В. Гипсовые повязки
	С. Скелетное вытяжение
	Д. Спицевые или стержневые аппараты внешней фиксации
+	Е. Все перечисленное
	Укажите оптимальное средство транспортной иммобилизации при переломах костей таза
	А. Положение на щите с валиком в подколенной области
	В. Лестничные шины
	С. Шина Дитерихса
	Д. Вакуумная шина
+	Е. Вакуумный матрас
	Транспортная иммобилизация показана при:
	А. Переломах
	В. Отморожении
	С. Непроникающих ранях мягких тканей без повреждения кости
	Д. Синдроме длительного сдавления
+	Е. Во всех перечисленных случаях
	Транспортную иммобилизацию пострадавшему с огнестрельным ранением необходимо проводить при повреждении:
	А. Нервов
	В. Сосудов
	С. Мышц
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Аутоиммобилизация – это:
	А. Иммобилизация вытяжением с постепенным увеличением веса груза
	В. Иммобилизация вакуумными шинами с автоматическим контролем степени разрежения
	С. Иммобилизация на носилках, позволяющая легко транспортировать пострадавшего
+	Д. Фиксация пораженного сегмента к туловищу или к здоровой ноге
	Е. Самостоятельно выполненная пострадавшим иммобилизация в периоде изоляции
	Укажите ошибочные или ненужные действия из перечисленных при выполнении транспортной иммобилизации:
	А. Шины накладывают прямо на загрязненную одежду, не освобождая поврежденную конечность
+	В. Лестничную шину после наложения тщательно моделируют
	С. Фиксируют не только нижележащий, но и вышележащий сустав
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Працевидная повязка, наложенная при повреждениях нижней челюсти, выполняет роль:
	А. Иммобилизирующую
	В. Гемостатическую
	С. Защитной повязки
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	В каких случаях при ДТП следует надеть пострадавшему перед транспортировкой в стационар шейный воротник?
	А. Только при травме шейного отдела позвоночника
	В. Только при травме шейного отдела позвоночника и черепно-мозговой травме (ЧМТ)
	С. Только при травме шейного отдела позвоночника, ЧМТ и переломе нижней челюсти
	Д. При любой травме головы или шеи
+	Е. Шейный воротник необходимо надеть всем пострадавшим в ДТП вне зависимости от наличия или отсутствия признаков повреждений

	Укажите варианты транспортной иммобилизации при переломе ключицы
	А. 8-образная повязка
	В. Косыночная повязка
	С. Отводящая шина ЦИТО
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При переломе ключицы со смещением косыночная повязка является:
	А. Средством лечебной иммобилизации;
+	В. Средством транспортной иммобилизации;
	С. Вообще не накладывается при таких переломах;
	Д. Накладывается только при отсутствии отводящей шины ЦИТО;
	Е. Альтернативой гипсовой повязке Дезо при лечении пожилых и ослабленных больных.
	Какой вариант транспортной иммобилизации НЕ ДОЛЖЕН применяться при подозрении на перелом шейки плечевой кости?
	А. Лестничная шина (Крамера) до здорового надплечья
	В. Косыночная повязка
	С. Бинтовая повязка типа Дезо
+	Д. 8-образная повязка
	Е. Повязка «змейка»
	При подозрении на перелом диафиза плечевой кости наилучшим вариантом транспортной иммобилизации в догоспитальном периоде является наложение:
	А. Лестничных шин до надплечья на стороне повреждения;
	В. Гипсовой лонгеты до надплечья на стороне повреждения;
+	С. Лестничных шин до здорового плеча;
	Д. Гипсовой лонгеты до здорового плеча
	Е. Шины Дитерихса
	При подозрении на перелом локтевого отростка может быть выполнена транспортная иммобилизация:
	А. Аутоиммобилизация (прибинтовывание руки к туловищу)
	В. Лестничная шина от верхней трети плеча до пальцев кисти
	С. Косыночная повязка
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Какой вариант транспортной иммобилизации НЕ СЛЕДУЕТ применять при подозрении на перелом диафизов обеих костей предплечья?
	А. Аутоиммобилизация (прибинтовывание согнутой руки к туловищу)
+	В. Повязка-змейка
	С. Бинтовая повязка типа Дезо
	Д. Лестничная шина от верхней трети плеча до пальцев кисти
	Е. Пневматическая шина
	Какой вариант транспортной иммобилизации НЕ СЛЕДУЕТ применять при подозрении на перелом лучевой кости в типичном месте?
	А. Аутоиммобилизация (прибинтовывание согнутой руки к туловищу)
	В. Импровизированная лонгета из картонных ящиков
	С. Лубочная шина
	Д. Лестничная шина от средней трети плеча до пальцев кисти
+	Е. Все указанные варианты иммобилизации можно применить
	Отметьте фактор, который является наименее значимым при проведении инфузионной терапии в случае острой кровопотери.
	А. Скорость инфузии
	В. Объем инфузии
	С. Время начала инфузии
+	Д. Характер вводимых сред
	Е. Наличие аллергических или иных реакций на проведение инфузии
	Из перечисленных костей наибольшей кровопотери можно ожидать при переломе:
+	А. Костей таза
	В. Костей кисти
	С. Поясничных позвонков

	Д. Ребер
	Е. Плечевой кости
	Из трубчатых костей наибольшей кровопотери можно ожидать при переломе:
	А. Ключицы
	В. Плечевой кости
	С. Костей предплечья
+	Д. Бедренной кости
	Е. Костей голени
	Для острой кровопотери характерно:
	А. Слабость и головокружение
	В. Бледная, прохладная, липкая кожа
	С. Жажда
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Состояние системной гемодинамики характеризует:
	1. Почасовой диурез
	2. Ректально-кожный градиент температуры
	3. Симптом пятна
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Положительный симптом пятна является признаком:
	А. Глубокого термического ожога
	В. Контактного отморожения
+	С. Нарушения гемодинамики
	Д. Реакции на гемотрансфузию
	Е. Положительного эффекта от противошоковой терапии
	Укажите особенности нарушений гемодинамики у детей при развитии шока по сравнению со взрослыми.
	А. Падение АД наступает позже и лучше поддается коррекции
+	В. Падение АД наступает позже, но труднее поддается коррекции
	С. Падение АД наступает раньше, но лучше поддается коррекции
	Д. Падение АД наступает раньше и труднее поддается коррекции
	Е. Существенных отличий от взрослых нет
	При развитии геморрагического шока инфузионную терапию следует начинать:
	А. С кровезаменителей, так как при этом в кровяное русло дополнительно к введенному объему привлекается до 20-30% жидкости
	В. С кристаллоидных растворов, так как при этом в кровяное русло дополнительно к введенному объему привлекается до 20-30% жидкости
	С. С переливания крови и/или ее препаратов, так как объем кровопотери нужно восполнять донорской кровью
+	Д. С кристаллоидных растворов, так как это позволяет максимально быстро компенсировать гиповолемию
	Е. С кровезаменителей, так как это позволяет максимально быстро компенсировать гиповолемию
	Какая гиповолемия может развиваться при переломе костей таза?
	А. Скрытая
	В. Компенсаторная
+	С. Абсолютная
	Д. Относительная
	Е. Никогда не развивается
	Ревизия кровоостанавливающего жгута – это:
	А. Определение степени ишемических расстройств в дистальных отделах конечности
+	В. Ослабление жгута с попыткой выявления источника кровотечения
	С. Снятие жгута с остановкой кровотечения другим способом
	Д. Контроль эффективности остановки кровотечения, прочности фиксации жгута
	Е. Замена импровизированного жгута на табельный
	Провизорный жгут – это:
	А. Жгут, наложенный с использованием подручных средств
	В. Наложённый максимально высоко, у основания конечности

	С. Наложенный максимально низко, как можно ближе к ране
	Д. Наложенный не более, чем на 30 минут
+	Е. Обернутый вокруг конечности, но не затянутый
	Перекладывание жгута преследует цель:
	А. Поправить сбившуюся прокладку под жгутом во избежание травмирования мягких тканей
+	В. Продлить допустимое время остановки кровотечения с помощью жгута
	С. Заменить импровизированный жгут на табельный
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	В теплое время года максимально допустимое время нахождения кровоостанавливающего жгута на конечности составляет:
	А. 1 час
	В. 1,5 часа
+	С. 2 часа
	Д. 3 часа
	Е. 4 часа
	В качестве подручных средств для наложения кровоостанавливающего жгута могут быть использованы:
	А. Широкий (3-4 см) кожаный ремень
+	В. Кусок материи или одежды
	С. Мягкая толстая проволока
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	В качестве подручных средств для наложения кровоостанавливающего жгута могут быть использованы:
	А.Галстук
	В.Узкий мягкий ремень
	С.Толстая веревка или шнур
+	Д.Только варианты А и В
	Е.Варианты А,В и С
	Укажите оптимальную ширину импровизированного жгута
	А. Как можно тоньше (в том числе – прочная веревка)
	В. 1-2 см
+	С. 3-4 см
	Д. 5-6 см
	Е. Как можно шире (до 10 см и более)
	При наложении кровоостанавливающего жгута в сопровождающей записке указывают:
	А.Время получения травмы
+	В.Время наложения жгута
	С.Рекомендуемое время снятия жгута
	Д.Только варианты А и В
	Е.Варианты А,В и С
	Какое действие при наложении кровоостанавливающего жгута является ОШИБОЧНЫМ?
	А. Жгут наложен прямо на одежду
	В. Жгут наложен выше раны
	С. В приложенной записке указано только время наложения жгута
+	Д. Жгут закреплен бинтовой повязкой и укрыт сверху теплой курткой
	Е. Поврежденная конечность иммобилизована подручными средствами
	Укажите показания к наложению кровоостанавливающего жгута
	А. Сильное кровотечение, пульсирующая струя из раны
	В. Длительное сдавление конечности, ран нет
	С. Травматический отрыв конечности, на момент осмотра кровотечения нет
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Укажите методы временной остановки кровотечения
	А. Форсированное сгибание конечности
	В. Наложение кровоостанавливающего зажима

	С. Перевязка сосуда на протяжении
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Пульсирующей называют гематому:
	А. Рецидивирующую после опорожнения
+	В. Сообщающуюся с полостью сосуда
	С. Вызывающую пульсирующую боль
	Д. Сообщающуюся с плевральной полостью (при гемотораксе)
	Е. Внутричерепную, расположенную в эпидуральном пространстве
	Вторично-раннее кровотечение может быть вызвано:
	А. Соскальзыванием наложенной лигатуры
	В. Повышением артериального давления на фоне противошоковых мероприятий
	С. Недостаточной иммобилизацией
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Сонную артерию прижимают при кровотечении из раны, расположенной:
	А. На голове
	В. На шее
	С. В надключичной области
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Укажите причину длительных кровотечений из ран волосистой части головы
	А. Высокое артериальное давление в артериях головы
+	В. Артерии не спадаются из-за анатомических особенностей
	С. В этой области расположены очень крупные сосуды
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Остановку артериального кровотечения начинают с выполнения приема:
+	А. Прижатие сосуда выше места ранения
	В. Максимальное сгибание конечности в суставе
	С. Наложение кровоостанавливающего жгута
	Д. Наложение давящей повязки
	Е. С любого из перечисленных приемов
	Остановку венозного кровотечения начинают с выполнения приема:
	А. Прижатие сосуда выше места ранения
	В. Максимальное сгибание конечности в суставе
	С. Наложение кровоостанавливающего жгута
+	Д. Наложение давящей повязки
	Е. С любого из перечисленных приемов
	Укажите способы остановки артериального кровотечения
	А. Прижатие сосуда выше места ранения
	В. Максимальное сгибание конечности в суставе
	С. Наложение кровоостанавливающего жгута
	Д. Наложение давящей повязки
+	Е. Все перечисленные приемы
	Как следует останавливать венозное кровотечение?
	А. Наложение «венозного жгута»
+	В. Наложение давящей повязки
	С. Прижатие сосуда выше места ранения
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какой прием (приемы) можно применить для остановки кровотечения при открытом переломе?
	А. Наложение давящей повязки
+	В. Наложение кровоостанавливающего жгута
	С. Максимальное сгибание конечности в суставе
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какая анестезия может быть выполнена пострадавшему с огнестрельным ранением

	мягких тканей верхней трети бедра при проведении первичной хирургической обработки?
	А. Футлярная
+	В. Спинномозговая, эпидуральная или наркоз
	С. Инфильтрационная
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какие действия, направленные на уменьшение болевого синдрома, следует выполнить пострадавшему с переломом бедра в догоспитальном периоде?
	А. Введение общих анальгетиков
	В. Транспортную иммобилизацию
	С. Анестезию области перелома или футлярную блокаду
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какими приемами можно добиться снижения боли в догоспитальном периоде?
	А. Холод на область повреждения
	В. Иммобилизация
	С. Физиологически выгодное (удобное) положение
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Какую блокаду следует выполнить при ожогах головы и дыхательных путей?
	А. Паранефральную;
+	В. Вагосимпатическую;
	С. Загрудинную.
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Полноценное заживление (без образования рубца) ожоговой раны без кожной пластики возможно при ожогах:
	А. II степени
	В. IIIА степени
	С. IIIБ степени
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	В случае ожогов пламенем всего туловища, рук и лица в числе прочих экстренных мероприятий следует выполнить новокаиновую блокаду:
	А. Паранефральную
	В. Вагосимпатическую
	С. Паравerteбральную
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	В случае ожогов всей задней поверхности туловища и обеих нижних конечностей в числе прочих экстренных мероприятий следует выполнить новокаиновую блокаду:
	А. Футлярную
	В. Паранефральную
	С. Паравerteбральную
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При ожоге III А степени поражаются
	А. Только эпидермис
+	В. Кожа до росткового слоя
	С. Кожа на всю глубину
	Д. Кожа и подкожная клетчатка
	Е. Кожа, подкожная клетчатка и мышцы
	При тепловом ударе холод накладывают:
	А. На боковую поверхность шеи
	В. На подмышечную область
	С. На паховую область
	Д. Только варианты А и В

