

**Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов**

**Материально-техническую базу здравоохранения составляют**

- а сеть учреждений здравоохранения
- б коечный фонд
- в оснащенность аппаратурой
- г укомплектованность врачебными кадрами
- д все перечисленное

**Урбанизация - сложный процесс, важнейшими принципами которого являются**

- а рост численности городского населения
- б увеличение числа городов
- в рост удельного веса детей
- г раннее развитие детей
- д все перечисленное

**Практическое значение демографии сводится**

- а к планированию социально-экономического развития страны (территории)
- б к планированию учреждений здравоохранения и кадров
- в к оценке здоровья населения
- г к оценке качества медицинской помощи
- д ко всему перечисленному

**Для "демографической" ситуации в нашей стране характерно**

- а увеличение удельного веса детей
- б увеличение средней продолжительности жизни
- в увеличение удельного веса лиц пожилого возраста
- г изменение социальной структуры общества
- д все перечисленное

**При проведении социально-гигиенических исследований используются методы**

- а исторический

- б экспериментальный
- в экономико-статистический
- г социологический
- д все перечисленное

**Перестройке хозяйственного механизма в системе здравоохранения способствуют**

- а укрепление здоровья населения и продление жизни человека
- б повышение качества оказания медицинской помощи населению
- в повышение роли профилактория
- г усиление "человеческого фактора" в сфере здравоохранения
- д все перечисленное

**Основными видами управленческих решений в здравоохранении являются**

- а социальные
- б медицинские
- в административно-хозяйственные
- г ресурсные
- д все перечисленные

**К числу факторов, снижающих экономические затраты при профилактическом обслуживании, относят**

- а повышение квалификации врачей
- б повышение квалификации медицинских лаборантов
- в расширение функций среднего медицинского персонала
- г все перечисленное

**Специализированная медицинская помощь оказывается во всех перечисленных ниже учреждениях, кроме**

- а многопрофильных и специализированных больниц
- б больниц скорой помощи

- в бальнеологических лечебниц
- г больниц восстановительного лечения
- д стационаров, диспансеров и МСЧ

**К лечебно-диагностическим отделениям относятся все перечисленные, кроме**

- а клинической лаборатории
- б рентгеновского отделения
- в процедурного кабинета
- г диспансерного кабинета
- д отделения физиотерапии

**На организацию медицинской помощи в сельской местности влияют**

- а характер расселения
- б радиус обслуживания
- в сезонность сельскохозяйственных работ
- г специфика условий быта
- д все перечисленное

**Из перечисленных ниже сочетаний больничных показателей наиболее неблагоприятными являются**

- а увеличение пропускной способности и снижение летальности
- б увеличение пропускной способности койки и увеличение летальности
- в уменьшение пропускной способности койки и снижение летальности
- г уменьшение пропускной способности и увеличение летальности

**Развитие профилактического направления в медицине предполагает все перечисленное, кроме**

- а улучшения санитарно-гигиенического воспитания населения
- б повышения уровня пропаганды здорового образа жизни, физкультуры и спорта
- в искоренения вредных привычек

- г расширения сети больниц и отделений восстановительного лечения
- д расширения массовых профосмотров, диспансеризации, повышения их качества и эффективности

**Улучшение лечебно-профилактической помощи населению предусматривает все перечисленное, кроме**

- а усиления госсаннадзора
- б улучшения работы скорой и неотложной медицинской помощи
- в совершенствования экспертизы временной нетрудоспособности
- г укрепления и расширения сети территориально-медицинских объединений
- д повышения норм расходов на питание и медикаменты

**Материально-техническую базу здравоохранения составляет все перечисленное, кроме**

- а сети учреждений здравоохранения
- б коечного фонда
- в оснащенности аппаратурой
- г укомплектованности врачебными кадрами
- д сочетания бюджетного и внебюджетного финансирования

**Типами учреждений здравоохранения являются все перечисленное, кроме**

- а лечебно-профилактических
- б санитарно-профилактических
- в судебно-медицинской экспертизы
- г санаторно-курортных
- д аптечных

**Территориальное медицинское объединение (ТМО) создается при численности населения**

- а до 50 000
- б от 50 000 до 100 000
- в от 100 000 до 300 000

- г от 300 000 до 500 000
- д 1000000

**В состав территориального  
медицинского объединения (ТМО)  
входят все перечисленные  
структуры подразделения, кроме**

- а консультативной поликлиники
- б многопрофильной больницы
- в родильного дома
- г специализированных диспансеров
- д санитарно-эпидемиологической службы

**Показателями,  
характеризующими деятельности  
поликлиники, являются: 1)  
участковость, 2) охват  
диспансерным наблюдением, 3)  
снятие с диспансерного учета, 4)  
летальность на участке, 5)  
сведения о заключительных  
диагнозах из статистических  
отчетов**

- а если верно 1, 2, 3
- б если верно 2, 3 и 4
- в если верно 1, 3 и 4
- г если верно 3, 4 и 5
- д если верно все

**Средняя мощность областной  
(краевой, республиканской)  
больницы составляет**

- а 200-400 коек
- б 400-600 коек
- в 600-1000 коек
- г 2000 коек

**Средняя мощность больницы  
скорой помощи составляет**

- а 100-150 коек
- б 200-300 коек
- в 400-600 коек
- г 1000-1200 коек

**Оптимальная мощность специализированного отделения стационара составляет**

- а от 20 до 30 коек
- б от 30 до 60 коек
- в от 30 до 90 коек
- г от 90 до 120 коек
- д свыше 120 коек

**Заболеваемость можно изучить по данным всех перечисленных ниже показателей, кроме**

- а обращаемости населения в медицинские учреждения
- б деятельности ВКК и ВТЭК
- в профилактических осмотров и диспансерного наблюдения
- г причин смерти

**Заболеваемость населения определяет**

- а совокупность вновь возникших в данном году заболеваний
- б количество посещений в данном году
- в распространенность заболеваний в данном году
- г общее количество обращений и посещений в данном году
- д количество вновь возникших заболеваний

**Показатель рождаемости считается низким, если он составляет**

- а до 20 на 1000 населения
- б от 21 до 25 на 1000 населения
- в от 26 до 30 на 1000 населения
- г от 30 до 40 на 1000 населения
- д от 40 до 50 на 1000 населения

**Уровень общей смертности считается низким, если ее показатель составляет**

- а ниже 10 на 1000 населения

- б от 11 до 15 на 1000 населения
- в от 16 до 20 на 1000 населения
- г от 21 до 25 на 1000 населения

**Общими показателями деятельности городской больницы являются**

- а фактическое число дней работы койки в течение года
- б оборот койки
- в средняя продолжительность пребывания на койке
- г летальность
- д все перечисленное

**Показателем средней продолжительности пребывания больного на койке является**

- а отношение числа койко-дней, проведенных всеми больными в стационаре, к числу прошедших больных (выписанных) за год
- б отношение числа койко-дней, проведенных всеми больными в стационаре, к числу прошедших больных (включая умерших) за год
- в и то, и другое
- г ни то, ни другое

**К качественным показателям деятельности стационара относятся все перечисленные, кроме**

- а летальности
- б среднего койко-дня
- в хирургической активности
- г процента расхождения клинических и анатомических диагнозов
- д количества средств, затраченных на медикаменты

**Основная схема анализа деятельности стационара, кроме общих сведений, содержит сведения**

- а об организации работы стационара

- б о качестве медицинского обслуживания и качестве врачебной диагностики
- в о преемственности работы стационара с другими лечебно-профилактическими учреждениями
- г о специализированной работе отделений
- д все ответы правильны

**Документами, используемыми при составлении годового отчета "деятельности поликлиник", являются: 1) статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов, 2) дневник врача, 3) листок учета больных и коечного фонда, 4) контрольная карта диспансерного наблюдения больного, 5) карта выбывшего из стационара**

- а если верно 1, 2 и 3
- б если верно 2, 3 и 4
- в если верно 1, 2 и 4
- г если верно 3, 4 и 5
- д если верно 1, 3 и 5

**Резервами рационального использования коечного фонда являются все перечисленные, кроме**

- а более полного обследования больных на догоспитальном этапе
- б организации дневных стационаров
- в уменьшения случаев дублирования обследования
- г снижения повторной госпитализации
- д поздней выписки больных

**Работа по экспертизе трудоспособности в поликлинике фиксируется во всех следующих документах, кроме**

- а амбулаторной карты больного
- б журнала ВКК



- в статистического талона
- г журнала регистрации листков нетрудоспособности
- д листка нетрудоспособности

**К показателям заболеваемости с временной утратой трудоспособности относятся**

- а число случаев нетрудоспособности на 100 работающих
- б число дней нетрудоспособности на 100 работающих
- в длительность 1 случая нетрудоспособности
- г все перечисленное
- д ничего из перечисленного

**Экспертизу стойкой нетрудоспособности проводят**

- а главный врач поликлиники
- б райздравотдел
- в органы социального страхования
- г ни один из перечисленных
- д все перечисленные

**Экспертизой трудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения занимаются**

- а лечащий врач
- б заведующий отделением
- в заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности
- г главный врач
- д все перечисленное

**Функциями лечащего врача в области экспертизы трудоспособности являются все перечисленные, кроме**

- а установления факта временной нетрудоспособности
- б выдачи больничного листка на срок до 10 дней
- в освобождения от занятий студентов
- г установления стойкой нетрудоспособности

**Заведующий отделением в области экспертизы нетрудоспособности выполняет следующие функции**

- а продление больничного листка на срок свыше 10 дней
- б решение сложных и консультативных вопросов нетрудоспособности
- в контроль за проведением экспертизы трудоспособности врачами отделения
- г освобождение от занятий студентов на срок свыше 2 месяцев
- д все перечисленное

**Функциями ВКК по экспертизе трудоспособности являются все перечисленные, кроме**

- а решения конфликтных вопросов экспертизы трудоспособности
- б продления больничных листов на сроки свыше 10 дней
- в выдачи больничных листов на санаторно-курортное лечение
- г направления на ВТЭК
- д трудоустройства лиц, имеющих инвалидность

**Функциями ВТЭК являются все перечисленные, кроме**

- а продления временной нетрудоспособности на срок свыше 6 месяцев
- б установления группы и причины инвалидности
- в определения трудовых рекомендаций инвалидам
- г определения времени фактического наступления инвалидности
- д установления степени утраты трудоспособности при трудовом увечье

**Сухожильный шлем состоит**

- а из двух мышечных брюшек
- б из трех мышечных брюшек
- в из четырех мышечных брюшек

- г из пяти мышечных брюшек
- д из шести мышечных брюшек

**Гнойные процессы мягких покровов свода черепа могут распространяться**

- а в подкожно-жировой клетчатке
- б под апоневротическим шлемом
- в под надкостницей
- г во всех вышеперечисленных слоях свода черепа

**Основная артерия, снабжающая твердую мозговую оболочку**

- а передняя мозговая
- б средняя мозговая
- в задняя оболочечная
- г средняя оболочечная
- д передняя оболочечная

**На направления линий переломов основания черепа не влияют**

- а швы между костями
- б отверстия для сосудов и нервов
- в степень плотности костей

**Истечение ликвора в носовую полость возникает при переломе основания черепа**

- а в передней черепной ямке
- б в средней черепной ямке
- в в задней черепной ямке

**Средняя оболочечная артерия отходит**

- а от внутренней сонной артерии
- б от позвоночной артерии
- в от наружной сонной артерии
- г от верхней челюстной артерии

**Возникновение симптома "очков" при переломе основания черепа объясняется**

- а повреждением продырявленной пластинки в передней черепной ямке
- б разрывом позвоночной артерии
- в повреждением внутренней сонной артерии в полости черепа
- г повреждением передней решетчатой вены
- д повреждением задней решетчатой вены

**Мимические мышцы лица иннервируют**

- а тройничный нерв
- б лицевой нерв
- в добавочный нерв
- г блуждающий нерв

**К временной и окончательной остановке кровотечений при повреждении сосудов и синусов относятся**

- а наложение зажима
- б прошивание
- в тампонада
- г перевязка синусов
- д все перечисленное

**Шейное нервное сплетение формируется чаще всего**

- а из С2-С3
- б из С3-С4
- в из С2-С4
- г из С4-С5
- д из С1-С4

**Блокада шейного нервного сплетения осуществляется доступом**

- а по середине грудино-ключично-сосцевидной мышцы, по заднему ее краю
- б по середине грудино-ключично-сосцевидной мышцы, по переднему ее краю
- в на уровне второго шейного позвонка
- г на уровне подъязычной кости

**В состав основного сосудисто-нервного пучка шеи входят**

- а внутренняя сонная артерия, наружная яремная вена, блуждающий нерв
- б внутренняя сонная артерия, наружная яремная вена, диафрагмальный нерв
- в общая сонная артерия, блуждающий нерв, внутренняя яремная вена
- г общая сонная артерия, блуждающий нерв, внутренняя яремная вена, нисходящая ветвь подъязычного нерва, глубокий лимфатический коллектор шеи

**При ваго-симпатической блокаде уровень вкола иглы соответствует**

- а границе верхней и средней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- б точке пересечения наружной яремной вены с задним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- в уровню подъязычной кости по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- г всему перечисленному

**При тяжелой травме лицевого отдела черепа остановка кровотечения осуществляется перевязкой**

- а наружной сонной артерии
- б внутренней сонной артерии
- в плече-головного отдела
- г общей сонной артерии

**Блокаду плечевого сплетения производят**

- а по середине ключицы на 4 см выше ее
- б по середине ключицы на 4 см ниже ее
- в на границе медиальной и средней трети ключицы на 4 см выше ее
- г на границе средней и наружной трети ключицы на 4 см выше ее

**Позвоночная артерия отходит**

- а от плече-головного отдела
- б от подключичной артерии
- в от общей сонной артерии

г от дуги аорты

**В костно-фиброзный канал  
позвоночная артерия входит на  
уровне поперечного отростка**

- а 4 шейного позвонка
- б 5 шейного позвонка
- в 6 шейного позвонка
- г 7 шейного позвонка

**В экстренных ситуациях при  
обтурации верхних дыхательных  
путей производят чаще всего**

- а крикотомию
- б трахеотомию
- в коникотомию

**Коникотомию проводят на уровне**

- а ниже подъязычной кости
- б между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом
- в между перстневидным и щитовидным хрящами

**Обтурация верхних дыхательных  
путей происходит чаще всего на  
уровне**

- а бифуркации трахеи
- б ниже истинных голосовых связок
- в перстневидного хряща
- г выше истинных голосовых складок
- д нижнего края щитовидного хряща

**Пункцию подключичной вены  
осуществляют**

- а из подключичного доступа
- б из надключичного доступа
- в из вышеперечисленных доступов

**Перевязку подключичной артерии  
чаще всего производят**

- а проксимальнее отхождения щитошейного ствола

- б дистальнее щитошейного ствола
- в дистальнее нижней щитовидной артерии
- г проксимальнее реберно-шейного ствола
- д дистальнее реберно-шейного ствола

**Капсулу плечевого состава укрепляют**

- а плечевая мышца
- б надостная мышца
- в подостная мышца
- г подлопаточная мышца
- д дельтовидная мышца

**Подмышечная впадина соединяется с подлопаточной областью посредством**

- а четырехстороннего отверстия
- б трехстороннего отверстия
- в четырех- и трехстороннего отверстия

**Через четырехстороннее отверстие проходят**

- а подмышечный нерв
- б кожно-мышечный нерв
- в подмышечный нерв, задняя окружающая плечевую кость артерия и вена
- г подмышечный нерв, передняя окружающая плечевую кость артерия и вена

**Через трехстороннее отверстие выходит**

- а кожно-мышечный нерв
- б глубокая артерия плеча
- в окружающая артерия лопатки
- г подмышечный нерв
- д все вышеперечисленное

**Капсулу плечевого сустава укрепляют**

- а одна связка
- б две связки
- в три связки
- г четыре связки

**Двуглавую мышцу плеча  
иннервирует**

- а срединный нерв
- б локтевой нерв
- в лучевой нерв
- г подмышечный нерв
- д кожно-мышечный нерв

**Трехглавая мышца плеча  
иннервируется**

- а срединным нервом
- б локтевым нервом
- в лучевым нервом
- г подмышечным нервом
- д кожно-мышечным нервом

**При плече-лопаточном  
периартрите и травмах плечевого  
сустава болевой синдром можно  
снять блокадой**

- а мышечно-кожного нерва
- б надлопаточного нерва со стороны подостной  
ямки
- в надлопаточного нерва со стороны надостной  
ямки
- г лучевого нерва на плече

**Глубокая артерия плеча отходит  
от плечевой артерии**

- а в подмышечной впадине
- б в верхней трети плеча
- в в средней трети плеча
- г в локтевой ямке
- д на уровне нижнего края широчайшей мышцы  
спины

**К коротким ветвям плечевого  
сплетения относятся все  
перечисленные нервы, кроме**

- а переднего, среднего и заднего надключичных,  
диафрагмального
- б тыльного нерва лопатки, длинного грудного  
нерва, подключичного нерва
- в надлопаточного нерва, переднего грудного
- г подлопаточного, подмышечного нерва



**К длинным нервам плечевого сплетения относят**

- а кожно-мышечный, лучевой нервы
- б локтевой, срединный нервы
- в кожные нервы плеча и предплечья
- г все перечисленные

**В мышечно-плечевом канале проходит**

- а подмышечный нерв, артерия и вена
- б лучевой нерв, глубокая артерия плеча, одноименные вены
- в срединный нерв, коллатеральная лучевая артерия и одноименные вены

**Срединный нерв формируется**

- а из медиального пучка плечевого сплетения
- б медиального и бокового пучка плечевого сплетения
- в бокового и заднего пучка плечевого сплетения
- г заднего и медиального пучка плечевого сплетения

**Лучевой нерв отходит от пучка плечевого сплетения**

- а заднего
- б бокового
- в медиального
- г заднего и бокового

**Локтевой нерв отходит от пучка плечевого сплетения**

- а медиального
- б заднего
- в бокового

**Локтевой сустав имеет**

- а два сочленения
- б три сочленения
- в четыре сочленения
- г пять сочленений

**Пункцию локтевого сустава чаще всего осуществляют**

- а между локтевым отростком и плечелучевой мышцей
- б между краем трехглавой мышцы и локтевым сгибателем кисти
- в между локтевым отростком и внутренним мыщелком

**В области локтевого сустава срединный нерв на уровне внутреннего надмыщелка проходит чаще всего**

- а на 0.5-1.0 см кнутри от плечевой артерии
- б у внутреннего края плечевой артерии
- в на 1.5 см кнутри от артерии
- г под плечевой артерией

**Количество местного анестетика (новокаина), используемого для блокады переломов костей на фоне шока, по сравнению с обычной дозировкой должно быть**

- а уменьшено
- б увеличено
- в существенно не меняется
- г новокаин при шоке как местный анестетик желателно не использовать

**Выбор способа анестезии в неотложной травматологии зависит**

- а от общего состояния и возраста пострадавшего
- б наличия аппаратуры и медикаментов
- в тяжести, предположительной длительности оперативного вмешательства и кровопотери
- г квалификации специалиста (анестезиолога)
- д всего перечисленного

**В положении больного на боку во время операций под наркозом существует опасность**

- а возникновения неврита нижней руки
  - б скопления секрета в нижележащем легком
  - в ишемии нижележащей руки
  - г снижения вентиляции нижележащего легкого
- д всего перечисленного

**Внутрикостная анестезия нашла практическое применение**

- а при операции остеосинтеза костей голени
  - б при операции остеосинтеза бедренной кости
- в при репозиции перелома лодыжек голени
- г правильно а) и в)
- д все перечисленное

**К преимуществам внутрикостной анестезии относится все перечисленное, кроме**

- а может быть выполнена в амбулаторных условиях
- б может быть выполнена хирургом любой квалификации
- в обладает противотромбоэмболическим действием
- г обладает хорошим обезболивающим эффектом
- д не сопровождается каким-либо осложнением

**Внутрикостные методы обезболивания разрабатывались и внедрялись в практику всеми перечисленными авторами, кроме**

- а Воронцова А.В.
- б Дитерихса М.И.
- в Крупко И.Л.
- г Фраймана С.Б.
- д Школьникова Л.Г.