+	Е. Варианты А,В и С
	Что из перечисленного нужно сделать при оказании первой помощи в случаях поверхностных термических ожогов?
	А.Наложить мазевую повязку на ожоговую поверхность
+	В.Охладить ожоговую поверхность проточной водой
	С.Обработать ожоговую поверхность йодом, спиртом
	Д.Только варианты А и В
	Е.Варианты А,В и С
	Что из перечисленного нужно сделать при оказании первой помощи в случаях поверхностных термических ожогов?
	В.Проколоть образовавшиеся пузыри, но не удалять их
+	А.Наложить чистую повязку
	С.Осторожно удалить отслоившуюся кожу, остатки обгоревшей одежды
	Д.Только варианты А и В
	Е.Варианты А,В и С
	При химических ожогах (кислотой или щелочью) необходимо:
	А.Промыть область ожога проточной водой
	В.Наложить защитную повязку
	С.Провести реакцию нейтрализации
+	Д.Только варианты А и В
	Е.Варианты А,В и С
	Для поверхностного ожога характерно:
	А. Гиперемия и отечность кожных покровов;
	В. Пузыри светло-желтого цвета;
	С. Струп темно-коричневого цвета
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А и С
	Какие клинические признаки говорят о глубоких ожогах?
	А. Пузыри, заполненные темной кровью;
	В. Струп темно-коричневого цвета
	С. Гиперемия и отечность кожных покровов;
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Образование эпидермальных пузырей характерно для ожогов:
	А. II степени
	В. III степени
	С. IV степени
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	О выходе пострадавшего из состояния ожогового шока свидетельствует:
	А. Полиурия;
	В. Гипертермия тела;
	С. Повышение систолического давления до 80 и более мм рт.ст.
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какие изменения позволяют наиболее достоверно судить о развитии ожогового шока?
	А. Олигурия
	В. Гемоконцентрация
	С. Нестабильная гемодинамика
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При ожоге верхних дыхательных путей состояние пострадавшего оценивают как тяжелое:
	А. Только если имеются ожоги лица и шеи
	В. Только если имеются ожоги других частей тела общей площадью свыше 20 %
	С. Только если возраст пострадавшего превышает 60 лет или меньше 5 лет
	Д. Только если они сочетаются с травмой груди
+	Е. Состояние считают тяжелым всегда

	Определение тяжести ожога в догоспитальном периоде проводят на основе:
	А. Почасового диуреза
	В. Показателей гемодинамики
+	С. Правила «сотни»
	Д. Индекса Франка
	Е. Индекса Альговера
	С какого уровня почасового диуреза его дальнейшее снижение является признаком ожогового шока?
	А. 20 мл;
+	В. 30 мл;
	С. 40 мл;
	Д. 50 мл;
	Е. 60 мл.
	При сливном ожоге передней поверхности груди, живота и циркулярном ожоге всей левой нижней конечности площадь ожоговой поверхности составит:
	А. 45%
	В. 27%
	С. 30%
+	Д. 36%
	Е. 42%
	При циркулярном ожоге груди и левой верхней конечности общая площадь ожога у взрослого человека составит:
	А. 18 %
	В. 24 %
+	С. 27 %
	Д. 36 %
	Е. 45 %
	При ожоге обеих нижних конечностей, промежности и передней части живота общая площадь ожога составит:
	А. 36 %
	В. 37 %
	С. 40 %
	Д. 45 %
+	Е. 46 %
	Прогностический индекс (ПИ) определяется как:
	А. Общая площадь (в %) ожога, умноженная на возраст
+	В. Сумма возраста пострадавшего и общей площади ожога (в %)
	С. Сумма площади (в %) поверхностного ожога и двойной площади глубокого ожога
	Д. Сумма площади (в %) поверхностного ожога и тройной площади глубокого ожога
	Е. Сумма возраста, площади (в %) поверхностного ожога и тройной площади глубокого ожога
	Индекс Франка определяется как:
	А. Общая площадь (в %) ожога, умноженная на возраст
	В. Сумма возраста пострадавшего и общей площади ожога (в %)
	С. Сумма площади (в %) поверхностного ожога и двойной площади глубокого ожога
+	Д. Сумма площади (в %) поверхностного ожога и тройной площади глубокого ожога
	Е. Сумма возраста, площади (в %) поверхностного ожога и тройной площади глубокого ожога
	Определите прогноз на основе прогностического индекса (ПИ), если у пострадавшего 18 лет имеется ожог передней поверхности обеих нижних конечностей и туловища.
+	А. Благоприятный
	В. Относительно благоприятный
	С. Сомнительный
	Д. Неблагоприятный
	Е. Для определения прогностического индекса недостаточно данных
	Определите прогноз на основе прогностического индекса (ПИ), если у пострадавшего 35 лет имеется ожог передней поверхности обеих нижних конечностей и туловища.
	А. Благоприятный
+	В. Относительно благоприятный
	С. Сомнительный
	Д. Неблагоприятный

	Е. Для определения прогностического индекса недостаточно данных
	Определите прогноз на основе прогностического индекса (ПИ), если у пострадавшего 68 лет имеется ожог передней поверхности обеих нижних конечностей и туловища.
	А. Благоприятный
	В. Относительно благоприятный
	С. Сомнительный
+	Д. Неблагоприятный
	Е. Для определения прогностического индекса недостаточно данных
	Определите прогноз на основе прогностического индекса (ПИ), если у пострадавшего 47 лет имеется ожог пламенем передней поверхности груди, обеих верхних конечностей и лица.
	А. Благоприятный
	В. Относительно благоприятный
+	С. Сомнительный
	Д. Неблагоприятный
	Е. Для определения прогностического индекса недостаточно данных
	Определите прогноз на основе прогностического индекса (ПИ), если у пострадавшего имеется циркулярный ожог II степени обеих нижних конечностей
	А. Благоприятный
	В. Относительно благоприятный
	С. Сомнительный
	Д. Неблагоприятный
+	Е. Для определения прогностического индекса недостаточно данных
	Укажите фазы, относящиеся к острому периоду травматической болезни.
	А. Анаболическая
	В. Катаболическая
+	С. Нестабильности жизненно важных функций
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Укажите фазы, относящиеся к периоду развернутой клинической картины травматической болезни.
	А. Анаболическая
	В. Катаболическая
	С. Устойчивой стабилизации жизненно важных функций
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Когда при наличии показаний должны быть выполнены реконструктивные операции у пациента с развившейся травматической болезнью?
	А. В фазе относительной стабилизации жизненно важных функций
+	В. В анаболической фазе
	С. В катаболической фазе
	Д. В фазе устойчивой стабилизации жизненно важных функций
	Е. В течение первых суток
	Травма с переломом костей таза и ушибом головного мозга является:
	А. Изолированной монофокальной
	В. Изолированной полифокальной
	С. Множественной
+	Д. Сочетанной
	Е. Комбинированной
	Травма с переломом плечевой и бедренной кости является:
	А. Изолированной монофокальной
	В. Изолированной полифокальной
+	С. Множественной
	Д. Сочетанной
	Е. Комбинированной
	Травма с ранением мягких тканей области бедра на фоне термического ожога этой зоны является:
	А. Изолированной монофокальной

	В. Изолированной полифокальной
	С. Множественной
	Д. Сочетанной
+	Е. Комбинированной
	Травма с переломом обеих костей предплечья на одном уровне является:
	А. Изолированной монофокальной
+	В. Изолированной полифокальной
	С. Множественной
	Д. Сочетанной
	Е. Комбинированной
	Травма с переломом бедра и ушибленной раной в области перелома является:
+	А. Изолированной монофокальной
	В. Изолированной полифокальной
	С. Множественной
	Д. Сочетанной
	Е. Комбинированной
	К сочетанным повреждениям относят:
	А. Ожог II степени предплечья, перелом лучевой кости
+	В. Перелом костей таза с разрывом мочевого пузыря
	С. Закрытый перелом правого бедра, открытый перелом левого бедра
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При каких повреждениях перелом костей таза является доминирующим?
	А. Перелом таза типа Мальгенья, разрыв селезенки
+	В. Центральные вывих бедра, перелом шейки плеча со смещением
	С. Разрыв симфиза, внутричерепная гематома
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	В каких случаях на фоне политравмы можно выполнить остеосинтез при переломе надколенника со смещением в первые сутки после получения повреждений?
	А. При сопутствующей внутричерепной гематоме
	В. При сопутствующем ранении живота с повреждением кишечника
	С. При сопутствующем термическом ожоге II-III ст. обоих бедер
+	Д. Ни в одном из этих случаев
	Е. Во всех перечисленных случаях, так как внутрисуставные переломы со смещением должны быть оперированы как можно раньше
	При политравме на фоне развившегося шока рентгенографию с целью уточнения характера и объема повреждений выполняют:
	А. До начала проведения каких-либо манипуляций
+	В. Параллельно с проведением противошоковых мероприятий
	С. В фазе относительной стабилизации жизненно важных функций
	Д. В фазе устойчивой адаптации
	Е. В катаболической фазе травматической болезни
	При политравме остеосинтез костей голени при наличии показаний выполняют:
	А. Параллельно с проведением противошоковых мероприятий
	В. В фазе относительной стабилизации жизненно важных функций
	С. В фазе устойчивой адаптации
	Д. В катаболической фазе травматической болезни
+	Е. В анаболической фазе травматической болезни
	Можно ли выполнить на фоне политравмы остеосинтез перелома диафиза плечевой кости в катаболической фазе травматической болезни?
	А. Нельзя из-за того, что в этой фазе пострадавший еще не выведен из шока
+	В. Нельзя из-за высокой вероятности развития угрожающих жизни осложнений
	С. Можно, так как к этому времени гемодинамика стабилизировалась
	Д. Можно, так как к этому времени сопутствующие повреждения уже не представляют непосредственную угрозу жизни
	Е. Необходимо, так как дальнейшее промедление может привести к нарушению консолидации и частичной потере функции верхней конечности

	Для газовой гангрены характерны следующие признаки:
	А. Распирающая боль без четкого локального очага
	В. Отсутствие локальной гиперемии
	С. Локальная гипертермия
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для газовой гангрены характерно:
	А. Генерализованный отек пораженного сегмента
	В. Выраженная интоксикация
	С. Отсутствие локальной гипертермии
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Задачу профилактики гнойно-инфекционных раневых осложнений выполняют с помощью:
	А. Наложения защитной повязки
	В. Транспортной иммобилизации
	С. Тампонирования раны
+	Д. Только Варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Укажите ранние признаки столбняка
	А. Ригидность затылочных мышц
	В. Затруднение при глотании, спазм жевательной мускулатуры
	С. Значительный отек сегмента без гиперемии в окружности ран
+	Д. Только Варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Когда показано местное применение антисептиков?
	А. В стадии острого гнойного воспаления
	В. При проведении первичной хирургической обработки раны
	С. При проведении вторичной хирургической обработки раны
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Огнестрельная рана в первый час после ранения является:
	А. Стерильной
	В. Инфицированной
+	С. Бактериально загрязненной
	Д. Гнойной
	Е. Гранулирующей
	Отметьте зоны огнестрельной раны.
	А. Первичного раневого канала; первичного некроза
	В. Молекулярного сотрясения;
	С. Бактериального загрязнения;
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При пулевом ранении:
	А. Диаметры входного и выходного отверстия приблизительно одинаковы
	В. Диаметр входного отверстия больше диаметра выходного
	С. Диаметр выходного отверстия составляет примерно ½ от диаметра входного
+	Д. Диаметр входного отверстия меньше диаметра выходного
	Е. Диаметры входного и выходного отверстия могут быть любыми
	Для наложения защитной повязки на рану кроме перевязочных средств из аптечки первой помощи можно использовать:
	А. Чистый носовой платок
	В. Одежду или ее части
	С. Полиэтиленовую пленку или клеенку
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Если в ране находится инородное тело, необходимо перед наложением защитной повязки на рану:
	А. Попытаться обязательно удалить инородное тело из раны

	В. Удалить инородное тело из раны только, если это легко можно сделать; если нет – не делать таких попыток
	С. Не удаляя инородное тело, тщательно обработать его йодом или спиртом
+	Д. Отдельно зафиксировать инородное тело
	Е. Наложить защитную повязку на рану, не обращая на инородное тело внимания
	Укажите вид (виды) хирургической обработки раны мягких тканей
	А. Первичная
	В. Вторичная
	С. Повторная
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Следует ли стремиться укрыть кость мягкими тканями в ходе первичной хирургической обработки раны при огнестрельном переломе?
+	А. Следует во всех случаях
	В. Следует только при отсутствии выраженного дефекта мягких тканей
	С. Следует только при условии обеспечения полноценного дренирования зоны перелома
	Д. Следует только после выполнения репозиции и остеосинтеза
	Е. При огнестрельной ране ничего укрывать нельзя
	При наличии у пострадавшего слепой осколочной глубокой раны с узким входным отверстием первичную хирургическую обработку следует начинать с:
	А. Зондирования для определения глубины и направления раневого канала;
+	В. Рассечения раны
	С. Иссечения ее разможженных краев
	Д. Удаления инородных тел
	Е. Вакуумирования раны
	Укажите виды швов, накладываемых на рану после ее хирургической обработки
	А. Первичные
	В. Первично-отсроченные
	С. Вторично-ранние и вторично-поздние
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Первично-отсроченные швы на рану накладывают:
	А. После остановки кровотечения с помощью давящей повязки (через 1-2 часа)
+	В. При отсутствии нагноения раны (2-7 сут)
	С. При отсутствии краевой эпителизации через 1 неделю
	Д. На гранулирующую рану после очищения от гнойно-некротических масс (8-14 сут)
	Е. После иссечения грануляций и рубцов
	Вторично-ранние швы на рану накладывают:
	А. После остановки кровотечения с помощью давящей повязки (через 1-2 часа)
	В. При отсутствии нагноения раны (2-7 сут)
	С. При отсутствии краевой эпителизации через 1 неделю
+	Д. На гранулирующую рану после очищения от гнойно-некротических масс (8-14 сут)
	Е. После иссечения грануляций и рубцов
	Вторично-поздние швы на рану накладывают:
	А. После остановки кровотечения с помощью давящей повязки (через 1-2 часа)
	В. При отсутствии нагноения раны (2-7 сут)
	С. При отсутствии краевой эпителизации через 1 неделю
	Д. На гранулирующую рану после очищения от гнойно-некротических масс (8-14 сут)
+	Е. После иссечения грануляций и рубцов
	Что не является препятствием для наложения первичных швов на рану?
+	А. Операция ПХО выполнена через 6 часов после ранения
	В. Имеется дефект кожи, не позволяющий сблизить края раны без натяжения
	С. Разможенная рана обильно загрязнена
	Д. Пациент несколько дней будет находиться без врачебного наблюдения
	Е. При ПХО глубокие отделы раны вакуумированы, но не инспектированы визуально
	Можно ли при огнестрельном ранении после первичной хирургической обработки наложить первичные глухие швы?
	А. Можно при ранении лица;
	В. Можно при сопутствующем радиационном поражении;

	С. Можно при отсутствии огнестрельного перелома;
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При каком ранении наложение первичных швов после ПХО обязательно?
	А. Гениталий
	В. Кисти или лица
	С. На фоне радиационного поражения
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При развитии синдрома длительного сдавления после освобождения конечности от внешней компрессии показанием к наложению резинового жгута является:
	А. Отсутствие активных движений в суставах
+	В. Отсутствие пассивных движений в суставах
	С. Нарушения чувствительности
	Д. Быстро нарастающий отек
	Е. Наличие достоверных признаков перелома
	В случае отсутствия переломов и ран пострадавшим с синдромом длительного сдавления в догоспитальном периоде необходимо:
	А. Забинтовать конечность эластичным бинтом
	В. Наложить транспортные шины
	С. Согреть пораженную конечность
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Проведение гемодилюции в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления показано:
	А. В периоде ишемии
+	В. В ранней стадии периода реперфузии
	С. В промежуточной стадии периода реперфузии
	Д. В стадии реконвалесценции
	Е. Этот метод вообще не применяют в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления
	Применение плазмафереза и гемодиализа в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления показано:
	А. В периоде ишемии
	В. В ранней стадии периода реперфузии
+	С. В промежуточной стадии периода реперфузии
	Д. В стадии реконвалесценции
	Е. Этот метод вообще не применяют в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления
	Фасциотомия при прогрессирующем отеке у пострадавших с синдромом длительного сдавления конечностей показана:
	А. При значительной площади поражения
	В. При выраженных расстройствах периферической иннервации
+	С. При задержке эвакуации в специализированный стационар
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Фасциотомии при развитии выраженного отека конечности на фоне синдрома длительного сдавления выполняют:
	А. Как можно раньше во всех случаях
	В. Только после разрешения острой почечной недостаточности
+	С. Только при невозможности ранней госпитализации в специализированный стационар
	Д. Только при нарушениях пассивных движений в суставах конечности
	Е. Фасциотомия при СДС противопоказана, так как приводит к тяжелому нагноению
	Эндогенная интоксикация при синдроме длительного сдавления достигает своего максимума:
	А. В течение периода ишемии
	В. К началу ранней стадии (эндогенной интоксикации) периода реперфузии
	С. В разгаре ранней стадии (эндогенной интоксикации) периода реперфузии

+	Д. К промежуточной стадии (почечной недостаточности) периода реперфузии
	Е. К завершающей стадии (реконвалесценции) периода реперфузии
	Когда при синдроме длительного сдавления главной угрозой жизни является нестабильная гемодинамика?
	А. В периоде ишемии
+	В. В ранней стадии периода реперфузии (эндогенной интоксикации)
	С. В промежуточной стадии периода реперфузии
	Д. В стадии реконвалесценции
	Е. Для синдрома длительного сдавления нарушения гемодинамики не характерны
	Основной угрозой для жизни в ранней стадии периода реперфузии при синдроме длительного сдавления является:
	А. Эндогенная интоксикация
+	В. Нестабильная гемодинамика
	С. Острая почечная недостаточность
	Д. Полиорганная патология
	Е. Гнойно-инфекционные осложнения
	Признаком наступления второй (промежуточной) стадии периода реперфузии при синдроме длительного сдавления является:
	А. Стабилизация гемодинамики
	В. Олигоанурия
	С. Начало отторжения некротических тканей
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Ведущим фактором, обуславливающим развитие синдрома позиционного сдавления, является:
	А. Размозжение мягких тканей с формированием множественных межмышечных гематом
	В. Повреждение периферических нервов с развитием периферических невритов
+	С. Нарушение кровоснабжения тканей с развитием ишемических расстройств
	Д. Длительное обездвиживание суставов с развитием артрогенных контрактур
	Е. Сдавление мягких тканей гипсовой повязкой с формированием пролежней и фликтен
	От чего зависит тяжесть синдрома длительного сдавления?
	А. От площади сдавления;
	В. От времени сдавления;
	С. От наличия переломов вне зоны сдавления
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Какие нарушения преобладают в промежуточном периоде синдрома длительного сдавления?
	А. Гнойно-инфекционные осложнения
+	В. Явления почечной недостаточности
	С. Нарушения гемодинамики
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Активные движения в суставах конечности при ишемическом поражении отсутствуют:
	А. При необратимой ишемии
	В. При декомпенсированной ишемии
	С. При компенсированной ишемии
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Пассивные движения в суставах конечности при ишемическом поражении отсутствуют:
+	А. При необратимой ишемии
	В. При декомпенсированной ишемии
	С. При компенсированной ишемии
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Нарушения чувствительности при ишемическом поражении конечности характерны для:
	А. Необратимой ишемии
	В. Декомпенсированной ишемии

	С. Компенсированной ишемии
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При воздействии низких температур выше 0°C может развиваться холодовое поражение:
	А. Ознобление
	В. Замерзание
	С. «Траншейная стопа»
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Согревание при замерзании проводят с помощью:
	А. Погружения в горячую (40 °С) воду
+	В. Внутривенного введения теплых растворов
	С. Растирания тела снегом
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	В случаях локального отморожения или общего охлаждения согревание проводят водой, имеющей начальную температуру:
	А. Максимально высокую, не вызывающую ожоги (около 40°C)
	В. Соответствующую нормальной температуре тела человека (36°C)
	С. На 2°C ниже нормальной температуры тела человека (около 34°C)
+	Д. На 2°C выше температуры тела или отогреваемого участка
	Е. Равную температуре тела или отогреваемого участка
	Какая степень отморожения характерна для поражения «траншейная стопа»?
	А. I степень
	В. II степень
	С. III степень
+	Д. IV степень
	Е. Развитие «траншейной стопы» не связано с отморожением
	При локальном отморожении следует выполнить:
+	А. Обработать кожу спиртом и наложить утепленную повязку
	В. Погрузить пораженный участок в горячую (40°C) воду, а потом снижать температуру до нормальной
	С. Растереть пораженный участок снегом
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какое действие является ошибочным или излишним при отморожении конечности?
	А. Поменять всю одежду на сухую и теплую
	В. Провести активное внешнее согревание (вентилятор, фен, грелка)
	С. Наложить теплоизолирующую повязку
+	Д. Растереть отмороженный участок снегом
	Е. Дать горячее сладкое питье
	Положительная спиртовая проба характерна для отморожения:
	А. I степени
+	В. II степени
	С. III степени
	Д. IV степени
	Е. Спиртовая проба не применяется для диагностики при отморожении
	Показанием к экстренному оперативному вмешательству по жизненным показаниям у пациента с травмой головы является:
	А. Продолжающееся наружное кровотечение
	В. Сдавление головного мозга
	С. Клиническая картина ушиба головного мозга тяжелой степени
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	К открытой черепно-мозговой травме относят сочетание ЧМТ:
	А. С ликвореей из носа или слухового прохода
	В. С переломом основания черепа

	С. С раной волосистой части головы и повреждением апоневроза
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	К открытой проникающей черепно-мозговой травме относят сочетание ЧМТ:
	А. С ликвореей из носа или слухового прохода
	В. С переломом основания черепа
	С. С раной волосистой части головы и повреждением апоневроза
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Проникающей черепно-мозговую травму называют, если при ранении повреждаются:
	А. Кости свода черепа
	В. Кости орбиты
+	С. Твердая мозговая оболочка
	Д. При любом переломе костей черепа
	Е. При любом ранении мягких тканей волосистой части головы
	Субарахноидальное кровоизлияние часто встречается при ушибе головного мозга:
	А. Тяжелой степени
	В. Средней степени
	С. Легкой степени
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При подозрении на внутричерепную гематому с компрессией головного мозга люмбальная пункция:
	А. Необходима, так как позволяет выявить наличие субарахноидального кровоизлияния
	В. Необходима, так как позволяет дифференцировать черепно-мозговую травму от алкогольного или наркотического отравления
	С. Нежелательна, так как требует дополнительных затрат времени перед экстренной операцией.
+	Д. Противопоказана, так как может привести к дислокации мозга и смерти
	Е. Бессмысленна, так как в данном случае не позволяет уточнить диагноз
	Для внутричерепной гематомы характерно:
	А. Гемипарез на стороне поражения и расширение зрачка на стороне, противоположной поражению
	В. Расширение зрачка и гемипарез на стороне, противоположной поражению
+	С. Расширение зрачка на стороне поражения и гемипарез на стороне, противоположной поражению
	Д. Сужение зрачка на стороне поражения и гемипарез на стороне, противоположной поражению
	Е. Гемипарез на стороне поражения и сужение зрачка на стороне, противоположной поражению
	Для сотрясения головного мозга характерными признаками являются:
	А. Анизокория
+	В. Амнезия, тошнота
	С. Девиация языка
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для внутричерепной гематомы характерно:
	А. Утрата сознания
	В. Анизорефлексия
	С. Резкое падение артериального давления, тахикардия
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Что является достоверным признаком перелома основания черепа?
	А. Симптом «очков»
+	В. Назальная или ушная ликворея
	С. Анизокория
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	В какой стадии впервые у пострадавшего на фоне черепно-мозговой травмы

	пропадает реакция на боль?
	А. Оглушение (ступор)
	В. Сопор
+	С. Кома I
	Д. Кома II
	Е. Кома III
	В какой стадии впервые у пострадавшего на фоне черепно-мозговой травмы развиваются выраженные нарушения дыхания?
	А. Оглушение (ступор)
	В. Сопор
	С. Кома I
+	Д. Кома II
	Е. Кома III
	В какой стадии впервые пострадавший на фоне черепно-мозговой травмы перестает выполнять простые команды?
	А. Оглушение (ступор)
+	В. Сопор
	С. Кома I
	Д. Кома II
	Е. Кома III
	В какой стадии впервые у пострадавшего на фоне черепно-мозговой травмы появляется двухсторонний мидриаз?
	А. Оглушение
	В. Сопор
	С. Кома I
	Д. Кома II
+	Е. Кома III
	Для уточнения объема и характера повреждений при черепно-мозговой травме в качестве дополнительной диагностики помимо краниографии можно выполнить:
	А. Эхоэнцефалоскопию
	В. Компьютерную томографию (КТ)
	С. Магнитно-резонансную томографию (МРТ)
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А, В и С
	При ушибе головного мозга средней степени тяжести продолжительность утраты сознания достигает:
	А. 10 минут
	В. 1 часа
+	С. Несколько часов
	Д. Несколько дней
	Е. Несколько недель
	«Светлый промежуток» при ЧМТ характерен для:
	А. Эпидуральной гематомы
	В. Субдуральной гематомы
	С. Внутримозговой гематомы
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А, В и С
	Наиболее продолжительный «светлый промежуток» при ЧМТ характерен для:
	А. Эпидуральной гематомы
+	В. Субдуральной гематомы
	С. Внутримозговой гематомы
	Д. Внутривентрикулярной гематомы
	Е. Продолжительность «светлого промежутка» не зависит от локализации гематомы
	Отметьте симптом, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ для эпидуральной гематомы
	А. Брадикардия
+	В. Гипотония
	С. «Светлый промежуток»
	Д. Мидриаз на стороне поражения
	Е. Пирамидная симптоматика на контрлатеральной стороне

	Для черепно-мозговой травмы характерны признаки:
	А. Головная боль, головокружение
	В. Нарушение сознания
	С. Тошнота, рвота
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Тяжесть черепно-мозговой травмы определяют в первую очередь по нарушениям:
	А. Дыхания
	В. Пульса
	С. Артериального давления
+	Д. Сознания
	Е. Температуры тела
	Причинами нарушения дыхания при черепно-мозговой травме могут являться:
	А. Повреждение дыхательного центра в продолговатом мозге
	В. Западение языка
	С. Судороги
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	К централизации кровообращения приводит:
	А. Повышение пульсового давления
	В. Повышение сердечного выброса
	С. Артериальная гипертензия
+	Д. Периферическая вазоконстрикция
	Е. Тахикардия
	Что является общим в развитии уремической, травматической и гипотермической ком?
+	А. Гипоксия головного мозга
	В. Длительная стадия возбуждения
	С. Воздействие эндотоксинов
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	К противошоковым мероприятиям можно отнести следующие действия:
	А. Наложение давящей повязки при наружном кровотечении
	В. Обильное питье
	С. Укладывание пострадавшего на щит
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Укажите степени тяжести шока
	А. Декомпенсированный
	В. Компенсированный
	С. Субкомпенсированный
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	В основе развития респираторного дистресс-синдрома лежит:
	А. Напряженный пневмоторакс
	В. Асфиксия
+	С. Интерстициальный отек легких
	Д. Ранение легкого
	Е. Отек верхних дыхательных путей
	Дефибрилляция эффективна при:
	А. Мелковолновой фибрилляции
+	В. Крупноволновой фибрилляции
	С. Асистолии
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Пострадавшего с развившимся вследствие полученной травмы шоком следует укрыть теплым одеялом:
	А. Только в холодное время года