**Для пролонгированной внутрикостной блокады используется**

- а 0.5% р-р новокаина
- б 1% р-р новокаина
- в 2% р-р новокаина
- г 5% р-р новокаина
- д 10% р-р новокаина

**В зависимости от характера повреждений и их осложнений в травматологии и ортопедии применяются все перечисленные типы блокады, кроме**

- а гемостатической
- б противовоспалительной
- в антисептической
- г антикоагуляционной
- д трофической

**Противопоказаниями к спинно-мозговой анестезии являются**

- а падение артериального давления ниже 100 мм
- б острая кровопотеря
- в опухоль головного мозга
- г правильно а) и в)
- д все перечисленное

**Во время проведения спинно-мозговой анестезии и после нее возможны следующие осложнения**

- а снижение артериального давления на 30-50 мм и коллапс
- б головная боль, рвота
- в повышение кровоточивости
- г мозговая гипертензия
- д правильно а) и б)

**Перидуральная анестезия широко применяется у всех перечисленных больных, кроме больных, страдающих**

- а бронхитом
- б ларингитом
- в туберкулезом легких

- г циррозом печени
- д выраженной гипертонией

**Местная анестезия при операциях на головном мозге имеет перед наркозом все следующие преимущества, кроме**

- а отсутствия повышения внутричерепного давления
- б сохранения контакта с больным (речевого)
- в обеспечения хорошего гемостаза мягких тканей покровов черепа
- г создания полной анестезии оболочек головного мозга и возможности быстро осуществить искусственную вентиляцию легких

**Наиболее целесообразным видом обезболивания у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, находящихся в состоянии травматического шока, является**

- а местная анестезия
- б внутривенный наркоз
- в эндотрахеальный наркоз
- г масочный и ингаляционный наркоз фторотаном
- д пролонгированная внутрикостная гемостатическая блокада в комбинации с внутривенным наркозом

**Противопоказаниями к перидуральной анестезии является все перечисленное, кроме**

- а тяжелых искривлений позвоночника
- б эмфиземы легких, нефроза
- в артериального давления ниже 100 мм
- г эмоциональной неустойчивости

**Анестетиком выбора у больных с невосполненной кровопотерей и сохраняющейся гипотензией можно считать**

- а эфир
- б фторотан
- в калипсол
- г барбитураты
- д оксибутират натрия

**Распространение местного анестетика в эпидуральном пространстве у пожилых пациентов зависит от всех перечисленных факторов, кроме**

- а уплотнения соединительнотканых перемычек
- б стенозированных межпозвонковых отверстий
- в атеросклеротических изменений сосудов эпидурального пространства
- г длины позвоночника
- д значений объема циркулирующей крови

**К наркозу, применяемому у нейрохирургических больных, предъявляются требования: 1) наркоз не должен повышать внутричерепное давление, 2) пробуждение больного должно наступить в первые минуты после операции, 3) при манипуляциях на задней черепной ямке желательно сохранение собственного дыхания при условии его адекватности, 4) необходимо полное расслабление поперечно-полосатой мускулатуры на протяжении всей операции, 5) желательно воздействие на свертывающую систему крови**

- а верно все
- б верно 1, 2, 3

- в верно 2, 3, 4
- г верно 1, 3, 5
- д верно все, кроме 4

**При операциях на органах грудной клетки с целью профилактики возможного взрыва следует во время наркоза использовать**

- а эфир
- б циклопропан
- в фторотан
- г правильно а) и б)
- д все неправильно

**Оперативные вмешательства на позвоночнике и спинном мозге в настоящее время осуществляются под: 1) эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией легких, 2) эндотрахеальным наркозом с сохранением самостоятельного дыхания, 3) местной инфильтрационной анестезией в комплексе с паравerteбральной и внутрикостной пролонгированной блокадой, 4) перидуральной анестезией, 5) спинно-мозговой анестезией в комплексе с внутрикостной пролонгированной гемостатической блокадой**

- а верно все
- б верно 1, 2, 3
- в верно 2, 3, 4
- г верно 1, 3, 4
- д верно все, кроме 4

**При остеосинтезе бедренной кости с большим смещением отломков наилучшим видом обезболивания является**

- а эндотрахеальный наркоз с мышечными релаксантами в небольшой дозе
- б эндотрахеальный наркоз с мышечными релаксантами в большой дозе
- в перидуральная анестезия в комплексе с наркозом закистью азота
- г спинно-мозговая анестезия в комплексе с внутривенным наркозом
- д хлорэтиловый наркоз в комплексе с внутрикостной пролонгированной гемостатической блокадой

**Выбирая вид общего обезболивания (наркоз) при пластических операциях в первую очередь следует учитывать: 1) возраст больного, 2) длительность операции, 3) состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, 4) характер почечной и печеночной недостаточности, 5) чувствительность к антибиотикам, 6) травматичность оперативного пособия**

- а верно все
- б верно 1, 2, 4, 6
- в верно 2, 3, 4, 6
- г верно 1, 3, 4, 5
- д верно все, кроме 5

**При перевязках целесообразно использовать: 1) эндотрахеальный наркоз, 2) масочный наркоз, 3) эпидуральную анестезию, 4) внутривенный наркоз, 5) местную анестезию**

- а верно все
- б верно все, кроме 4
- в верно все, кроме 1, 3, 5
- г верно все, кроме 3, 5



**При ожогах ног и нижней половины туловища для обезболивания и улучшения трофики применяются новокаиновые блокады**

- а околопочечная
- б вагосимпатическая
- в поясничного сплетения
- г внутрикостная регионарная

**У больного выявлен перелом обеих бедренных костей без повреждения магистральных сосудов, артериальное давление - 60/40 мм рт. ст., дыхание - 26 в минуту. Наиболее целесообразно в этой ситуации**

- а срочная инфузионная терапия с одновременным введением в наркоз
- б срочно начать инфузионную терапию, осуществить обезболивание, добиться стабилизации артериального давления; затем начать проведение анестезии и операции
- в срочно интубировать и начать инфузионную терапию

**При выборе вещества для обезболивания при травматическом шоке учитывают в первую очередь влияния**

- а на дыхание
- б на гемодинамику
- в на эндокринную систему
- г на центральную систему
- д на свертывающую систему

**При множественных переломах ребер в условиях стационара оптимальным методом обезболивания можно считать**

- а паравертебральную блокаду и эпидуральную анестезию
- б спинальную анестезию

- в блокаду области перелома
- г наркотические анальгетики

**Достоинством новокаиновой блокады при тяжелых травмах является то, что она**

- а не вызывает снижения артериального давления
- б дает длительное обезболивание
- в ликвидирует боль, не смазывая клиническую картину
- г снижает температуру тела
- д повышает центральное венозное давление

**При операциях на проксимальных отделах нижних конечностей методом выбора анестезии является**

- а общая анестезия
- б эпидуральная анестезия
- в спинно-мозговая анестезия
- г внутрикостная и проводниковая анестезия
- д может быть применена любая из перечисленных

**Гипотензивный эффект ганглиотиков у пожилых пациентов**

- а более выражен
- б менее выражен
- в отсутствует
- г закономерности не выявляется

**Клинически ось нижней конечности проходит через все следующие образования, исключая**

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

**Клинически ось верхней конечности проходит через все следующие образования, кроме**

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

**Суммарная длина нижней конечности включает в себя расстояние от передней верхней ости таза**

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

**Суммарная длина верхней конечности измеряется от акромиального отростка**

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

**При определении характера искривления позвоночника учитывают все перечисленное, кроме**

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

**Линия и треугольник Гютера применяется при исследовании нормального локтевого сустава. Для его определения необходимо знать все перечисленные ориентиры, кроме**

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

**Линия Розер-Нелатона применяется при исследовании нормального тазобедренного сустава. Ее определяют все перечисленные образования, кроме**

- а точки верхней подвздошной кости
- б точки седалищного бугра
- в точки большого вертела при сгибании бедра под углом в  $135^{\circ}$ , которая располагается выше этой линии
- г точки большого вертела при сгибании бедра под углом в  $135^{\circ}$ , которая располагается на этой линии

**Треугольник Бриана применяется при исследовании тазобедренного сустава, на нормальном суставе его определяет все перечисленное, кроме**

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

**Линия Шумахера при патологии тазобедренного сустава**

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

**При патологии тазобедренного сустава линия лонного сочленения, соединяющая точку на вершине большого вертела с точкой на вершине лонного сочленения горизонтальной линией**

- а перпендикулярна к оси туловища
- б не перпендикулярна к оси туловища
- в составляет с осью туловища угол более  $70^{\circ}\text{C}$

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

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

**Перкуссия не позволяет выявить**

- а наличия жидкости в полости очага или сустава
- б наличия газа в полости или суставе
- в степени сращения переломов длинных трубчатых костей

- г степени кровоснабжения конечностей
- д наличия больших полостей в эпифизах или метафизах конечностей

**Сукуссия суставов позволяет определять все перечисленное, кроме**

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

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

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

**Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать**

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

**Отведение и приведение конечностей - это движения**

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

д наружное движение вокруг продольной оси

**Разгибание и сгибание конечности  
- это движения**

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

д наружное движение вокруг продольной оси

**В нормальном (здоровом)  
коленном суставе не возможно  
движение**

- а сгибание -  $130^\circ$
- б разгибание -  $180^\circ$
- в переразгибание -  $15^\circ$
- г отведение -  $20^\circ$
- д ротация (в положении сгибания) до  $15^\circ$

**В нормальном (здоровом)  
тазобедренном суставе не бывает  
движений**

- а сгибания -  $130^\circ$
- б ротации внутренней -  $90^\circ$
- в ротации наружной -  $90^\circ$
- г разгибания -  $45^\circ$
- д отведения -  $70^\circ$

**В нормальном (здоровом)  
голеностопном суставе не  
возможно движение**

- а тыльное сгибание -  $20^\circ$
- б подошвенное сгибание -  $45^\circ$
- в супинация -  $30^\circ$
- г пронация -  $20^\circ$
- д ротация -  $45^\circ$

**При параличе мышц  
тазобедренного сустава**

- а нет сгибательной контрактуры бедра
- б нет активного приведения бедра
- в нет активного отведения бедра
- г нет активного разгибания бедра

д нет активной ротации бедра

**При паралитической деформации  
коленного сустава не бывает**

- а сгибательной контрактуры голени
- б Х-образного искривления сустава вследствие подвывиха голени назад
- в рекурвации коленного сустава из-за паралича мышц сгибателей
- г сгибательных контрактур тазобедренного и голеностопного суставов
- д Y-образного искривления за счет поражения полусухожильной, полуперепончатой мышц, а также мышцы, натягивающей апоневроз

**При параличе мышц голени не  
развиваются**

- а паралитическая вальгусная стопа
- б паралитическая конская стопа
- в паралитическая косолапость
- г паралитическое удлинение конечности
- д паралитическая пяточная стопа

**Рентгенографическое  
исследование дает возможность  
установить перечисленное, кроме**

- а наличия костных переломов и степени их консолидации
- б характера смещения отломков
- в изменения структуры костной ткани
- г степени регенерации поврежденного хряща
- д разрывов крупных сухожилий, наличия свободного газа и жидкости в полостях, мягкотканых опухолей

**При прочтении рентгенограммы  
нельзя определить**

- а форму оси конечности, строение кортикального и губчатого слоев
- б форму и ширину, симметрию суставной щели



- в форму и характер прикрепления мышц и степень их развития
- г состояние росткового слоя и ядер окостенения
- д наличие кист, полостей, секвестров

**В ортопедии и травматологии получили распространение все перечисленные методы исследования, исключая**

- а рентгенографию
- б рентгеноскопию
- в контрастную рентгенографию
- г магнитно-полюсную контрастную рентгенографию
- д томографию

**Ядерно-магнитный резонанс, в основе которого лежит резонансное поглощение электромагнитных волн веществом в постоянном магнитном поле, имеет по сравнению с обычным рентгенологическим исследованием все перечисленные преимущества, исключая**

- а относительную биологическую безопасность метода
- б возможность диагностировать мягкотканые объемные процессы до возникновения реакции со стороны костной ткани
- в возможность судить о наличии и характере обменных процессов и, таким образом, диагностировать патологические процессы до появления ответных реакций со стороны костной ткани
- г более точную диагностику перелома костей
- д возможность диагностировать ранние сроки воспалительного процесса в тканях

**Радиоизотопная диагностика, основанная на различном избирательном поглощении радиоактивных изотопов нормальной и опухолевой костной тканью, не показана**

- а при подозрении на первичную злокачественную опухоль при наличии нормальной рентгенограммы
- б при дифференциальной диагностике нормальной и злокачественной костной тканью
- в при уточнении места расположения опухолевого процесса
- г при сканировании трудных для рентгенографического выявления областей скелета - грудины, ребер, лопатки
- д при установлении степени срастания костной ткани

**Обычное рентгенологическое исследование дает возможность выявить всю перечисленную патологию, кроме**

- а перелома или трещины кости
- б вывиха, подвывиха фрагментов сустава
- в костной опухоли
- г мягкотканной опухоли
- д повреждения хрящевой ткани

**При чтении рентгенограммы необходимо обращать внимание на все перечисленное, за исключением**

- а плотности рентгенологического рисунка кости (остеопороз, остеосклероз)
- б нарушения кортикального и последующего слоев кости
- в состояния окружающих кость тканей
- г изменения оси, формы костного органа
- д степени плотности (засветки) полей рентгенограммы вне исследуемого органа

**Рентгенодиагностика переломов позвоночника основывается на всех перечисленных признаках, кроме**

- а снижения высоты тела позвоночника
- б изменения оси позвоночника, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз)
- в нарушения кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела
- г степени смещения межпозвоночного диска
- д наличия гематомы в мягких тканях и тела позвонка

**Ориентиром при счете позвонков на спондилограмме шейного отдела является**

- а основание черепа
- б остистый отросток 1-го шейного позвонка
- в зуб 2-го шейного позвонка
- г остистый отросток 2-го шейного позвонка
- д правильно в) и г)

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

- а 1-е ребро и ключицу
- б контуры сердца
- в нижний угол лопатки
- г реберную дугу
- д 12-й грудной позвонок

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

- а передне-задняя
- б боковая (профильная)
- в аксиальная
- г с ротацией бедра
- д правильно а) и в)

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

- а передне-заднюю через открытый рот
- б боковую (профильную)
- в аксиальную
- г при максимальном наклоне головы
- д правильно б) и г)

**Для рентгенологической диагностики разрывов крестцово-седалищных сочленений со смещением фрагментов в сагитальной плоскости основное значение имеет укладка по Драчуку**

- а передне-задняя, но с разведением бедер
- б боковая, профильная, но с приведением к животу бедер
- в кассета с пленкой устанавливается между ног, и луч аппарата проходит через большое тазовое отверстие
- г положение больного на животе с разведенными бедрами
- д рентгеновский луч направляется под углом  $45^\circ$  по направлению к сочленениям

**Для выявления спондилолистеза так называемым функциональным методом применяются все перечисленные проекции спондилограмм, исключая**

- а боковую проекцию в положении максимального сгибания
- б боковую проекцию в положении максимального разгибания
- в аксиальную проекцию в положении ротации туловища
- г передне-заднюю проекцию с максимальными наклонами в сторону (в бок)
- д спондилограмму в вертикальном положении больного

**Используя контрастную рентгенографию в отличие от классической, можно выявить**

- а подвывих фрагмента мелкого сустава
- б повреждения хрящевой прослойки сустава
- в секвестры в трубчатой кости
- г скрытую полость в диафизе кости
- д правильно в) и г)

**При контрастной рентгенографии коленного сустава не представляется возможным определить**

- а разрыв наружного мениска
- б разрыв внутреннего мениска
- в наличие суставной "мышцы"
- г разрыв крестообразных связок

**Контрастная ангиография помогает точной диагностике всей перечисленной патологии, исключая**

- а разрыв сосуда
- б обтурацию сосуда
- в сужение участка сосуда
- г опухоли сосуда
- д выявление рентгеноконтрастного тела в массиве мышц

**Показатель гемоглобина периферической крови в норме колеблется в пределах**

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

**Гематокрит в норме составляет в пределах**

- а 26-30%
- б 36-42%
- в 45-48%
- г 49-52%

д 53-58%

**Уровень общего белка в крови в норме составляет**

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

**Посттравматическая гипопроteinемия обусловлена всем перечисленным, кроме**

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

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

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

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

- а 0.5-1.5 ммоль/л
- б 3-5 ммоль/л
- в 6-7 ммоль/л
- г 8-10 ммоль/л
- д 10-12 ммоль/л

**Активность калликреин-кининовой системы крови при тяжелых повреждениях проявляется**

- а сокращением гладких мышц

- б расслаблением гладких мышц
- в расширением просвета кровеносных сосудов
- г снижением кровяного давления
- д всем перечисленным

**При неосложненном клиническом течении травматической болезни концентрация мочевины в крови нормализуется**

- а на 5-е сутки
- б на 10-е сутки
- в на 15-е сутки
- г на 20-е сутки
- д на 25-е сутки

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

- а на 50%
- б на 100%
- в на 150%
- г на 200%
- д на 300%

**Ударный объем сердца у здорового человека составляет**

- а 35-40 мл
- б 55-90 мл
- в 60-120 мл
- г 80-140 мл
- д 100-150 мл

**Минутный объем сердца в норме равен**

- а 1.5-2.5 л/мин
- б 2.0-3.5 л/мин
- в 3.5-4.5 л/мин
- г 4.0-6.0 л/мин
- д 6.0-7.0 л/мин

**Объем циркулирующей крови (ОЦК) составляет в норме**

- а 60-57 мл/кг
- б 70-65 мл/кг
- в 82-75 мл/кг
- г 94-105 мл/кг
- д 110-140 мл/кг

**Общее периферическое сопротивление (ОПС) составляет в норме**

- а 1200-2500 дин/с х см<sup>5</sup>
- б 2700-3000 дин/с х см<sup>5</sup>
- в 3000-3500 дин/с х см<sup>5</sup>
- г 3200-4000 дин/с х см<sup>5</sup>
- д 3500-4500 дин/с х см<sup>5</sup>

**Венозное давление поддерживают все перечисленные факторы, кроме**

- а давления и кровотока в капиллярах
- б внутриплеврального давления
- в внутрибрюшного давления
- г внутрикостного давления и давления в лимфатической системе

**Центральное венозное давление при нормоволемии равно**

- а 30-45 мм вод. ст.
- б 50-120 мм вод. ст.
- в 130-150 мм вод. ст.
- г свыше 160 мм вод. ст.
- д свыше 200 мм вод. ст.

**Развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) в основном связано со всем перечисленным, кроме**

- а обширной травмы мягких тканей и скелета
- б массивных гемотранфузий
- в трансфузий крови со сроком хранения от 2 до 3 дней в объеме 15% ОЦК больного



- г активации калликреин-кининовой системы
- д замедления кровотока

**Развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания сопровождается всем перечисленным, кроме**

- а гипокоагуляции
- б гиперкоагуляции и гиперагрегации
- в понижения активности тромбоцитов
- г повышения активности тромбоцитов, концентрации тромбина, образования тромбофибриновых свертков (массивного тромбообразования)
- д геморрагии или явного кровотечения при наличии микросвертков фибрина в системе микроциркуляции

**Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови в начальной стадии проявляется всем перечисленным, исключая**

- а геморрагический синдром, наличие острых язв желудочно-кишечного тракта
- б нарушение микроциркуляции в легких, почках, печени
- в острый канальцевый некроз почек
- г респираторную недостаточность
- д нарушение функции печени

**К основным признакам диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови относятся все перечисленные, кроме**

- а тромбоцитов ниже  $100 \times 10^9$  г/л
- б фибриногена менее 1.5 г/л
- в несворачиваемости крови
- г коагулопатии потребления во 2-й стадии
- д повышения содержания VII и X факторов протромбинового комплекса

**Достоверным признаком диссеминированного внутрисосудистого свертывания является снижение фибриногена**

- а ниже 1.75 г/л
- б до 2.0 г/л
- в до 2.5 г/л
- г до 3.0 г/л
- д до 3.5 г/л

**Потери фибриногена происходят**

- а в сгустках крови
- б на фильтрах систем
- в в сосудах микроциркуляции
- г при контактах крови с серозными оболочками
- д при всем перечисленном

**К факторам, способствующим развитию нарушений гемостаза при острой кровопотере, относятся**

- а гиповолемия
- б ацидоз
- в агрегация форменных элементов, расстройство макро- и микроциркуляции
- г тромбоцитопения разведения
- д все перечисленное

**Развитию диссеминированного внутрисосудистого свертывания при массивной и костной травмах способствует**

- а снижение гемоглобина и гематокрита
- б анемия
- в лейкоцитоз
- г накопление активного тромбопластина (тканевого, эритроцитарного)
- д правильно все перечисленное

**При диагностике диссеминированного внутрисосудистого свертывания важное значение приобретает все перечисленное, кроме**

- а определения группы крови
- б тромбоэластографии
- в определения протромбинового времени
- г определения протромбинового индекса
- д определения концентрации антитромбина

**Диагностика геморрагического синдрома, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания и острого нарушения гемостаза основывается на следующих показателях**

- а фибриногена (1-1.5 г/л)
- б фибриногена (2-5.0 г/л)
- в тромбоцитов (180-320 x10<sup>9</sup>/л)
- г тромбоцитов (5-10 x 10<sup>9</sup>/л)
- д правильно а) и г)

**Причинами гиперкалиемии может быть все перечисленное, исключая**

- а быстрое восполнение объема циркулирующей крови консервированной кровью
- б массивные повреждения мягких тканей
- в местный ишемический гипертензионный синдром
- г сдавление мягких тканей
- д множественные переломы костей, со смещением отломков

**В норме парциальное давление кислорода (PaO<sub>2</sub>) в артериальной крови составляет**

- а 110±6 мм рт. ст.
- б 95±1 мм рт. ст.
- в 80±5 мм рт. ст.
- г 75±8 мм рт. ст.

д  $68 \pm 2$  мм рт. ст.

**В норме парциальное давление углекислого газа ( $P_aCO_2$ ) артериальной крови составляет**

- а  $20 \pm 4$  мм рт. ст.
- б  $26 \pm 2$  мм рт. ст.
- в  $30 \pm 5$  мм рт. ст.
- г  $40 \pm 5$  мм рт. ст.
- д  $50 \pm 2$  мм рт. ст.

**Артериальная гипоксия у больных с травмой возникает вследствие**

- а альвеолярной гиповентиляции
- б нарушения вентиляционно-перфузионных отношений
- в внутрилегочного шунтирования венозной крови
- г правильно а) и б)
- д правильно все

**Внутрилегочное шунтирование венозной крови составляет в норме**

- а 1-3%
- б 5-7%
- в 9-12%
- г 13-15%
- д 20-23%

**Шоковый период травматической болезни характеризуется**

- а глюкозурией
- б гипергликемией
- в лактацидемией
- г правильно а) и б)
- д правильно все перечисленное

**Для неблагоприятного исхода гнойно-септических осложнений травматической болезни характерно**

- а развитие продолжительной умеренной гипергликемии
- б гиперинсулинемии
- в увеличение скорости глюконеогенеза
- г лактоцидемия
- д правильно все перечисленное

**Осмолярность является интегральным показателем активности**

- а катаболических процессов в организме
- б процесса транспортировки и утилизации кислорода в организме
- в процесса элиминации углекислого газа в организме
- г процесса анаэробного гликолиза
- д калликреин-кининовой системы крови

**Гиперосмолярность крови и плазмы возникает при уровне**

- а 120 мосмоль/л
- б 186 мосмоль/л
- в 295 мосмоль/л
- г 310 мосмоль/л
- д 326 мосмоль/л

**Гиперосмолярность крови определяется при уровне**

- а 150 мосмоль/л
- б 210 мосмоль/л
- в 386 мосмоль/л
- г 605 мосмоль/л
- д 1205 мосмоль/л

**Осмотически активными веществами в крови и плазме являются все нижеперечисленные, кроме**

- а мочевины
- б натрия и калия
- в глюкозы
- г лактата
- д микроэлементов (железо, цинк, медь)

**Из применяемых для трансфузии растворов у травматологических больных являются гипоосмотическими все перечисленные, кроме**

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

**Из применяемых для трансфузии растворов гиперосмотическими будут все нижеперечисленные, кроме**

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

**У пострадавших с тяжелой механической травмой нарушаются следующие функции поджелудочной железы**

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

**Ферментообразовательная и ферментовыделительная функции поджелудочной железы у больных с травмой нарушаются вследствие всех перечисленных причин, исключая**

- а гипоксию
- б ацидоз
- в дискинезию желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки
- г инактивацию протеаз поджелудочной железы

д нарушение проходимости протоков

**Так называемая "острая панкреатическая энзимопатия" у больных с травмой характеризуется**

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

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

- а понижения артериального и портального кровотока печени до 30-40% от исходного
- б возникновения внутрипеченочной вазоконстрикции, сменяющейся застоем крови в печени и развитием ДВС
- в элиминации ферментов с гиперферментемией ЛДГ, АЛТ, АСТ
- г уменьшения потребления АТФ и уменьшения проницаемости мембран
- д дистрофии гепатоцитов, развития холестаза и цитолиза

**Симпатико-адреналовая система (САС) быстро и сильно реагирует на травму, что проявляется всем перечисленным, исключая повышение**

- а выработки и активности катехоламинов
- б концентрации норадреналина до 2 раз
- в концентрации адреналина до 6 раз
- г возможности возникновения ДВС в первые 3 дня
- д обменных процессов и функциональной деятельности систем организма

**С целью профилактики возникновения гипергидратации головного мозга у пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой объем внутривенных инфузий не должен превышать**

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

**Инфузия гипертонических растворов глюкозы больным с тяжелой травмой имеет целью**

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

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

- а  $P_{aO_2} < 50$  мм рт. ст.
- б  $P_{aCO_2} > 50$  рт. ст.
- в  $SO_2 < 78\%$
- г правильно б) и в)
- д все перечисленное

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

- а потерянная кровь должна замещаться только кровью и возмещение должно быть ранним
- б должно соблюдаться количественное равенство
- в переливать следует с запасом, превышающим кровопотерю на 0.5 л



- г должен соблюдаться закон длительности переливания
- д кровь должна переливаться только по жизненным показаниям

**Для определения группы крови кровь следует забирать**

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

**Переливание несовместимой крови вызывает**

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

**При переливании плазмы**

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

**Уровень гематокрита консервированной крови составляет**

- а 20,00%
- б 30,00%

- в 40,00%
- г 50,00%
- д 60,00%

**Уровень гематокрита эритроцитарной массы составляет**

- а 30,00%
- б 40,00%
- в 50,00%
- г 60,00%
- д 70,00%

**Для стабилизации аутокрови требуется гепарин в количестве**

- а 1000 ед гепарина на 500 мл крови
- б 2000 ед гепарина на 500 мл крови
- в 3000 ед гепарина на 500 мл крови
- г 5000 ед гепарина на 500 мл крови

**Для стабилизации аутокрови требуется 4% раствор цитрата натрия в количестве**

- а 10 мл на 100 мл крови
- б 20 мл на 100 мл крови
- в 30 мл на 100 мл крови
- г 40 мл на 100 мл крови

**В консервированной крови содержится все перечисленное, кроме**

- а избытка ионов калия и натрия
- б недостатка ионов калия и натрия
- в недостатка ионов кальция, тромбоцитов, V-VIII факторов свертываемости крови
- г избытка ионов кальция, тромбоцитов, V-VIII факторов свертываемости крови
- д правильно а) и в)

**"Цитратная интоксикация" может быть вызвана тем, что**

- а цитрат натрия сам по себе не токсичен, но образует блоки с кальцием, резко снижая его уровень в крови, вызывая образование гипокальциемии, которая в свою очередь оказывает отрицательное влияние на сократимость и проводимость миокарда и ведет к фибрилляции
- б цитрат натрия вызывает расширение сосудов малого круга кровообращения, легочную гипотензию
- в цитрат натрия вызывает сужение сосудов малого круга кровообращения, гипертензию сосудов малого круга, а ослабленная сердечная сократимость приводит к сердечной недостаточности
- г правильно а) и в)
- д правильно а) и б)

**Сывороточная гомологическая желтуха наблюдается наиболее часто при внутривенном переливании**

- а цельной крови от одного донора
- б крови или плазмы от многих доноров
- в плазмы от одного донора
- г эритроциты от одного донора
- д крови и плазмы от одного донора

**Трансфузионная реакция во время наркоза проявляется всеми перечисленными симптомами, кроме**

- а одышки
- б примеси крови в моче
- в гипотонии
- г диффузионного кровотечения из операционной раны
- д цианоза

**Ранним признаком острого тромбоза артерий является**

- а боль
- б отек
- в похолодание конечности
- г мраморность кожных покровов

д пощипывание, парестезии

**Фильтрация аутокрови  
осуществляется через несколько  
слоев марли**

- а 2 слоя
- б 3 слоя
- в 6 слоев
- г 8 слоев
- д 10 слоев

**Фильтрацию аутокрови через 8  
слоев марли нужно применять  
при наличии жировой пленки или  
капель жира**

- а однократно
- б двукратно
- в трехкратно
- г четырехкратно

**Уровень разжижения крови  
нужно считать опасным при  
показателе гематокрита, равном**

- а 10-15 ед.
- б 20-30 ед.
- в 31-40 ед.
- г 41-50 ед.