	В. Только в случае развития «нервного озноба»
	С. В случаях, когда температура окружающего воздуха не превышает 20-25°C.
+	Д. Во всех случаях
	Е. Пострадавшего с шоком не нужно укрывать
	Ведущим нарушением при шоке является:
	А. Гиповолемия
	В. Гипоксия
	С. Почечная недостаточность
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Шоковый индекс (индекс Альговера) – это отношение:
	А. Частоты пульса к частоте дыхания
+	В. Частоты пульса к систолическому давлению
	С. Систолического давления к частоте пульса
	Д. Систолического давления к частоте дыхания
	Е. Частоты дыхания к систолическому давлению
	Ректально-кожный градиент температуры (РКГТ) – это разность температуры между:
	А. Просветом прямой кишки и подмышечной областью
	В. Просветом прямой кишки и паховой областью
+	С. Просветом прямой кишки и тылом стопы у основания I пальца
	Д. Подмышечной областью и областью прямой мышцы живота
	Е. Областью прямой мышцы живота и тылом стопы
	Шоковый индекс = 1,1 свидетельствует о:
	А. Отсутствии шока
+	В. Компенсированной стадии шока
	С. Декомпенсированной обратимой стадии шока
	Д. Декомпенсированной необратимой стадии шока
	Е. Состоянии комы при черепно-мозговой травме
	Декомпенсированный шок развивается, как только дефицит объема циркулирующей плазмы у взрослого человека превысит:
	А. 5 %
	В. 10 %
	С. 20 %
+	Д. 30 %
	Е. 40%
	При декомпенсированном обратимом шоке ректально-кожный градиент температуры находится в диапазоне:
	А. 2-4°C
	В. 5-7°C
+	С. 8-16°C
	Д. 17-20°C
	Е. 21-24°C
	Какого рода контрактуру в тазобедренном суставе можно ожидать при его заболевании или повреждении?
	А. Сгибательную
	В. Приводящую
	С. Отводящую;
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какую роль выполняет синовиальная жидкость в синовиальном суставе?
	А. Амортизация
	В. Скольжение
	С. Защита от медиаторов воспаления
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Как в норме должна выглядеть синовиальная жидкость?
	А. Слегка розовая, прозрачная
	В. Слегка розовая, опалесцирующая

+	С. Соломенно-желтая, прозрачная
	Д. Соломенно-желтая, опалесцирующая
	Е. Насыщенно желтая, опалесцирующая
	Что способствует развитию остеоартроза тазобедренного сустава?
	А. Плоскостопие
	В. Сколиотическая болезнь
	С. Венозная недостаточность
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Рентгенологическим признаком деформирующего остеоартроза является:
	А. Сужение суставной щели и наличие остеофитов
	В. Субхондральный остеосклероз
	С. Наличие кист в метаэпифизарной зоне
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Для ранних стадий коксартроза характерно:
	А. «Стартовая» (после длительного сидения или лежания)
	В. После длительной нагрузки
	С. Постоянные в течение дня, в том числе – в покое
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для выраженного коксартроза характерно:
	А. Атрофия мышц бедра
	В. Ночные боли
	С. Мио- и артрогенная контрактура;
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Какие изменения характерны для начальной стадии остеоартроза?
	А. Развитие остеопороза в метаэпифизарной зоне
+	В. Нарушение метаболизма суставного хряща
	С. Ограничение активных движений в суставе
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Изменения каких структур, составляющих коленный сустав, визуализируются на стандартных рентгенограммах?
	А. Менисков
	В. Суставного хряща
	С. Связок
	Д. Всех перечисленных
+	Е. Ни одной из перечисленных
	Ремодуляцией суставной поверхности при остеоартрозе называют:
	А. Постепенное спонтанное выравнивание оси конечности
	В. Постепенное спонтанное заполнение образовавшихся кист рубцово-костным регенератом
+	С. Деформацию, приводящую к дисконгруентности суставных поверхностей
	Д. Хондропластику – имплантацию костно-хрящевой ткани в места хрящевых дефектов
	Е. Оперативное вмешательство, направленное на восстановление симметрии сустава и оси конечности
	Для II стадии остеоартроза по классификации Н.С. Косинской характерно:
	А. Сужение суставной щели в 2-3 раза
	В. Ограничение подвижности, хруст при движениях
	С. Появление в эпифизарной зоне костных кист
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Какие методы лечения применяют для уменьшения нагрузки на пораженный сустав при коксартрозе или гонартозе?
	А. Разгрузочное вытяжение
	В. Мануальная терапия
	С. Анальгетическая терапия

	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При появлении «стартовых» болей в коленном суставе в качестве лечебной физкультуры на фоне проводимого лечения следует рекомендовать:
	А. Несколько приседаний до исчезновения «стартовой» боли
+	В. Упражнения типа «велосипед» лежа в постели
	С. Утренние пробежки на небольшие расстояния
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Противопоказанием к применению нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) при остеоартрозе является:
	А. Ишемическая болезнь сердца
+	В. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
	С. Хронический тромбофлебит нижних конечностей
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Действие каких лекарственных средств, применяемых в лечении остеоартроза, направлено непосредственно на улучшение жизнедеятельности суставного хряща?
	А. Кортикостероиды
+	В. Препараты на основе хондроитинсульфата и гиалуроновой кислоты
	С. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Внутрисуставное введение кортикостероидов при остеоартрозе:
	А. Купирует болевой синдром
	В. Ускоряет процесс дегенерации хрящевой ткани
	С. Способствует улучшению скольжения в суставе
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	В лечении остеоартроза коленного сустава артроскопия:
+	А. Имеет широкие показания, так как позволяет провести санацию полости сустава и уточнить объем поражений внутрисуставных структур
	В. Показана лишь в отдельных случаях, когда в полости сустава выявляются свободные фрагменты, мешающие движениям
	С. Показана только в случаях выявления выраженных дефектов суставного хряща
	Д. Нецелесообразна, так как не может повлиять на характер и ход дальнейшего лечения
	Е. Противопоказана, так как любое оперативное вмешательство способствует прогрессированию заболевания
	В лечении остеоартроза тазобедренного и коленного суставов к эндопротезированию следует прибегнуть:
	А. Как можно раньше, чтобы максимально сохранить качество жизни пациента
+	В. После безуспешного консервативного лечения
	С. Только в случаях формирования выраженных контрактур с почти полной неподвижностью сустава и значительной деформацией
	Д. Только после операции артроскопии, не приведшей к положительному результату
	Е. Только после выполненной операции корригирующей остеотомии, не приведшей к положительному результату
	Эффективность применения протекторов синовиальной жидкости снижается:
	А. При обострении хронического синовита
	В. При значительных дефектах суставного хряща с обнажением субхондральной кости
	С. При параллельном назначении хондропротекторов
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При болезни Бехтерева преимущественно поражаются суставы:
	А. Плечевые и локтевые (симметрично)
	В. Кистей и стоп
+	С. Позвоночника
	Д. Тазобедренные

	Е. Коленные
	При болезни Бехтерева могут поражаться:
	Межпозвонковые суставы
	Крестцово-подвздошные суставы
	Суставы нижних конечностей
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	В результате прогрессирования какого заболевания может наступить костный «блок» (отсутствие подвижности) между позвонками?
	А. Спондилез
	В. Болезнь Бехтерева
	С. Остеохондроз
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Самым ранним рентгенологическим признаком болезни Бехтерева являются изменения:
	А. Суставов кистей и стоп
	В. Межпозвонковых суставов в грудном отделе
	С. Межпозвонковых суставов в поясничном отделе
+	Д. Крестцово-подвздошных сочленений
	Е. Тазобедренных суставов (симметрично)
	При болезни Бехтерева происходит:
	А. Спондилолиз
	В. Торсия позвонков
	С. Спондилолистез
+	Д. Анкилозирование межпозвонковых суставов
	Е. Формирование «рыбьих позвонков»
	В отличие от остеохондроза позвоночника, для болезни Бехтерева характерно:
	А. Ограничение экскурсии грудной клетки
	В. Наличие сакроилеита
	С. Уменьшение болей в покое
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Сращение позвонков в виде «бамбуковой палки» характерно для:
	А. Дисгормональной спондилопатии
	В. Болезни Форестье
+	С. Болезни Бехтерева
	Д. Спондилоартроза
	Е. Спондилеза
	Какие клинические симптомы из перечисленных могут свидетельствовать о врожденном вывихе бедра?
	А. Асимметрия ягодичных складок;
	В. Наружная ротация нижней конечности;
	С. Симптом щелчка
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	На основании каких признаков можно заподозрить врожденный вывих бедра у ребенка старше 1 года (после начала ходьбы)?
	А. Относительное укорочение конечности
	В. Симптом Тренделенбурга
	С. Симптом щелчка
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При врожденном вывихе бедра отмечается:
	А. Абсолютное укорочение конечности
+	В. Положительный симптом Тренделенбурга
	С. Смещение большого вертела ниже линии Розера-Нелатона
	Д. Только варианты А и В

	Е. Варианты А,В и С
	При выявлении у новорожденного ребенка ограничения отведения в тазобедренном суставе необходимо:
	А. Провести консультацию ортопедом
	В. Выполнить обзорную рентгенографию таза
	С. Провести консультацию неврологом
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Что является причиной врожденного вывиха бедра?
	А. Родовая травма головного мозга с развитием спастического синдрома;
	В. Травматический вывих бедра при родах;
	С. Тугое пеленание ребенка с разведенными ногами в первые дни жизни
+	Д. Дисплазия тазобедренного сустава;
	Е. Варианты А, В и Д
	При врожденном предвывихе бедра в первые дни жизни следует предпринять:
	А. Электрофорез с кальцием и фосфором на область тазобедренных суставов
+	В. Широкое пеленание в положении отведения бедер
	С. Лечебную гимнастику – вращательные и отводящие движения в тазобедренных суставах
	Д. Все перечисленное
	Е. В первые дни жизни при такой патологии не предпринимают никаких действий
	В каком положении надо фиксировать бедро у ребенка в первые 0,5 года жизни при врожденном вывихе?
	А. Среднефизиологическом;
	В. Приведения;
+	С. Отведения;
	Д. Разгибания и наружной ротации;
	Е. В таком возрасте фиксация вообще не применяется.
	Какие клинические проявления характерны для типичной формы врожденной косолапости?
	А. Флексия стопы
	В. Торсия костей голени
	С. Супинация стопы
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Укажите метод (методы) лечения врожденной косолапости в первые недели жизни ребенка.
	А. Бинтование мягкими бинтами
	В. Наложение этапных гипсовых повязок
	С. Оперативное лечение
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Ничего из перечисленного: в первый год жизни ребенка (до начала ходьбы) попытки коррекции не проводятся.
	Что является причиной врожденной мышечной кривошеи?
	А. Сращение шейных позвонков (болезнь Клиппеля-Фейля) с нарушением тонуса мышц шеи;
	В. Клиновидные шейные позвонки
	С. Шейные ребра
	Д. Контрактура мышц при ротационном смещении атланта (болезнь Гризеля);
+	Е. Укорочение грудинно-ключично-сосцевидной мышцы;
	Диспластические деформации грудной клетки приводят:
	А. К уменьшению массы тела
	В. К перегрузке правых отделов сердца
	С. К мышечной кривошее
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Артрогрипоз – это:
	А. Изолированное поражение крупного сустава верхней или нижней конечности как осложнение перенесенного вирусного заболевания
	В. Множественные поражения крупных и мелких суставов конечностей как осложнение

	перенесенного вирусного заболевания
	С. Поражение межпозвонковых суставов как осложнение перенесенного вирусного заболевания
	Д. Врожденная патология суставов
+	Е. Врожденная патология суставов и мышц
	Первичный остеопороз может быть обусловлен:
	А. Дефицитом эстрогенов у женщин в постменопаузальном периоде
	В. Инволютивными возрастными изменениями
	С. Хроническим алкоголизмом
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Вторичный остеопороз может быть обусловлен:
	А. Длительным приемом гормональных препаратов
	В. Длительным периодом иммобилизации в гипсовой повязке по поводу перелома
	С. Сахарным диабетом
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Для исследования скелета на предмет остеопороза следует выполнить рентгенографию:
	А. Позвоночника и таза
	В. Череп
	С. Кистей рук
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Для остеопороза на фоне сахарного диабета характерно:
	А. Клиновидная деформация позвонков
+	В. Остеолиз костей, образующих голеностопный сустав
	С. Линзовидная деформация позвонков («рыбьи» позвонки)
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для постменопаузального остеопороза характерно:
+	А. Клиновидная деформация позвонков
	В. Остеолиз костей, образующих голеностопный сустав
	С. Линзовидная деформация позвонков («рыбьи» позвонки)
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для остеопороза стероидного происхождения характерно:
	А. Клиновидная деформация позвонков
	В. Остеолиз костей, образующих голеностопный сустав
+	С. Линзовидная деформация позвонков («рыбьи» позвонки)
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Т-критерий при остеопорозе – это показатель, оценивающий:
	А. Абсолютные значения минеральной плотности кости
	В. Степень эластичности костной ткани
	С. Степень разреженности костной ткани на рентгенограммах
+	Д. Соотношение показателей минеральной плотности кости пациента со среднестатистическими
	Е. Выраженность костных деформаций в типичных зонах
	Денситометрия позволяет определить:
	А. Повреждения соединительнотканых структур (связок, менисков)
	В. Наличие в кости очага воспаления
+	С. Минеральную плотность кости
	Д. Наличие переломов губчатой кости без смещения
	Е. Наличие грыжи диска при остеохондрозе
	Какая походка характерна при детском церебральном параличе?
	А. «Утиная»

	В. Подпрыгивающая
	С. Щадящая хромота
	Д. Нещадящая хромота
+	Е. Спастическая
	Акушерский паралич – это:
	А. Вялый паралич, вызванный гипоксией головного мозга при родах
	В. Спастический паралич, вызванный гипоксией головного мозга при родах
+	С. Вялый паралич, вызванный поражением плечевого сплетения при родовой травме
	Д. Спастический паралич, вызванный поражением плечевого сплетения при родовой травме
	Е. Спастический паралич, вызванный травмой головного мозга при родах
	Гемипарезом называют:
	А. Нарушения, охватывающие конечность частично (по передней, задней или боковой поверхности)
	В. Поражение, охватывающее целиком только одну конечность
+	С. Поражение одной половины туловища (правой или левой)
	Д. Поражение одной половины туловища (верхней или нижней)
	Е. Частичное поражение всех четырех конечностей
	Спастический паралич может развиваться вследствие:
	А. Родовой травмы
	В. Менингита
	С. Токсикоза беременности (врожденная патология)
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Какой нерв поражается при синдроме грушевидной мышцы?
	А. Срединный
	В. Локтевой
	С. Наружный кожный нерв бедра
+	Д. Седалищный
	Е. Большеберцовый
	Какой нерв поражается при болезни Рота?
	А. Срединный
	В. Локтевой
+	С. Наружный кожный нерв бедра
	Д. Седалищный
	Е. Большеберцовый
	Висцеральный синдром при остеохондрозе грудного отдела позвоночника проявляется болями в области:
	А. Сердца (псевдокардиальный)
	В. Эпигастрия (гастралгический)
	С. Межлопаточной
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Пациент с остеохондрозом грудного отдела позвоночника может предъявлять жалобы на боли в области:
	А. Сердца;
	В. Живота;
	С. Правого подреберья;
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При люмбаишиалгии боль отмечается:
	А. В пояснично-крестцовой области без иррадиации
	В. В пояснично-крестцовой области с иррадиацией в область копчика
+	С. В пояснично-крестцовой области с иррадиацией в нижнюю конечность
	Д. Только в нижней конечности по задне-наружной поверхности в зоне иннервации корешков конского хвоста
	Е. Только в нижней конечности по задне-внутренней поверхности в зоне иннервации корешков конского хвоста
	При остеохондрозе поясничного отдела позвоночника могут отмечаться:

	А. Симптом Ласега
	В. Сглаженность поясничного лордоза
	С. Анталгический сколиоз
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А, В и С
	Вегетативные расстройства при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника могут проявляться в виде:
	А. Ишиалгии
+	В. Дисфункции мочевого пузыря
	С. Псевдокардиального синдрома.
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А, В и С
	Появление дополнительного поясничного позвонка носит название:
	А. Спондилолиз
	В. Спондилолистез
+	С. Люмбализация
	Д. Сакрализация
	Е. Аномалия тропизма
	«Соскальзывание» тела позвонка вместе с вышележащим отделом позвоночника носит название:
	А. Спондилолиз
+	В. Спондилолистез
	С. Люмбализация
	Д. Сакрализация
	Е. Аномалия тропизма
	Несращение дужки с телом позвонка носит название:
+	А. Спондилолиз
	В. Спондилолистез
	С. Люмбализация
	Д. Сакрализация
	Е. Аномалия тропизма
	Что такое спондилолистез?
	А. Незаращение дужки позвонка (аномалия развития);
	В. Сращение 5 поясничного позвонка с крестцом;
	С. Выпадение межпозвонкового диска кзади (в спинномозговой канал);
	Д. Выпадение межпозвонкового диска кпереди.
+	Е. Соскальзывание тела позвонка кпереди вместе с вышележащим отделом позвоночника
	В комплексе консервативного лечения распространенного остеохондроза применяют:
	А. Вытяжение
	В. Нестероидные противовоспалительные препараты
	С. Миорелаксирующие препараты
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А, В и С
	Противоотечная терапия при остеохондрозе с болевым корешковым синдромом:
+	А. Показана в остром периоде, так как устраняет сдавление корешка мягкими тканями
	В. Показана только после полного купирования корешкового синдрома как средство профилактики возможных осложнений
	С. Не может иметь эффекта, так как развитие корешкового синдрома не связано с отеками
	Д. Противопоказана, так как может привести к ущемлению корешка в межпозвонковом отверстии
	Е. Не показана, так как эти препараты несовместимы с обязательным при болевом корешковом синдроме противовоспалительным лечением
	Наибольшую опасность развития стойких неврологических осложнений при остеохондрозе представляет смещение грыжи межпозвонкового диска:
+	А. Кзади
	В. Внедрение в тело позвонка (грыжа Шморля)
	С. Кпереди
	Д. Только варианты А и В

	Е. Варианты А,В и С (все указанные смещения одинаково опасны)
	При пролапсе межпозвонкового диска с миелопатическим синдромом методом выбора является:
	А. Медикаментозная (противовоспалительная и анальгетическая) терапия;
	В. Тракционная терапия
	С. Внешняя иммобилизация (корсет) на 4-6 месяцев.
	Д. Мануальная терапия;
+	Е. Оперативное лечение;
	Для остеохондроза позвоночника характерно развитие:
	А. Рефлекторных вертеброгенных синдромов
	В. Компрессионных вертеброгенных синдромов
	С. Миоадаптивных синдромов
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Укажите рентгенологические признаки остеохондроза позвоночника.
	А. Склероз замыкательных пластинок и уменьшение высоты межпозвонковой щели
	В. Остеофиты
	С. Торсия позвонков.
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для спондилеза характерно:
	А. Склероз замыкательных пластинок;
+	В. Формирование остеофитов
	С. Уменьшение высоты межпозвонковой щели;
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Формирование растущих навстречу друг другу («целующихся») оссификатов позвонков характерно для:
	А. Дисгормональной спондилопатии
	В. Болезни Форестье
	С. Сколиотической болезни
	Д. Спондилоартроза
+	Е. Спондилеза
	Сужение межпозвонковых отверстий характерно для:
	А. Дисгормональной спондилопатии
	В. Болезни Форестье
	С. Болезни Бехтерева
+	Д. Спондилоартроза
	Е. Спондилеза
	Оссификация передней продольной связки характерна для:
	А. Дисгормональной спондилопатии
+	В. Болезни Форестье
	С. Болезни Шпренгеля
	Д. Спондилоартроза
	Е. Спондилеза
	Головная боль с иррадиацией в затылок и теменно-височную область, сопровождающаяся головокружением и тошнотой, характерна для:
	А. Цервикальной дискалгии
	В. Синдрома передней лестничной мышцы
	С. Синдрома плечелопаточного периартрита
+	Д. Синдрома позвоночной артерии
	Е. Висцерального синдрома
	Боль по внутренней поверхности плеча, предплечья и кисти иногда – с иррадиацией в затылок характерна для:
	А. Цервикальной дискалгии
+	В. Синдрома передней лестничной мышцы
	С. Синдрома плечелопаточного периартрита
	Д. Синдрома позвоночной артерии
	Е. Синдрома эпикондилита

	Интенсивные боли в шее, начинающиеся после сна и усиливающиеся при попытках повернуть голову, характерны для:
+	А. Цервикальной дискалгии
	В. Синдрома передней лестничной мышцы
	С. Синдрома плечелопаточного периартрита
	Д. Синдрома позвоночной артерии
	Е. Висцерального синдрома
	Боль, иррадиирующая в область надплечья и плечевого сустава, характерна для:
	А. Цервикальной дискалгии
	В. Синдрома передней лестничной мышцы
+	С. Синдрома плечелопаточного периартрита
	Д. Синдрома позвоночной артерии
	Е. Синдрома эпикондилита
	Висцеральный синдром при остеохондрозе шейного отдела позвоночника проявляется болями в области:
+	А. Сердца (псевдокардиальный)
	В. Эпигастрия (гастралгический)
	С. Правом подреберья (холецистопатия)
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для остеохондроза шейного отдела позвоночника характерны:
	А. Синдром плече-лопаточного периартрита
	В. Синдром позвоночной артерии
	С. Синдром передней лестничной мышцы
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При ревматоидном артрите изменения в суставе происходят в первую очередь:
	А. В околосуставных тканях
+	В. В синовиальной оболочке
	С. В суставном хряще
	Д. В субхондральной кости (остеопороз, кисты)
	Е. Все структуры поражаются практически одновременно, так как ревматоидный артрит – системное заболевание
	Ревматоидные узелки – образования, локализующиеся:
+	А. Под кожей
	В. В мышцах
	С. В синовиальной оболочке сустава
	Д. В суставном хряще
	Е. В субхондральной кости
	Какие препараты относятся к группе базисных в лечении ревматоидного артрита?
	А. Препараты золота, Д-пеницилламин
	В. Цитостатики, аминохинолиновые препараты
	С. Нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Только варианты В и С
	Какие препараты относятся к группе симптоммодифицирующих в лечении ревматоидного артрита?
	А. Препараты золота, Д-пеницилламин
	В. Цитостатики, аминохинолиновые препараты
+	С. Нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды
	Д. Только варианты А и В
	Е. Только варианты В и С
	Какие методы локального воздействия на пораженный сустав применяют при ревматоидном артрите?
	А. Внутрисуставное введение глюкокортикоидов
	В. Операция – синовэктомия
	С. Длительная (до 1,5-2 месяцев) иммобилизация в течение всего курса лечения
+	Д. Только варианты А и В

	Е. Только варианты В и С
	Синовиэктомия при ревматоидном артрите позволяет:
	А. Добиться ремиссии на организменном уровне, снизив степень активности заболевания
	В. Купировать персистирующий синовит в оперированном суставе, снизить болевой синдром
	С. Снизить дозу базисных препаратов
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Что не является характерным проявлением ревматоидного артрита?
	А. Симметричное поражение мелких суставов
	В. Утренняя скованность свыше 30 мин
+	С. «Стартовая» боль в пораженных суставах, проходящая с началом движений
	Д. Субфебрильная температура
	Е. Локальная гипертермия
	Что является достоверным признаком ревматоидного артрита?
	А. Наличие ревматоидных узелков
	В. Наличие ревматоидного фактора в сыворотке крови
	С. Симметричное поражение мелких суставов кисти
	Д. Утренняя скованность протяженностью не менее 30 минут
+	Е. Ни один из указанных признаков не является достоверным
	Пороки осанки у ребенка могут быть обусловлены:
	А. Нарушениями зрения или слуха
	В. Нарушениями носового дыхания
	С. Нарушениями психики
+	Д. Всем перечисленным
	Е. Ничем из перечисленного
	К приобретенному сколиозу относят:
	А. Неврогенный
	В. Рахитический
	С. Диспластический
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Врожденный сколиоз наиболее быстро прогрессирует в возрасте:
	А. 1-3 года (с момента начала ходьбы)
	В. 5-7 лет (высокая физическая активность)
	С. 7-10 лет (начало занятий в школе)
+	Д. 12-15 лет (пубертатный период)
	Е. 17-20 лет (завершение формирования костного скелета)
	В комплексном консервативном лечении сколиоза не применяют:
	А. Фиксацию ортопедическими корсетами
	В. Электростимуляцию мышц
	С. Плавание в бассейне
	Д. Массаж
+	Е. Упражнения лечебной физкультуры, растягивающие позвоночник
	Сглаженность грудного кифоза, шейного и поясничного лордоза характерны для порока осанки:
	А. Сутулая спина
+	В. Плоская спина
	С. Круглая спина
	Д. Юношеский кифоз
	Е. Асимметричная осанка
	Увеличение грудного кифоза и незначительно выраженный поясничный и шейный лордоз характерны для порока осанки:
+	А. Сутулая спина
	В. Плоская спина
	С. Круглая спина
	Д. Юношеский кифоз
	Е. Асимметричная осанка

	Существенное увеличение грудного кифоза, шейного и поясничного лордоза характерны для порока осанки:
	А. Сутулая спина
	В. Плоская спина
+	С. Круглая спина
	Д. Юношеский кифоз
	Е. Асимметричная осанка
	Изменение оси позвоночника во фронтальной плоскости характерно для порока осанки:
	А. Сутулая спина
	В. Плоская спина
	С. Круглая спина
	Д. Юношеский кифоз
+	Е. Асимметричная осанка
	Ротация тел позвонков (торсия) может отмечаться при:
	А. Врожденном сколиозе.
	В. Приобретенном сколиозе;
	С. Асимметричной осанке;
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	На рентгенограммах о прекращении роста ребенка можно судить по:
	А. Появлению поясничного лордоза
	В. Склерозированию замыкательных пластинок тел позвонков
	С. Сращению дужек крестцовых позвонков
+	Д. Окостенению зоны роста области крыла подвздошной кости
	Е. Заращению крестцово-подвздошных суставов
	Индекс стабильности сколиотической деформации позвоночника определяют по рентгенограммам, выполненным в положении:
	А. Сидя и лежа на спине
	В. Сидя и стоя
+	С. Стоя и лежа на спине
	Д. Лежа на спине и на боку
	Е. Лежа на спине и на животе
	Суставом Лисфранка называют:
	А. Таранно-пяточный
	В. Таранно-предплюсневый
+	С. Плюснево-предплюсневый
	Д. Плюснево-фаланговые
	Е. Межфаланговые
	Суставом Шопара называют:
	А. Таранно-пяточный
+	В. Таранно-предплюсневый
	С. Плюснево-предплюсневый
	Д. Плюснево-фаланговые
	Е. Межфаланговые
	Задний отдел стопы формируют кости:
	А. Пяточная и ладьевидная
+	В. Пяточная и таранная
	С. Таранная и ладьевидная
	Д. Пяточная, таранная и ладьевидная
	Е. Пяточная, таранная, ладьевидная и кубовидная
	Невозможность активного сгибания стопы и пальцев возникает при поражении:
	А. Бедренного нерва
	В. Срединного нерва
	С. Малоберцового нерва
+	Д. Большеберцового нерва
	Е. Седалищного нерва
	Какая деформация стопы возникает после травмы и паралича малоберцового нерва?

	А. Плоская стопа;
+	В. Конская стопа;
	С. Пяточная стопа;
	Д. Косолапость;
	Е. Никакая из названных.
	Какой нерв поражается при синдроме тарзального канала?
	А. Срединный
	В. Локтевой
	С. Наружный кожный нерв бедра
	Д. Седалищный
+	Е. Большеберцовый
	Плантографией называют:
	А. Компьютерную томографию стопы с шагом сечения 0,5 см
	В. Рентгенограммы стопы в стандартных проекциях (прямой и боковой)
	С. Рентгенограммы стопы в положении стоя с нагрузкой
+	Д. Отпечатки следа стопы
	Е. Боковые фотографии обеих стоп в положении стоя
	Полученный при оценке плантографии по методу Е.В.Смирнова коэффициент в диапазоне 1,21-1,30 говорит о:
	А. Нормальной стопе
	В. Пониженном своде стопы
	С. Плоскостопии I степени
+	Д. Плоскостопии II степени
	Е. Плоскостопии III степени
	Подометрический индекс (по М.О.Фридлянду) – это отношение (в процентах)
	А. Ширины стопы к ее высоте;
	В. Длины стопы к ее ширине;
	С. Ширины стопы к ее длине;
+	Д. Высоты стопы к ее длине;
	Е. Высоты стопы к ее ширине.
	К группе риска в отношении вероятного развития плоскостопия относятся люди, у которых утренний подометрический индекс ниже:
	А. 35
	В. 32
+	С. 29
	Д. 25
	Е. 20
	Боль при статическом плоскостопии может локализоваться:
	А. В центре свода стопы;
	В. В области поясницы;
	С. В области тазобедренного и коленного суставов;
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При вальгусной деформации 1 пальца стопы типичной формой сопутствующей деформации стопы является:
	А. Пяточная стопа;
	В. Полая стопа;
	С. Эквино-варусная стопа;
+	Д. Поперечно-распластанная стопа;
	Е. Вальгусная стопа.
	При ходьбе взаимодействие стопы с опорой происходит в направлениях:
	А. Вертикальном
	В. Продольном
	С. Поперечном
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	В норме при ходьбе максимальное давление приходится на:
	А. Кости предплюсны
+	В. Головку I плюсневой кости

	С. Головки II-III плюсневых костей
	Д. IV-V плюсневые кости
	Е. Основные фаланги I-II пальцев стопы
	Различают своды стопы:
+	А. Продольный и поперечный
	В. Вертикальный
	С. Горизонтальный
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Пяточной шпорой называют
	А. Гипертрофию мягких тканей на фоне хронического ахиллобурсита
	В. Соединительнотканый рубец в области нагружаемой поверхности пяточной кости
+	С. Костный экзостоз в зоне прикрепления пяточного сухожилия
	Д. Остеофит в области таранно-пяточного сустава
	Е. Типичную посттравматическую деформацию пяточной кости после перелома типа «утиный клюв»
	Болезнь Кенига – это остеохондропатия:
	А. Головки бедренной кости
	В. Полулунной кости кисти
	С. Бугристости большеберцовой кости
	Д. Позвоночника
+	Е. Суставных поверхностей
	Болезнь Легга-Кальве-Пертеса – это остеохондропатия:
+	А. Головки бедренной кости
	В. Полулунной кости кисти
	С. Бугристости большеберцовой кости
	Д. Позвоночника
	Е. Суставных поверхностей
	Болезнь Осгуда-Шляттера – это остеохондропатия:
	А. Головки бедренной кости
	В. Полулунной кости кисти
+	С. Бугристости большеберцовой кости
	Д. Позвоночника
	Е. Суставных поверхностей
	Болезнь Кинбека – это остеохондропатия:
	А. Головки бедренной кости
+	В. Полулунной кости кисти
	С. Бугристости большеберцовой кости
	Д. Позвоночника
	Е. Суставных поверхностей
	Болезнь Шойермана-May – это остеохондропатия:
	А. Головки бедренной кости
	В. Полулунной кости кисти
	С. Бугристости большеберцовой кости
+	Д. Позвоночника
	Е. Суставных поверхностей
	Болезнь Осгуда-Шляттера часто сочетается с остеохондропатией:
+	А. Позвоночника
	В. Головок бедренных костей
	С. Таранной кости (болезнь Галунга-Севера)
	Д. Ладьевидной кости стопы (болезнь Келлера-I)
	Е. Головок плюсневых костей (болезнь Келлера-II)
	В ранней (дорентгенологической) стадии диагноз остеохондропатии можно поставить с помощью:
	А. Компьютерной или магнитно-резонансной томографии (КТ или МРТ)
	В. Денситометрии
	С. Ультразвукового исследования (УЗИ)
+	Д. Только варианты А и В

	Е. Варианты А,В и С
	На какой стадии патологического процесса впервые можно визуализировать зону остеохондропатии на рентгенограммах?
	А. Фрагментации
	В. Репарации
+	С. Склероза
	Д. Асептического некроза
	Е. Вторичных изменений
	Для болезни Шойермана-Мау характерными рентгенологическими признаками являются:
	А. Кифотическая деформация позвоночника
	В. Нарушения в зоне апофизов тел позвонков
	С. Клиновидная деформация тел позвонков
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Линзовидная деформация позвонков («рыбы позвонки») характерна для:
+	А. Дисгормональной спондилопатии
	В. Болезни Форестье
	С. Болезни Бехтерева
	Д. Спондилоартроза
	Е. Спондилеза
	Непосредственной причиной развития остеохондропатий является:
	А. Травма
+	В. Нарушение кровоснабжения
	С. Нарушение иннервации
	Д. Системное нарушение минерального обмена
	Е. Хроническая инфекция
	Какие локализации из перечисленных являются типичными для остеохондропатий?
	А. Апофизы костей
	В. Эпифизы трубчатых костей
	С. Диафизы трубчатых костей
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	«Золотой час» для пострадавшего, получившего травму, начинается с момента:
+	А. Получения травмы
	В. Начала оказания первой помощи
	С. Начала оказания первой врачебной помощи на месте происшествия
	Д. Начала транспортировки пострадавшего в стационар
	Е. Начала оказания пострадавшему медицинской помощи в стационаре

Вопросы для прохождения промежуточной аттестации

вопрос	ответ
Общая травматология	
1. Схема клинического обследования пациентов с повреждениями или заболеваниями опорно-двигательной системы. Значение жалоб, анамнеза, данных осмотра, перкуссии, пальпации. Другие методы исследования.	Последовательность: жалобы-анамнез-общий осмотр-пальпация-измерения-инструментальные исследования
2. Особенности обследования пациента с механическими повреждениями.	Помимо общего статуса – локальный статус. Достоверные и вероятные признаки переломов
3. Алгоритм обследования пациента с острой травмой	Локальный статус: цвет кожных покровов, припухлость, боль, деформация, изменение длины сегмента, нарушение функции
4. Механизмы травмы и их значение для установления диагноза	Прямой и не прямой механизмы. Высокоэнергетическая и шокогенная травма

5. Инструментальные методы обследования пациентов с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. Особенности проведения рентгенологического исследования	Лучевая диагностика: базовая (рентгенография в 2 проекциях), КТ – костная ткань, МРТ – мягкие ткани и хрящ
6. Определение оси и длины конечности. Их роль в обследовании пациентов.	Абсолютная (только костный сегмент) и относительная (можно судить о повреждении суставов) длина конечности
7. Клинические признаки переломов	Достоверные (только при переломе) и вероятные (могут быть вызваны другими причинами)
8. Осложнения закрытых переломов и вывихов. Их профилактика	Перфорация кожи, повреждения сосудов и нервов, ишемия дистальных отделов, несращение, инфекционные осложнения
9. Эпифизеолизы. Определение, особенности лечения	Повреждение ростковой зоны кости у детей.
10. Виды костной мозоли. Стадии костной регенерации. Ориентировочные сроки, в которые происходит сращение кости.	Эндостальная, периостальная, интермедиарная. Сращение – 4 мес, свыше 8 мес – возможен ложный сустав
11. Условия сращения переломов. Оптимальные условия для консолидации. Способы стимуляции костной регенерации	Самое главное – сохранение кровоснабжения. Кроме этого – репозиция и иммобилизация. Внутрисуставные переломы – важна точная репозиция, диафизарные переломы – допустимо небольшое смещение при восстановлении оси.
12. Способы репозиции костных отломков	Одномоментная (этапы: по длине – ширине – ротационно), постепенная на вытяжении
13. Патогенез шока, вызванного механической и термической травмой. Шокогенные повреждения.	При ожогах признаком тяжести шока является олигурия, а при травмах – гипотония и индекс Альговера
14. Признаки и критерии оценки степени тяжести шока; определение прогноза.	Артериальное давление, шоковый индекс, симптом пятна, РКТ, диурез,
15. Первичные и вторичные легочные поражения в развитии респираторного дистресс-синдрома	Первичные – непосредственно разрушается сурфактантный слой, вторичные – он не возобновляется
16. Принципы противошоковой терапии. Объем и характер противошоковых мероприятий в догоспитальном и госпитальном периодах при оказании медицинской помощи пострадавшим	Комплекс: остановка кровотечения – обезболивание – иммобилизация – компенсация гиповолемии. В госпитальном периоде – в том числе гемотрансфузии, окончательная остановка всех видов кровотечения, лечебная иммобилизация, лечебный наркоз при необходимости.
17. Отличия шока, вызванного механической травмой, от шока, вызванного термическим ожогом (клинические проявления, оценка степени тяжести, особенности противошоковой терапии)	При ожогах признаком тяжести шока является олигурия, а при травмах – гипотония и индекс Альговера. Тяжесть ожогового шока по прогностическому индексу (догоспитальный период) и индексу Франка (госпитальный)
18. Возможности выполнения обезболивания при оказании экстренной помощи пострадавшим с механическими и термическими поражениями в догоспитальном и госпитальном периодах.	Врачебная догоспитальная помощь – внутривенно анальгетики, блокады. Госпитальная – регионарная анестезия или наркоз
19. Возможности иммобилизации при оказании экстренной помощи пострадавшим с механическими и термическими поражениями в догоспитальном и госпитальном периодах.	Догоспитальный – аутоиммобилизация, транспортные шины (включая вакуумные), шейный воротник. Госпитальная – вытяжение, гипсовые повязки, остеосинтез, ортезы
20. Правила наложения транспортных шин. Типичные ошибки и осложнения, их профилактика.	Не моделировать на больном, избегать сдавления, подкладки в области костных выступов, иммобилизация всех смежных суставов.
21. Основные методы лечения закрытых переломов.	Положением, функциональное, вытяжение, гипсовая повязка, ортез, остеосинтез
22. Виды гипсовых повязок и правила их наложения. Типичные ошибки и осложнения, их профилактика.	Лонгетная, циркулярная, разрезная, мостовидная, окончатая, шарнирная, корсет, коксит, торакобрахиальная, торакокраниальная. Подкладочная.
23. Показания к оперативному лечению переломов. Преимущества и недостатки оперативного лечения.	Неудача репозиции, осложненные переломы, открытые переломы. Сокращение сроков сращения и дисфункции. Комфортность лечения
24. Приоритетные задачи при выполнении остеосинтеза и их отличия в лечении диафизарных и внутрисуставных переломов костей конечностей	Внутрисуставные – прецизионная репозиция, диафизарные – минимальная инвазивность для сохранения кровоснабжения

25. Основные типы аппаратов внеочаговой фиксации и показания к их применению.	Спицевой, стержневой. Показания – временная фиксация с последующей конверсией в погружной остеосинтез или как самостоятельный метод. Удлинение конечностей. Метод выбора при открытых и инфицированных переломах.
26. Классификация ран. Особенности морфологии огнестрельной раны и клинического течения раневого процесса при боевых ранениях	По характеру ранения, по проникновению в полости тела или сустава, по наличию инфекции. Зоны огнестрельной раны: раневой канал – первичного некроза – молекулярного сотрясения
27. Виды хирургической обработки ран – показания, общие принципы.	Первичная, первичная повторная, вторичная. Этапы ПХО: рассечение, иссечение, реконструкция
28. Алгоритм выполнения первичной хирургической обработки ран. Особенности первичной хирургической обработки огнестрельной раны.	Этапы ПХО: рассечение, иссечение, реконструкция. Огнестрельную рану не зашивают
29. Правила выполнения первичной хирургической обработки ран и исключения из них. Показания к дренированию и виды дренажей.	Ушивать в виде исключения можно раны лица и раны при радиационном поражении. Дренирование показано практически всегда. Дренажи ленточный, трубчатый. Поздажное дренирование
30. Повторная и вторичная хирургическая обработка ран.	Повторная – до развития раневой инфекции. Вторичная – с иссечением грануляций
31. Виды швов, накладываемых после хирургической обработки раны. Показания к их наложению и примерные сроки.	Первичные, первичные отсроченные, провизорные, вторичные, наводящие
32. Местные и общие осложнения раневого процесса. Клинические проявления инфекционных раневых осложнений. Особенности проявлений анаэробной инфекции.	Отек и компартмент-синдром, раневая инфекция, в т.ч. анаэробная, сепсис. Для анаэробной инфекции не характерны классические 5 признаков воспаления.
33. Местные и общие осложнения раневого процесса. Клинические проявления инфекционных раневых осложнений. Особенности проявлений и профилактика столбняка.	Отек и компартмент-синдром, раневая инфекция, в т.ч. анаэробная, сепсис. Столбняк: тризм,
34. Повреждения периферических нервов и туннельные невропатии – ранняя диагностика, принципы лечения.	Невропатии локтевого, лучевого, срединного, малоберцового, седалищного, большеберцового, запирательного нервов
35. Признаки и классификация открытых переломов. Особенности лечебной тактики.	Классификации Каплана-Марковой, АО. Достоверные признаки. Метод выбора фиксации – чрескостный остеосинтез
36. Травматическая болезнь – определение, причины и классификация.	Периоды: острый, развернутой клинической картины (катаболическая и анаболическая фазы), реабилитации
37. Посттравматический остеомиелит – причины, этапы течения, принципы лечения.	Остеомиелит медуллярный, поверхностный, локальный, диффузный. Острая и хроническая стадии.
38. Виды нарушений консолидации переломов. Причины, признаки, принципы лечения.	Замедленная консолидация (сращение еще возможно) и ложный сустав (костномозговой канал закрыт)
39. Замедленная консолидация перелома. Ложные суставы. Факторы, способствующие их возникновению, клинические, морфологические и рентгенологические признаки. Общие принципы лечения.	Причины: характер повреждения, интерпозиция, раневая инфекция, неправильное лечение, сопутствующая патология. Признак псевдартроза – закрытый костномозговой канал.
40. Вывихи в суставах конечностей – классификация, клинические признаки, алгоритм лечения.	Полный и неполный. Осложненный. Переломовывих. Клинический признак – пружинящее сопротивление. Вправление вывихов крупных суставов под наркозом.
41. Варианты классификации переломов (по локализации, типу, характеру смещения, механизму и др.). Универсальная классификация переломов.	Тип-группа-подгруппа (по АО) Открытый-закрытый. Косой-поперечный-оскольчатый-винтообразный-краевой-отрывной
Частная травматология	
1. Патогенез синдрома длительного сдавления – стадии, клинические признаки.	Ранняя (гипотония) – промежуточная (почечная недостаточность) – реконвалесценция
2. Определение жизнеспособности конечности при ишемическом поражении и степени тяжести синдрома длительного сдавления в догоспитальном периоде.	Движения и чувствительность в суставах конечности – компенсированная-декомпенсированная и необратимая ишемия