**Минимальный уровень  
гематокрита, при котором  
имеются благоприятные условия  
для микроциркуляции и переноса  
кислорода**

- а в пределах 15-20%
- б в пределах 30-35%
- в в пределах 35-40%
- г в пределах 40-45%
- д в пределах 45-50%

**При внутривенном введении  
аутокрови нужно вводить 10%  
раствор хлористого кальция из  
расчета**

- а 10 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
- б 20 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
- в 30 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
- г 40 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови
- д 50 мл на каждые 500 мл реинфузированной крови

**Синдром "массивная трансфузия" включает все следующие компоненты, кроме**

- а повышения артериального давления
- б сердечно-сосудистого коллапса
- в кровоточивости раны
- г почечно-печеночной недостаточности
- д полиорганной недостаточности

**Показаниями к прямому переливанию крови являются**

- а синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания
- б массивные кровотечения в акушерстве
- в отсутствие банка консервированной крови
- г отсутствие возможности проведения реинфузии
- д все перечисленное

**Кальций, вводимый при массивных гемотрансфузиях с целью устранения гипокальциемии**

- а оказывает токсическое действие на сердце
- б уменьшает цитратную интоксикацию
- в уменьшает содержание калия
- г токсическое действие более выражено при гиперкальциемии, чем при гипокальциемии
- д правильно б) и г)

**На каждые 500 мл крови с целью "защиты от цитрата" необходимо ввести**

- а 1 г кальция
- б 2 г кальция
- в 3 г кальция
- г 4 г кальция
- д 5 г кальция

**Недостаточная реакция на введение 2 л лактасола свидетельствует о том, что**

- а кровопотеря превышает 1 л
- б кровопотеря значительно меньше 1 л
- в требуется переливание донорской крови
- г не требуется переливания донорской крови
- д правильно а) и в)

**Показаниями к переливанию плазмозаменителей являются**

- а гиперволемия
- б нормоволемия
- в гиповолемия
- г уровень гематокрита 45-50%
- д высокий лейкоцитоз

**Плазмозаменители вызывают все перечисленное, кроме**

- а повышения гидростатического давления
- б повышения онкотического давления
- в перемещения внеклеточной жидкости в сосудистое русло
- г повышения транспортной функции
- д тромбоцитопении разведения

**Низкомолекулярные декстраны**

- а увеличивают опасность кровотечения
- б ухудшают микроциркуляцию
- в не увеличивают опасность кровотечения
- г улучшают микроциркуляцию
- д правильно в) и г)

**Максимальная доза лактасола при внутривенном введении не должна превышать**

- а 1-2 л
- б 2-4 л

- в 5-6 л
- г 7-8 л
- д максимальный объем не определен

**Возрастные особенности регенерации костной ткани обусловлены**

- а механизмом травмы
- б состоянием белковой матрицы кости
- в минерализацией кости
- г всем перечисленным

**Регенерация костной ткани наиболее продолжительна**

- а в раннем возрасте
- б в юности
- в в среднем возрасте
- г в старческом возрасте

**В течении раневого процесса целесообразно различать периоды**

- а сосудистых изменений и очищения раны от некротических тканей
- б образования и созревания грануляционной ткани
- в реорганизации рубца
- г эпителизации
- д верно все перечисленное

**Участие гистамина в раневом процессе заключается в нижеперечисленных действиях, исключая**

- а расширение просвета артериол, венул, капилляров
- б сужение просвета артериол, венул, капилляров
- в повышение проницаемости капилляров
- г стимуляцию фагоцитоза
- д укорочение времени кровотечения

**Бактериальное обсеменение "чистых" операционных ран оказывается наиболее высоким на этапе**

- а сразу после разреза кожи
- б в наиболее травматический момент операции
- в перед зашиванием раны
- г при первой послеоперационной перевязке
- д верно б) и в)

**Острое гнойное воспаление ран в основном определяют следующие возбудители, кроме**

- а золотистого стафилококка и стрептококка
- б протей и неклостридиальных анаэробов
- в протей и энтерококков
- г синегнойной палочкой
- д неклостридиальных анаэробов

**Причинами возникновения гнойной инфекции травматических ран являются**

- а "уличная" микрофлора
- б "госпитальная" микрофлора
- в эндогенная микрофлора
- г верно а) и в)
- д верно б) и в)

**Наиболее эффективными против синегнойной инфекции являются все дезинфицирующие средства, исключая**

- а борную кислоту
- б муравьиную кислоту
- в перманганат калия
- г дегмициды
- д антисептики, содержащие соединения четвертичного аммония

**В ранней фазе воспаления раневого процесса ведущую роль играют**

- а макрофаги
- б тромбоциты и тучные клетки



- в нейтрофилы
- г фибробласты
- д верно а) и в)

**Основными клетками, принимающими участие в очищении ран от тканевого детрита в фазу воспаления, являются**

- а макрофаги
- б тромбоциты и тучные клетки
- в нейтрофилы
- г фибробласты
- д верно в) и г)

**К факторам, повреждающим локальную тканевую защиту в ранах и способствующим развитию инфекции, относят**

- а местную ишемию, наличие некротизированных тканей, гематом
- б хронические заболевания (соматические)
- в инородные тела
- г терапию иммуносупрессорами
- д все перечисленное

**К факторам, определяющим успех метода активного вакуумного дренирования при абсцессах, затеках и т.п., относятся**

- а герметичность дренируемой полости
- б введение дренажа через контрапертуру со стороны здоровых тканей
- в эвакуация содержимого гнойной полости через небольшой разрез с последующим его ушиванием
- г введение лекарственных препаратов в полость с определенной экспозицией
- д все перечисленное

**Применение ферментов в комплексном лечении ран способствует всему перечисленному, исключая**

- а агрегацию эритроцитов в зоне раны
- б повышение прочности послеоперационного рубца
- в сокращение фазы травматического воспаления
  
- г активизацию роста грануляционной ткани, синтеза кислых гликозаминогликанов, образование коллагеновых волокон

**К средствам энзимотерапии относятся следующие вещества, применение которых целесообразно для лечения инфицированных ран, кроме**

- а трипсина, химиотрипсина, химиопсина
- б эластолитина
- в протелина, гидролитина
- г прасилола
- д бализа

**Ведущими симптомами раневого сепсиса являются**

- а тяжелая интоксикация
- б гиповолемия, нарушение водно-электролитного баланса, ацидоз
- в ухудшение микроциркуляции
- г анемия, гипопроотеинемия
- д все перечисленное

**Заживление раны первичным натяжением обуславливается рядом условий, к которым относятся**

- а небольшая зона повреждения и плотное соприкосновение краев раны
- б сохранение жизнеспособности краев раны
- в отсутствие очагов некроза и гематомы
- г асептичность раны (или уровень микробных тел ниже критического)
- д все перечисленное

**Хирургическая обработка в фазе регенерации ставит перед хирургами следующие задачи**

- а удаление нежизнеспособных и измененных тканей
- б снижение количества микробных тел в ране
  
- в вскрытие затеков
- г снижение интоксикации
- д все перечисленное

**Сроки активного дренирования гнойной раны составляют**

- а от 3 до 5 суток
- б от 6 до 10 суток
- в от 11 до 14 суток
- г сроки определяются отдельной конкретной ситуацией
- д верно б) и в)

**К приемам введения дренажной трубки относятся**

- а трубку располагают точно на дне гнойной полости
- б отводящий конец располагают в самом низком (в положении лежа) участке
- в используют трубки диаметром от 5 до 20 мм
- г вводят дренажи послойно при обширных ранениях
- д все перечисленное

**При наличии местного гнойного очага генерализованная инфекция проходит фазы**

- а гнойно-резорбтивную лихорадку
- б начальную стадию сепсиса
- в септицемию
- г септикопиемию
- д все перечисленное

**Наиболее часто при сепсисе преобладают гнойные метастазы, локализующиеся**

- а в мягких тканях и костях
- б в легких, сердце и почках
- в в печени и селезенке
- г верно а) и в)

д верно а) и б)

**При возникновении воспаления с серозно-гнойным отделяемым в области швов рекомендуется**

- а антибактериальная терапия
- б снятие швов и промывание раны
- в повторная хирургическая обработка раны с наложением вторичных швов
- г правильно а) и б)
- д все правильно

**Критический уровень содержания микробных тел на 1 г ткани раны при генерализованной инфекции составляет**

- а 102
- б 103
- в 104
- г 105
- д 106

**Ко вторичным гнойным воспалениям при первичном ожоге (инфицированной ране, карбункуле, абсцессе, флегмоне) относятся**

- а лимфаденит
- б флебит
- в тромбофлебит
- г артрит

**Истощенному раненому, имеющему пониженную температуру и незаживающую рану с обширной поверхностью и гнойным отделяемым, следует поставить диагноз**

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

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

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

**Клиническая картина гнилостной инфекции представлена всеми перечисленными симптомами, за исключением**

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

**Наиболее отчетливо повреждения головного мозга, согласно теории кавитации, возникают при ударе**

- а в висок
- б в область лба
- в в область затылка
- г в область темени
- д в область нижней челюсти

**Согласно теории ударного эффекта деформирующихся костей основания черепа объяснимы все приведенные изменения, исключая**

- а ушибы полюсов и оснований лобных долей
- б ушибы полюсов и оснований височных долей
- в ушибы конвексимальной поверхности лобных долей

- г ушибы основания затылочной доли
- д перелом крыльев основной кости

**Основными клинически формами повреждения головного мозга являются: 1) сотрясение головного мозга, 2) сдавление головного мозга, 3) субарахноидальное кровоизлияние, 4) внутричерепная гематома, 5) ушиб головного мозга, 6) отек головного мозга, 7) проляпс головного мозга, 8) дислокация головного мозга**

- а правильно 1, 3, 8
- б правильно 1, 3, 6 и 7
- в правильно 1, 2, 5
- г правильно 1, 4, 5 и 6
- д правильно 1, 2, 3 и 6

**Сдавление головного мозга происходит вследствие всех возникших нарушений, за исключением**

- а гидропса
- б внутричерепной гематомы
- в субарахноидального кровоизлияния
- г вдавленного перелома костей черепа
- д субдуральной гидромы

**Синдром гипертензии при ушибах головного мозга средней тяжести можно констатировать по показателям давления спинно-мозговой жидкости, равного**

- а 100-120 мм вод. ст.
- б 130-140 мм вод. ст.
- в 180-210 мм вод. ст.
- г 220-240 мм вод. ст.
- д 260-320 мм вод. ст.