3. Способы детоксикационной терапии при ишемических поражениях мягких тканей и показания к их применению.	Гемодилюция и форсированный диурез, гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез
4. Виды экстренных оперативных вмешательств при синдроме длительного сдавления – показания и противопоказания.	Ампутация при нежизнеспособной конечности. Фасциотомия при компертмент-синдроме.
5. Оказание медицинской помощи пострадавшим с синдромом длительного сдавления конечностей в догоспитальном периоде (перечень и характер выполняемых действий).	Извлечение из завала с предварительный наложением жгута, иммобилизация, анальгетики, локальная гипотермия, инфузионная терапия, паранефральная и футлярная блокады.
6. Повреждения мышц конечностей – типичные локализации, их диагностика, оказание экстренной помощи и принципы лечения.	Четырехглавой мышцы бедра – двуглавой мышцы плеча – задней группы мышц голени. Мышечная грыжа.
7. Повреждения разгибательного аппарата коленного сустава – локализации, диагностика, оказание экстренной помощи и принципы лечения.	Повреждения сухожильного растяжения четырехглавой мышцы, связки надколенника, перелом надколенника. Иммобилизация со стопой.
8. Повреждения ахиллова сухожилия – варианты повреждений, диагностика, принципы лечения.	Полные и неполные разрывы. Типичный симптом – невозможность встать на цыпочки. Операция – перкутанный шов или пластика. Иммобилизация в положении флексии стопы.
9. Повреждения сухожилий двуглавой мышцы плеча – локализации, диагностика, принципы лечения.	Чаще всего – длинной головки. Характерное выбухание. Операция – подшивание к кости
10. Повреждения сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев кисти –диагностика, принципы лечения.	Отличие деформаций и нарушений функции в зависимости от локализации разрыва
11. Вывихи ключицы – типичные механизмы, диагностика, принципы лечения.	Акромиального конца ключицы – симптом клавиши. Грудинного конца (пред- и загрдинный)
12. Вывихи плеча – типичные механизмы, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, способы вправления, оказание экстренной помощи и принципы лечения.	Передние, нижние и задние вывихи. Вправление по Кохеру, Моту, Чаклину, Джанелидзе
13. Вывихи костей предплечья – типичные механизмы, классификация, диагностика, оказание экстренной помощи и принципы лечения	Передние и задние вывихи. Деформация. Вправление под наркозом с рентгенологическим контролем
14. Вывихи бедра – типичные механизмы, классификация, диагностика, способы вправления, оказание экстренной помощи и принципы лечения	Задневерхний, задненижний, передневерхний, передненижний. Вправление только под наркозом по Кохеру, Джанелидзе
15. Вывих голени – типичные механизмы, возможные осложнения, диагностика, оказание экстренной помощи и принципы лечения	Высокоэнергетическая травма. Опасность повреждения подколенной артерии. Вправление под наркозом
16. Вывихи в суставах стопы – типичные локализации, диагностика, принципы лечения.	В суставах Шопара, Лисфранка, фаланг пальцев.
17. Переломы ключицы – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, принципы лечения. Виды иммобилизирующих повязок.	Диафиза, акромиального конца. Диагноз пальпаторно и рентгенологически. Повязки Дельбе, 8-образная, рамка Чижина, шина Кузьминского. Лучше – операция.
18. Неосложненные переломы ребер – диагностика, способы обезболивания, профилактика осложнений.	Боль, затруднение дыхания. Паравертебральная блокада или блокада места перелома. Ранние дыхательные упражнения.
19. Классификация повреждений грудной клетки. Изменения механизма дыхания при нарушении ее каркасности.	Переломы: изолированные, множественные, двусторонние, флотирующие. Осложненные и неосложненные.
20. Осложненная травма грудной клетки. Гемоторакс – классификация, диагностика в догоспитальном и госпитальном периодах, оказание экстренной помощи.	Большой, средний и малый гемоторакс. Открытый, закрытый, клапанный пневмоторакс. Кровохарканье – признак повреждения легкого

21. Напряженный пневмоторакс – классификация, механизм нарушений дыхания, диагностика, оказание экстренной помощи.	Массивная подкожная эмфизема – признак напряженного пневмоторакса. Клапан в грудной стенке и внутренний. Пункция и дренирование плевральной полости во 2 межреберье. Перчаточный дренаж и аспиратор
22. Открытый и закрытый пневмотораксы – диагностика, механизмы нарушений дыхания, диагностика, оказание экстренной помощи	Оклюзионная повязка при открытом пневмотораксе, пункция плевральной полости при закрытом
23. Проникающие ранения грудной клетки – диагностика и догоспитальном и госпитальном периодах, оказание экстренной помощи.	Дифференциальная диагностика гемо- и пневмоторакса. Притупление перкуторного звука или тимпанит. Пункция плевральной полости на разных уровнях
24. Закрытые повреждения грудной клетки с нарушением ее каркасности – диагностика, способы восстановления нарушений механизма дыхания, оказание экстренной помощи.	Флотирующие переломы. Восстановление каркасности – шинирование, вытяжение, остеосинтез. Временное восстановление дыхания – ИВЛ,
25. Показания и варианты пункции или дренирования грудной клетки при повреждениях груди	Пневмоторакс – 2 межреберье, гемоторакс – 7 межреберье. Дренажи – автоматический аспиратор, перчаточный дренаж, банка Боброва.
26. Показания к торакотомии при оказании экстренной помощи пострадавшим с ранениями и закрытыми повреждениями груди.	Показания – только продолжающееся кровотечение. Пневмоторакс – дренирование. Торакопластика – только ПХО раны с восстановлением герметичности.
27. Переломы грудины – типичный механизм, алгоритм обследования, симптоматика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечение, возможные осложнения.	Механизм – удар. Осложнения – ушиб сердца, в диагностическом протоколе – ЭКГ.
28. Повреждения лопатки – классификация, диагностика, лечение.	Классификация по локализации. Переломы тела или угла лопатки – лечение на отводящей шине. Внутрисуставные переломы – остеосинтез или эндопротезирование
29. Переломы проксимального отдела плечевой кости – классификация, диагностика, возможные осложнения, оказание помощи в догоспитальном периоде, принципы лечения, особенности лечебной тактики у пожилых.	Анатомическая и хирургическая шейка плеча. Абдукционные, аддукционные и вколоченные переломы. Функциональное лечение у отягощенных пациентов. У остальных – остеосинтез
30. Переломы диафиза плечевой кости – диагностика, возможные осложнения, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечение	Перелом на границе верхней и средней трети – возможно повреждение лучевого нерва. Висячая повязка, торакобрахиальная повязка, остеосинтез
31. Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости – классификация, способы клинической диагностики, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика.	Нарушение треугольника Гютера и линии Маркса. Внутрисуставные переломы – точная репозиция и остеосинтез
32. Переломы и переломовывихи костей предплечья – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечение	Обеих костей или изолированные. Переломовывихи Монтеджи и Галеацци. Лечение оперативное (остеосинтез)
33. Переломы локтевого отростка – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечение.	Перелом с расхождением костных отломков. Операция срочная. Стабильный остеосинтез (как вариант – по Веберу) с ранней разработкой движений.
34. Переломы головки и шейки лучевой кости – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечение	Практически не репозируются. Лечение оперативное. Признак – болезненная ротация предплечья.
35. Переломы дистальных метаэпифизов костей предплечья – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечение	Штыкообразная деформация. Репозиция путем тракции с наложением гипса или с помощью аппарата чрескостной фиксации. Оскольчатые и внутрисуставные переломы – операция
36. Переломы костей запястья и кисти – механизмы, клинические признаки, возможные осложнения.	Наиболее характерно – перелом ладьевидной кости – опасность асептического некроза. Нужна точная репозиция, для чего при наличии смещения – операция. Переломы основания 1 пястной кости – Беннета и Роланда.
37. Переломы проксимального отдела бедренной кости – классификация,	Внутрисуставные (нет надкостницы, срастаются редко) и внесуставные (есть надкостница, срастаются хорошо).

анатомические особенности, клиническая диагностика	Линия Шумахера, относительное укорочение конечности, симптом прилипшей пятки
38. Медиальные переломы проксимального отдела бедренной кости – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, выбор и обоснование лечебной тактики, вероятные исходы.	Базальные, трансцервикальные и субкапитальные. Варусные и вальгусные. Лечение – остеосинтез или эндопротезирование в ранние сроки. Без операции – практически не срастаются
39. Латеральные переломы проксимального отдела бедренной кости – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, выбор и обоснование лечебной тактики.	Чрезвертельные и межвертельные, Метод выбора – остеосинтез с ранней вертикализацией.
40. Функциональное лечение переломов проксимального отдела бедренной кости – показания, лечебные мероприятия, вероятные исходы.	Ранняя вертикализация, дозированная нагрузка. Исход – укорочение конечности с ограниченной опорностью.
41. Переломы диафиза бедренной кости – диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, возможные осложнения, методы лечения.	Шокогенная травма. Иммобилизация до подмышечной области с захватом всех суставов конечности. Идеально – вакуумный матрас. Лечение – остеосинтез
42. Повреждения капсульно-связочного аппарата коленного сустава – клиническая и инструментальная диагностика, принципы лечения.	Повреждения менисков, боковых и крестообразных связок. Лучевая диагностика – МРТ. Лечение внутрисуставных повреждений – артроскопия, боковых связок – перкутанный или открытый шов или иммобилизация в положении гиперкоррекции. Симптомы вывихных ящиков, Лахмана
43. Гемартроз коленного сустава – причины, клинические признаки, дифференциальная диагностика гидрартроза, лечебная тактика.	Причины – внутрисуставные повреждения. Диагностика включает МРТ. Капли жира в пунктате сустава – могут быть признаком перелома. Для определения примеси синовиальной жидкости в пунктате – тест пятна.
44. Повреждения менисков коленного сустава – клинические признаки (симптомы), лечебная тактика.	Симптомы Байкова, лестницы, турецкой посадки, ладони и др. Точная диагностика – МРТ. Лечение – артроскопия.
45. «Блок» коленного сустава – возможные причины и лечебная тактика.	Болевой или механический. Фрагменты мениска и суставного хряща, хондромные тела могут вызвать блок. Надлежит срочно устранить – артроскопия.
46. Перелом надколенника; повреждение связки надколенника – диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика. Показания к оперативному лечению	Отсутствие активного разгибания голени, локальная болезненность, отломки надколенника пальпируются. Иммобилизация со стопой. Лечение – операция. Шов связки надколенника – перкутано
47. Внутрисуставные переломы мыщелков бедренной и большеберцовой костей. Классификация, особенности диагностики, принципы лечения.	В пунктате гемартроза – капли жира. Максимально ранняя прецизионная репозиция, стабильная фиксация и раннее начало движений.
48. Внесуставные переломы обеих костей голени – механизмы повреждений, классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, варианты лечебной тактики, их достоинства и недостатки.	Скручивающие механизмы приводят к переломам костей на разных уровнях. Осложнение – перфорация кожи. Лечение – остеосинтез. В ожидании операции – вытяжение.
49. Внесуставные изолированные переломы костей голени – механизмы повреждений, классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, варианты лечебной тактики.	Изолированный перелом м/б кости – опорность сохраняется; б/б кости – репозиция затруднена. Лечение – метод выбора – операция.
50. Переломы лодыжек – классификация. Комбинация повреждений, при которых может произойти вывих или подвывих стопы.	Завершенные и незавершенные переломы Дюпюитрена. Варусные и вальгусные переломы. Переломы типа Десто. Под-, чрез- и надсиндесмозные переломы.
51. Переломы лодыжек – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика	Завершенные и незавершенные переломы Дюпюитрена. Варусные и вальгусные переломы. Переломы типа Десто. Под-, чрез- и надсиндесмозные переломы. Лечение – операция, при значительном отеке вначале вытяжение.
52. Переломы лодыжек с подвывихом стопы кпереди или кзади – особенности диагностики и лечения.	Тройное вытяжение по Каплану или остеосинтез (что предпочтительнее)

53. Переломы таранной и пяточной костей – механизмы, клинические признаки, диагностика, принципы лечения, возможные осложнения.	Переломы таранной кости – опасность асептических некрозов. Переломы пяточной кости – опасность формирования плоскостопия и деформации стопы с нарушением ходьбы. Для обеих костей нужно восстановить анатомию.
54. Переломы костей таза – классификация, механизм повреждений.	С нарушением и без нарушений целостности тазового кольца. Со смещением и без смещения. По механизму – «открытая!» и «закрытая» книга
55. Переломы костей таза без нарушения непрерывности тазового кольца – клиническая диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика	Отрыв остей, перелом седалищного бугра, крыла подвздошной кости, нижних отделов крестца. Иммобилизация положением, ограничение нагрузки. Осложнений, как правило, не бывает.
56. Переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца – оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика	Шокогенная травма. Переломы типа Мальгёна. Иммобилизация на щите, идеально – вакуумный матрас. Блокада по Школьникову. Лечение – положение Волковича, репонирующий гамак или (при наличии смещения) – остеосинтез в ранние сроки.
57. Переломы вертлужной впадины – оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика	Механизм – удар в область большого вертела. Транспортировка на щите. Диагностика – КТ обязательно. При отсутствии смещения – разгрузочное вытяжение.
58. Нарушения мочеиспускания как осложнение травмы таза – варианты нарушений, диагностика, особенности лечебной тактики.	Повреждения мочевого пузыря (вне- и внутрибрюшинные) или уретры. Диагностика – катетерная проба, уретрография, цистография или цистоскопия.
59. Типичные переломы, характерные для детей, особенности диагностики и лечения переломов в детском возрасте.	«Зеленая ветка» - перелом с сохраненной надкостницей. Срастаются хорошо, небольшие деформации нивелируются с ростом. Чаще всего – консервативное лечение. При остеосинтезе – учитывать зоны роста.
60. Повреждения позвоночника. Механизмы травмы, классификация. Возможные осложнения и исходы. Определение стабильных и нестабильных переломов.	Чаще не прямой механизм. Осложнения – повреждение или сдавление спинного мозга и корешков. Нестабильный перелом – смещение, многооскольчатый или компрессия более 1/3 высоты тела позвонка.
61. Диагностика стабильных и нестабильных повреждений позвоночника в стационаре; способы лечения	Диагностика рентгенологическая, при сомнениях – КТ или МРТ. Лечение: метод выбора – транспедикулярная фиксация. Консервативное лечение применяют редко (корсеты, ортезы)
62. Предположительный диагноз перелома позвонков, оказание помощи и транспортировка пострадавших в догоспитальном периоде.	Боли при пальпации остистых отростков, неравномерность межостистых промежутков. Симптом нагрузки в положении лежа. Транспортировка только лежа на щите.
63. Осложненные повреждения позвоночника – диагностика, принципы лечения. Клинические проявления осложненной травмы позвоночника в различные периоды травматической болезни спинного мозга.	Периферический неврологический дефицит вплоть до полного отсутствия иннервации. Расстройства мочеиспускания. Опасность развития пролежней, восходящей уроинфекции – важна профилактика
64. Типичные осложнения у пациентов с повреждением спинного мозга, их профилактика.	Пролежни (противопролежневый матрас), уроинфекция, контрактуры, гетеротопическая оссификация, мышечная гипотрофия.
65. Черепно-мозговая травма – классификация, диагностические возможности для определения степени тяжести в догоспитальном периоде и в стационаре.	Легкая и тяжелая ЧМТ. Ушиб и сотрясение головного мозга. Расстройства сознания – ступор, сопор, кома. Переломы основания черепа – симптом «очков». Вдавленные переломы.
66. Классификация и особенности проявлений внутричерепных гематом.	Эпи- и субдуральная, внутримозговая гематома. «Светлый промежуток» при внутричерепной гематоме.
67. Методы обследования пострадавших с травмой головы. Клинические признаки сдавления головного мозга.	ЭЭГ, КТ, анизорефлексия, анизокория, ретроградная амнезия, нарушения сознания. Характерны брадикардия и нормотония.
68. Классификация, степени тяжести комы при черепно-мозговой травме. Способы профилактики асфиксии при утрате сознания.	Кома I-II-III степени тяжести. Отличие от сопора. Профилактика асфиксии – положение на боку – выдвигание нижней челюсти – запрокидывание головы (прием Сафара) – воздухопровод
69. Классификация политравмы. Синдром взаимного отягощения.	Множественные, сочетанные, комбинированные повреждения. Каждое дополнительное повреждение отягощает предыдущее. Доминирующее повреждение