**Для синдрома мозговой гипотензии при легких ушибах головного мозга характерны все перечисленные симптомы, кроме**

- а бледности кожных покровов с небольшой синюшностью слизистых
- б головных болей распирающего характера
- в уменьшения головной боли при опускании головы
- г понижения артериального давления в пределах АД 100/70-90/60 мм рт. ст.
- д давления спинно-мозговой жидкости от 40 до 100 мм вод. ст.

**Синдром субарахноидального кровоизлияния проявляется всеми перечисленными симптомами, исключая**

- а головная боль как "обручем стягивает" голову
- б головная боль, заметно усиливающаяся при движении глазных яблок
- в положительный симптом Брудзинского
- г возможно проявление делириозного состояния
- д гемипарез

**Согласно классификации переломов костей свода черепа выделяют следующие основные формы, исключая**

- а импрессионный перелом
- б компрессионный перелом
- в депрессионный перелом
- г перелом сагитального и фронтального швов
- д оскольчатый перелом

**При неполном переломе костей свода черепа имеет место**

- а перелом только наружной пластинки
- б перелом только внутренней пластинки
- в расхождение по сагитальному шву или коронарному шву

- г перелом основания черепа, но без разрыва твердой мозговой оболочки
- д правильно а) и б)

**Среди линейных переломов костей свода черепа выделяют все перечисленные, кроме**

- а полного перелома
- б неполного перелома
- в вдавленного перелома
- г перелома с переходом на основание черепа
- д перелома без перехода на основание черепа

**Вдавленные переломы костей свода черепа включают все перечисленные переломы, исключая**

- а импрессионный перелом
- б депрессионный перелом
- в черепитчатый перелом
- г компрессионный перелом
- д штыкообразный перелом

**Для оскольчатых переломов костей свода черепа характерно**

- а вдавление в полость черепа с повреждением твердой мозговой оболочки
- б разделение костных фрагментов пересекающимися трещинами
- в радиарное расхождение трещин от центра перелома
- г наложение одного костного фрагмента на другой

**При переломах лицевого черепа на фоне большого отека мягких тканей довольно часто остается не выявленным**

- а кровотечение из решетчатой кости
- б ликворея
- в перелом скуловой кости
- г перелом верхней челюсти
- д повреждение глазного яблока



**По топографии и клинической картине разделяют следующие переломы пирамиды височной кости, за исключением**

- а диагонального
- б продольного
- в косоого
- г перелома основания
- д отрыва верхушки

**Рентгенологическая классификация огнестрельных переломов черепа выделяет все перечисленные, кроме**

- а неполного перелома
- б линейного перелома
- в вдавленного перелома
- г парабазального перелома

**В основу классификации повреждений черепа и головного мозга положены все перечисленные виды и формы повреждений головного мозга, костей свода и основания черепа, исключая**

- а сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга, сдавление головного мозга
- б переломы свода и основания черепа
- в открытые и закрытые повреждения головного мозга и черепа
- г повреждение желудочков головного мозга
- д повреждение твердой мозговой оболочки

**Черепно-лицевая травма выделена в особую форму черепно-мозговой травмы в связи с присущей ей комплексом симптомов и патологических состояний, исключая**

- а травматический шок
- б ликворею
- в перелом верхней челюсти
- г выраженную мозговую гипертензию на фоне субарахноидального кровотечения

д кровотечение

**По виду раневого канала различают все перечисленные огнестрельные повреждения черепа и головного мозга, кроме**

- а слепого ранения
- б сквозного ранения
- в тангенциального ранения
- г проникающего ранения больших полушарий
- д диагонального ранения

**Эпидуральная гематома возникает в основном в результате кровотечения**

- а из поврежденных сосудов коры головного мозга
- б из поврежденных костей свода черепа
- в из вены Галена
- г из ветвей средней оболочечной артерии
- д ветвей передней мозговой артерии

**При внутримозговой гематоме, если отсутствует выраженный ушиб головного мозга, в клинической картине патологического процесса имеют место все перечисленные симптомы, кроме**

- а светлого промежутка
- б контрлатерального пареза или парезии
- в отчетливой анизокории с паралитическим мидриазом
- г нарастающей мозговой гипертензии
- д пирамидной симптоматики на гомолатеральной стороне

**При множественной форме внутричерепной гематомы в одном полушарии наиболее часто сочетаются**

- а эпидуральная гематома с субдуральной
- б эпидуральная гематома с внутримозговой
- в субдуральная гематома с внутримозговой

- г субдуральная гематома с внутрижелудочковой
- д эпидуральная гематома с внутрижелудочковой

**Основные трудности диагностики повреждений черепа и головного мозга происходят вследствие всех перечисленных причин, исключая**

- а тяжелое коматозное состояние пострадавшего
- б отсутствие данных люмбальной пункции
- в состояние алкогольного опьянения
- г отсутствие патогномичных симптомов для большинства тяжелых повреждений головного мозга
- д сочетание повреждений головного мозга с повреждениями внутренних органов и опорно-двигательного аппарата

**Основными признаками перелома костей черепа на рентгенограмме являются все перечисленные, кроме**

- а прозрачности
- б симптома раздвоения
- в прямолинейности
- г уплотнения тени
- д узости просвета

**При эхо-энцефалоскопическом исследовании больного с черепно-мозговой травмой можно подтвердить диагноз следующих видов повреждения головного мозга и их последствий, исключая**

- а сотрясение головного мозга
- б ушиб головного мозга
- в гидроцефалию
- г субарахноидальное кровоизлияние
- д наличие внутричерепной гематомы

**Больному с тяжелой черепно-мозговой травмой произведена каротидная ангиография с выявлением перемещения и деформацией "сифона", значительного увеличения расстояния между средней мозговой и перекалезной артериями. Это позволяет поставить диагноз**

- а эпидуральной гематомы височно-теменной области
- б внутримозговой гематомы лобной доли
- в внутримозговой гематомы височной доли
- г субдуральной гематомы лобно-височной области
- д эпидуральной гематомы височно-теменной области

**Люмбальная пункция дает возможность точно подтвердить диагноз только**

- а сотрясения головного мозга
- б эпидуральной гематомы
- в субдуральной гематомы
- г внутримозговой гематомы
- д субарахноидального кровоизлияния

**Для выявления скрытой ликвореи наиболее ценное значение в практике определения сочетанной травмы имеет**

- а контактная рентгенография основания черепа
- б компьютерная томография
- в исследование с радиоактивным  $^{32}\text{P}$  и  $^{99\text{Tc}}$
- г пневмография
- д введение красящих веществ в спинно-мозговой канал

**Показаниями к наложению поисковых фрезевых отверстий у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой являются все перечисленные, кроме**

- а невозможности инструментальными и рентгенографическими методами определить сторону травматического очага
- б смещения Ме-Эхо при ЭхоЭГ-исследованиями более, чем на 5 мм
- в резкого снижения артериального давления (до АД 80/40 мм рт. ст.) при отсутствии четких указаний на сторону локализации очага
- г выраженного синдрома мозговой гипертензии без очаговой симптоматики

**Лечение больных с черепно-мозговой травмой вне зависимости от вида и характера повреждения головного мозга и черепа в обязательном порядке должно включать**

- а дегидратацию осмотическими диуретиками
- б дегидратацию салуретиками
- в люмбальную пункцию
- г нейротропные препараты

**При оказании первой помощи больным с тяжелой черепно-мозговой травмой, на месте происшествия и во время транспортировки в стационар, врач должен сделать все перечисленные манипуляции, за исключением**

- а восстановить дыхание, проходимость верхних дыхательных путей, сделать интубацию трахеи
- б при необходимости произвести трахеостомию
- в сделать венопункцию и осуществить инфузию кровозаменителей
- г осуществить непрямой массаж сердца

- д сделать новокаиновую блокаду перелома костей конечности

**Транспортировка пострадавших с открытым повреждением области сагитального синуса осуществляется**

- а в лежачем положении на спине
- б в лежачем положении на боку с приподнятой головой
- в в полусидячем положении
- г в положении на животе
- д в положении на спине с приподнятой головой

**В связи с тем, что в комплексе консервативного лечения тяжелой черепно-мозговой травмы большое значение уделяется дегидратации и введению достаточного количества жидкости, наиболее отвечающим этим требованиям является**

- а маннитол
- б мочевины
- в фуросемид
- г раствор А.Лабори
- д раствор 10% глюкозы

**К хирургическим методам лечения больных с черепно-мозговой травмой относятся все перечисленные, кроме**

- а трепанации черепа
- б пневмографии
- в тенториотомии
- г дренирования желудочков
- д фальксотомии

**При декомпрессивной трепанации черепа твердая мозговая оболочка должна быть рассечена**

- а дугообразно

- б подковообразно
- в крестообразно
- г Х-образным разрезом
- д Т-образным разрезом

**Противопоказаниями к осуществлению костнопластической трепанации являются все перечисленные, кроме**

- а крайне тяжелого состояния больного
- б субдуральной гематомы объемом 60 мл
- в выраженного отека головного мозга
- г ушиба-размозжения головного мозга
- д субдуральной гидромы, после удаления которой возникает необходимость дренирования субдурального пространства

**К внутренней декомпрессии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой следует отнести все перечисленные методы, кроме**

- а тенториотомии с одной стороны
- б тенториотомии с двух сторон
- в фальксотомии с перевязкой сагитального синуса
- г декомпрессивной трепанации в теменно-височной области с образованием дефекта костей свода черепа более 7 x 7см
- д дренирования боковых желудочков

**Больному с открытым переломом костей свода черепа и повреждением сагитального синуса при отсутствии признаков сдавления головного мозга и небольшим венозным кровотечением в качестве срочных лечебных мероприятий необходимо осуществить**

- а возмещение кровопотери
- б инфузию кровозаменителей с целью повышения артериального давления

- в удаление внедрившихся в полость черепа отломков
- г наложение на рану головы умеренно давящей повязки
- д введение лекарственных препаратов, повышающих ударный и минутный объем сердца

**У пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой (ушиб головного мозга) наиболее неблагоприятным сочетанием является**