70. Алгоритм обследования пострадавших с политравмой. Факторы, отягощающие общее состояние пострадавшего при политравме	Последовательность: голова-грудь-живот-таз-конечности. КТ или УЗИ груди, живота, КТ головы. Определение доминирующего повреждения.
71. Показания к экстренным операциям при политравме.	При шоке – по жизненным показаниям. Тактика «damage control»
72. Классификация, определение глубины и площади термических ожогов.	I-IV степени. Правило девяток, правило ладони. Прогностический индекс, индекс Франка.
73. Ожоговая болезнь – периоды, их клинические проявления.	Шок-олигурия, токсемия-полиурия гипертермия, интоксикация-инфекционные осложнения, реконвалесценция.
74. Оценка тяжести ожогового шока и степени тяжести ожогового поражения в догоспитальном периоде и в стационаре	Ожоговое поражение – по правилу сотни и индексу Франка, тяжесть шока – прежде всего по гемоконцентрации и олигурии
75. Особенности местного лечения ожоговых ран в догоспитальном периоде и в стационаре	Контурные повязки, мазевые не накладывать. В стационаре – хирургическая обработка ран (не раньше!), кожная пластика в разных вариантах
76. Классификация холодовой травмы, характеристика видов холодовых поражений.	Отморожение и общее охлаждение. Периоды скрытый и реактивный
77. Классификация отморожений, способы диагностики поверхностных и глубоких поражений	I-IV степени. Траншейная стопа – поражение IV степени. Скрытый и реактивный периоды
78. Определение степени тяжести состояния, оказание помощи пострадавшим с переохлаждением в догоспитальном периоде и в стационаре. Правила согревания пострадавшего.	Степени: адинамическая, ступорозная, судорожная. Согревание – не более, чем на 2 градуса выше реальной температуры пострадавшего
Ортопедия	
1. Особенности обследования пациентов ортопедического профиля	Важность анамнеза, наследственности, динамики заболевания, эффекта проводимого лечения. Сравнительная оценка симметричных сегментов. Диагноз: предварительный, клинический, окончательный
2. Посттравматическая нестабильность плечевого сустава – причины, диагностика, принципы лечения.	Повреждения ротаторной манжеты. Привычные вывихи плеча. Повреждения Хилла-Сакса. Повреждения гленоида. Малоинвазивные методики лечения – артроскопия.
3. Контрактура Дюпюитрена – этиология, диагностика, лечение.	Заболевание соединительной ткани. Роль наследственности. Лечение – оперативное
4. Применение компрессионно-дистракционных аппаратов в ортопедии	Временная фиксация переломов с конверсией на погружные фиксаторы. Самостоятельный метод лечения до сращения перелома. Транспортные модули аппаратов. Удлинение конечностей.
5. Контрактуры и анкилозы – классификация, причины, признаки, принципы лечения.	Десмо-, мио-, тендо- и артрогенная контрактуры Фиброзный и костный анкилозы. Лечебная физкультура, ФТЛ и хирургическая мобилизация. Эндопротезирование.
6. Причины минерального дисбаланса костной ткани. Патологические и сенильные переломы. Диагностика, пути профилактики и коррекции остеопороза.	Остеопении и остеопороз. Локализация остеопоротических переломов – дистальный метаэпифиз лучевой кости, шейка бедра, шейка плеча, позвоночник.
7. Остеопороз – классификация, клинические и рентгенологические проявления. Определение минеральной плотности кости.	Первичный (постменопаузальный, сенильный, ювенильный, идиопатический) и вторичный (эндокринная система, ревматические заболевания, генетически обусловленный и др.). Т- и Z-критерий в оценке остеопении. Денситометрия.
8. Врожденный вывих бедра – этиология, патогенез, отдаленные ортопедические последствия, их профилактика.	Это дисплазия вертлужной впадины, которая впоследствии приводит к тяжелому остеоартрозу, укорочению конечности, деформациям.
9. Консервативное лечение при врожденном вывихе бедра.	Разведение ног с первых дней жизни – широкое пеленание, специальные устройства, гипсовые повязки
10. Клиническая и рентгенологическая диагностика врожденного вывиха бедра.	С-м соскальзывания, асимметричность кожных складок, ограничение отведения, укорочение конечности. Симптом Тренделенбурга. Лучевая диагностика на основе схемы Хилдгенрейтера
11. Врожденная косолапость – клинко-рентгенологическая диагностика, принципы лечения.	Эквино-варусная деформация и аддукция стопы. На рентгенограмме – расчет специальных углов. Мягкое бинтование, этапные гипсовые повязки, операция.

12. Врожденная мышечная кривошея – диагностика и принципы лечения	Врожденный порок развития грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Лечение – ЛФК или операция
13. Остеоартроз – этиология, патогенез, патоморфологические изменения.	Дегенеративно-дистрофическое заболевание. Начинается с поражения суставного хряща и субхондральной кости. ОА делят на первичный и вторичный (в т.ч. – посттравматический)
14. Клинико-рентгенологическая диагностика, классификация остеоартроза крупных суставов	Признаки: сужение суставной щели, склероз субхондральной кости, остеофиты, кисты в субхондральной зоне. Классификация по Косинской, Келлгрену, ICRS (артроскопическая)
15. Основные направления консервативного лечения остеоартрозов, принципы медикаментозной терапии	НПВС, хондропротекторы, гиалуроновая кислота и PRP внутрисуставно, охранительный режим. Операции: абразивная хондропластика, мозаичная хондропластика, стимуляция хондрогенеза методами регенеративной медицины, обработкой лазером.
16. Показания и варианты оперативного лечения остеоартрозов суставов конечностей	Хондропластика, корригирующая остеотомия, эндопротезирование
17. Эндопротезирование тазобедренного сустава при его заболеваниях и повреждениях – показания, типы эндопротезов	Тотальный и однополюсной. Тотальный с цементной и бесцементной фиксацией. Показания – асептический некроз головки бедра, тяжелые переломы вертлужной впадины, ОА III-IV ст.
18. Эндопротезирование коленного сустава при его заболеваниях и повреждениях – показания, типы эндопротезов	Тотальный и одномыщелковый протезы. Показания – ОА III-IV ст.
19. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) – этиопатогенез, классификация, диагностика, принципы лечения.	Наследственные, инфекционные факторы. Аутоиммунная патология. Клиника – боли, сгорбленность (Поза просителя), На рентгенограммах – синдесмофиты («бамбуковая палка»), симптом «квадратизации» позвонков.
20. Остеохондропатии – этиология и патогенез.	Это – асептические некрозы. Стадии – дорентгенологическая-склероза-фрагментации-вторичных изменений. Болезнь Шойермана-Мау, Пертеса, Осгуда-Шляттера, Кенига
21. Ревматоидный артрит – этиопатогенез, наиболее часто поражаемые суставы, их типичные деформации.	Первично-патология синовиальной оболочки. Критерии РА. Типичные деформации – суставы кисти (плавник моржа, пуговичная петля, шея лебедя)
22. Общие принципы системного и локального лечения ревматоидного артрита. Возможности консервативного и оперативного ортопедического лечения.	Терапия – НПВС, метатрексат, гормонотерапия, генно-инженерные препараты. Локальная гормонотерапия внутрисуставно, синовэктомия (химическая и хирургическая)
23. Остеохондропатии – этиопатогенез. Стадии развития патологических изменений и их проявления.	Это – асептические некрозы. Стадии – дорентгенологическая-склероза-фрагментации-вторичных изменений.
24. Остеохондропатии – этиопатогенез. Остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Легга-Кальве-Пертеса) – диагностика, принципы лечения.	Головка бедренной кости – асептический некроз, деформация, укорочение конечности. Диагностика – КТ, МРТ
25. Остеохондропатии – этиопатогенез. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости (болезнь Осгуда-Шляттера) – диагностика, принципы лечения.	Мальчики 14-16 лет. Бугристость большеберцовой кости – незаращение зоны роста. Часто с возрастом симптомы исчезают
26. Остеохондропатии – этиопатогенез. Остеохондропатия позвонков (болезнь Шойермана-Мау) – диагностика, принципы лечения.	Юношеский кифоз – апофизы позвонков, чаще грудных. Фазы – начальная (латентная), клинических проявлений (прогрессирует кифоз), завершающая (стойкая деформация). Лечение – ЛФК
27. Спондилолистез – стадии, клинико-рентгенологическая картина, принципы лечения.	«Соскальзывание» тела позвонка вместе с вышележащим отделом позвоночника. Степени I-IV измеряют в % к ширине. В основе – дефект дужки. Лечение в основном оперативное паллиативное (исправление дефекта дужки) и радикальное (спондилодез)
28. Пороки осанки – причины, классификация, проявления, отличие от сколиотической болезни.	Часто – общесоматическая патология. Спина – сутулая, круглая, плоская, кифоз, асимметричная. Отличие от сколиотической болезни – нет торсии позвонков.
29. Сколиотическая болезнь – патогенез, классификация, диагностика, прогноз.	Врожденный, приобретенный, идиопатический. Максимум прогрессирования – пубертатный период. Признаки: ротация, торсия, неустранимость деформации.

Дифференциальная диагностика с пороками осанки. Принципы консервативного лечения.	Определение дуг искривления и степени тяжести по Чаклину. Тест Риссера – окостенение апофизов гребня подвздошной кости
30. Остеохондроз позвоночника – этиология, патогенез, морфологические изменения.	Полиэтиологичное заболевание. Дегенерация межпозвонкового диска с его протрузией, экструзией, секвестрацией.
31. Остеохондроз шейного отдела позвоночника – диагностика, принципы лечения	Цервикальная дискалгия, симптом передней лестничной мышцы, «замороженного» плеча, позвоночной артерии, псевдокардиальные боли.
32. Остеохондроз грудного отдела позвоночника – диагностика, принципы лечения	Диагностика – межреберная невралгия, межлопаточная симпаталгия, вазомоторные нарушения, висцеральный синдром (псевдокардиальный, гастралгия), рентгенологически – склероз замыкательных пластинок, остеофиты, снижение высоты дисков, сгла. Лечение – разгрузка (режим, бандаж) НПВС, миорелаксанты, ФТЛ, мануальная терапия, кинезиотерапия. Блокады
33. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника – диагностика, принципы лечения	Диагностика – люмбалгии, люмбоишиалгии. Анталгическая поза, нарушения чувствительности, симптомы натяжения (Ласега, Бехтерева), вегетативные расстройства. Рентгенологически – склероз замыкательных пластинок, остеофиты, снижение высоты дисков, сглаженность лордоза. Лечение – разгрузка (режим, бандаж) НПВС, миорелаксанты, ФТЛ, мануальная терапия, кинезиотерапия. Блокады
34. Причины и дифференциальная диагностика вертеброгенных болевых синдромов	Мышечно-тонические, нейрососудистые, нейродистрофические
35. Комплексное консервативное лечение остеохондроза различной локализации.	Восстановление мышечного тонуса, разгрузка, ФТЛ, массаж, мануальная терапия по показаниям, блокады, криотерапия
36. Вялые и спастические параличи – причины, клинические проявления, ортопедическое лечение	Спастические параличи: Церебрального (врожденные, родовые, послеродовые) и спинномозгового (посттравматические) происхождения. Лечение – дегидратация, церебролизин. Хирургическое лечение спастических контрактур конечностей на костях, мышцах, связках, периферических нервах. Вялые параличи – после полиомиелита. Мышечные атрофии. Лечение – коррекция ортопедических деформаций.
37. Плоскостопие – классификация, диагностика, профилактика, лечение	Продольное, поперечное и комбинированное. I-III степени. Диагностика – плантография (степени плоскостопия), подометрия. Подометрический индекс. Измерение высоты и угла продольного свода стопы.
38. Вальгусное отклонение I пальца стопы. Степени деформации, сопутствующая патология. Диагностика, консервативное лечение, показания к оперативному лечению.	На фоне поперечного плоскостопия. Лечение – супинаторы, стельки, прокладки между пальцами. Хирургическое лечение паллиативное – операция типа Шеде. Радикальное – с остеотомией и коррекцией поперечного свода стопы