- а перелом II и III ребер с гемопневмотораксом
- б закрытый поперечный перелом диафиза плечевой кости в средней трети со смещением отломков
- в закрытый косой перелом обеих костей голени в верхней трети со смещением отломков
- г перелом костей таза с нарушением переднего полукольца
- д закрытый перелом наружной и внутренней лодыжек голеностопного сустава с разрывом синдесмоза и подвывихом стопы кнаружи

**Лечение больного с ушибом головного мозга средней тяжести и закрытым поперечным переломом диафиза бедренной кости в верхней трети со смещением предусматривает по отношению к перелому бедра**

- а наложение аппарата Илизарова
- б остеосинтез бедренной кости пластиной
- в фиксацию конечности кокситной гипсовой повязкой
- г наложение модуля аппарата Илизарова
- д остеосинтез бедренной кости штифтом



**Остеосинтез бедренной кости больному с ушибом головного мозга средней тяжести наиболее благоприятно произвести после травмы в первые**

- а 3-6 ч
- б 12-24 ч
- в 48-72 ч
- г 4-6 суток
- д 7-10 суток

**Наиболее частые диагностические ошибки при травме черепа возникают при выявлении**

- а острой субдуральной гематомы
- б острой эпидуральной гематомы
- в подострой субдуральной гематомы
- г внутримозговой гематомы
- д подострой эпидуральной гематомы

**Во время люмбальной пункции после удаления 5 мл кровянистого ликвора у больного наступила внезапно остановка дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Это произошло вследствие того, что врач, производивший пункцию, не учел в первую очередь**

- а повышение артериального давления до 200/100 мм рт. ст.
- б  $P_{aCO_2}$  40 мм рт. ст.
- в ЭхоЭГ-исследование - М=68 мм, М=76 мм, трансм.=72 мм
- г перелом верхней челюсти фор. III степени
- д перелом основания черепа в области передней и средней черепной ямки

**Больной перенес ушиб головного мозга средней тяжести, сопровождающийся умеренным субарахноидальным кровоизлиянием. Находился на лечении в течение 3 недель. Спустя 6 месяцев больного беспокоят головные боли. Больной обследован в отделении нейрохирургии и после пневмографии ощутил себя вполне здоровым. У больного, таким образом, выявлено отдаленное последствие черепно-мозговой травмы в виде**

- а менингита
- б гидроцефалии
- в арахноидита
- г гипертензионного синдрома
- д кисты головного мозга

**Среди отдаленных исходов тяжелой черепно-мозговой травмы выделяют все перечисленные психопатологические синдромы, кроме**

- а астенического синдрома
- б синдрома мозжечкового намета и приступов судорожных припадков
- в явлений деменции
- г энцефалопатического синдрома

**Больные, перенесшие тяжелую черепно-мозговую травму и страдающие частыми эпилептическими припадками и выраженным изменением личности, получают**

- а I группу инвалидности
- б II группу инвалидности
- в III группу инвалидности
- г трудоустраиваются (ВТЭК через 1 год), а далее повторно освидетельствуются

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

- а сотрясения спинного мозга
- б ушиба спинного мозга
- в ротационного перекрута спинного мозга
- г сдавления спинного мозга
- д перерыва спинного мозга и кровоизлияния в спинной мозг (гематомиеэлии)

**В диагностике повреждений спинного мозга ведущую роль играют перечисленные методы исследования, кроме**

- а сбора анамнеза
- б исследования двигательных функций конечностей
- в измерения температуры отдельных частей тела
- г исследования нарушений чувствительности конечностей
- д исследования проходимости подпаутинного пространства (спинальная пункция)

**При постановке диагноза повреждения спинного мозга большое значение имеют перечисленные клинические данные, исключая**

- а нарушения движения в конечностях
- б высокое спинно-мозговое давление
- в нарушение кожной чувствительности на конечностях и туловище
- г нарушение работы тазовых органов
- д мышечные, сухожильные и кожные рефлекторные расстройства

**При повреждении спинного мозга на уровне шеи, возникающего в результате вывиха одного из позвонков, обычно не применяются**

- а ламинэктомия

- б корпоротомия с последующим пластическим замещением тела позвонка трансплантатом
- в одномоментное вправление вывиха позвонка
- г пневмомиелорасправление деформации спинного мозга введением кислорода в подпаутинное пространство
- д постепенное вправление вывихнутого позвонка скелетным вытяжением за череп

**Пострадавшему с тяжелым повреждением спинного мозга на уровне 1-2-3 шейных позвонков сегментов следует в экстренном порядке осуществить все перечисленные мероприятия реанимационного характера, кроме**

- а трахеостомии
- б восстановления гемодинамики
- в интубации трахеи и перевода пострадавшего на искусственную вентиляцию легких
- г ламинэктомии с ревизией спинного мозга
- д фиксации шейного отдела позвоночника

**Пострадавшего с тяжелым повреждением спинного мозга в грудном и поясничном отделах позвоночника при наличии только мягких носилок следует транспортировать**

- а на спине
- б на левом боку
- в на правом боку
- г в полусидячем положении с подушкой в области поясницы
- д на животе

**Консервативное лечение повреждений спинного мозга состоит из всех перечисленных мероприятий, исключая**

- а гемостатическую терапию
- б дегидратацию: устранение отека тканей

- в восполнение объема циркулирующей крови
- г устранение сдавления спинного мозга реклинацией или вправлением вывихнутого позвонка
- д восстановление работы легких, почек, тазовых органов, печени

**Противопоказаниями к оперативному вмешательству при повреждении спинного мозга являются все перечисленные, кроме**

- а травматического шока
- б продолжающегося внутреннего кровотечения, повреждения внутренних органов или головного мозга
- в сепсиса, уросепсиса, гнойных осложнений со стороны мочевыводящих путей
- г клинических признаков сдавления спинного мозга
- д повреждения верхних сегментов шейного отдела с бульбарным симптомокомплексом

**При ламинэктомии в связи с повреждением спинного мозга выполняются все перечисленные способы операции, исключая**

- а резекцию остистых отростков и дужек позвоночного столба с обнажением места повреждения спинного мозга
- б удаление сгустков крови, осколков кости
- в вправление вывиха или подвывиха позвонка
- г сшивание разорванных нейронов
- д пластическое восстановление удаленных структур

**При сочетанных повреждениях спинного мозга и печени (ранение печени) хирургическая тактика предусматривает**

- а первоначальное лечение поврежденного спинного мозга

- б первоначальное лечение поврежденной печени
- в одновременное лечение поврежденного спинного мозга и печени
- г выжидание и при улучшении состояния пострадавшего -оперативное вмешательство на том органе, клиника которого превалирует
- д оперативное лечение производиться не будет, лечить следует только консервативно из-за опасности возникновения тяжелого шока

**При установлении показаний к оперативному лечению повреждений спинного мозга во избежание ошибок следует учитывать все перечисленные обстоятельства, кроме**

- а состояния позвонков, позвоночного канала и связочного аппарата позвоночника
- б состояния спинного мозга (сотрясение, сдавление, размозжение)
- в общего состояния пострадавшего (шок, нарушение дыхания, сепсис, повреждение других органов)
- г состояния ликворного пространства (проверка на проходимость)
- д степени парезов и параличей конечностей

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

- а возможно
- б невозможно
- в возможно лишь частично
- г возможно, но через много лет
- д потребует смены специальности

**Повреждения периферических нервов составляют от всех видов травм**

- а до 2%

- б до 4%
- в до 6%
- г до 8%
- д до 10%

**Повреждение периферических нервов возможно всеми перечисленными механизмами, кроме**

- а прямого удара
- б скручивания
- в сдавления
- г тракции
- д огнестрельного повреждения

**При прямом ударе возможны все перечисленные повреждения периферических нервов, кроме**

- а ушиба нерва
- б сотрясения нерва
- в сдавления нерва
- г отрыва нерва на уровне корешков спинного мозга
- д разрыва нерва

**Для диагностики повреждений периферических нервов в ранние сроки большое значение имеют все перечисленные данные, кроме**

- а анамнеза
- б расположения раны
- в нарушения чувствительности
- г сухожильных и периостальных рефлексов
- д двигательных расстройств

**При повреждениях периферического нерва двигательные расстройства проявляются**

- а гипертонусом мышц выше уровня ранения
- б вялым параличом ниже уровня ранения
- в судорожным сокращением мышц ниже уровня ранения

- г усилением сухожильных и периостальных рефлексов ниже уровня ранения
- д перемежающимся гипер- и гипотонусом мышц ниже уровня ранения

**При повреждении периферического нерва возможны все перечисленные нарушения чувствительности, кроме**

- а анестезии
- б гиперстезии
- в апраксии
- г гиперпатии
- д парестезии

**При повреждении плечевого сплетения выделяют все перечисленные формы или типы, за исключением**

- а верхней
- б средней
- в нижней
- г паралича типа Дюшена - Эрба
- д паралича типа Клюбке - Дежерина

**Верхняя форма или верхний паралич плечевого сплетения возникает при повреждении**

- а пучков C3-C4
- б пучков C5-C6
- в пучков C7-C8
- г пучков C8-T

**При параличе плечевого сплетения типа Дюшена – Эрба клиническая картина складывается из всех следующих симптомов, кроме**

- а выпадения функции подкрыльцового нерва
- б выпадения функции кожно-мышечного нерва
- в невозможности активного поднимания и отведения плеча
- г нарушения проводимости локтевого нерва



- д нарушения чувствительности на наружной поверхности плеча и предплечья

**Для паралича плечевого сплетения типа Клюмпке – Дежерина характерны все перечисленные симптомы, кроме**

- а поражения срединного нерва
- б синдрома Горнера
- в поражения локтевого нерва
- г паралича разгибателей предплечья
- д нарушения чувствительности на внутренней поверхности плеча и предплечья

**Средний тип повреждения плечевого сплетения возникает в результате повреждения**

- а С4 корешка
- б С5 корешка
- в С4 и С5 корешка
- г С7 корешка
- д С8 и Т1 корешка

**При поражении подкрыльцового нерва имеет место все перечисленное, исключая**

- а атрофию дельтовидной мышцы
- б атрофию надостной мышцы
- в невозможность поднятия плеча во фронтальной плоскости до 90°
- г нарушения чувствительности кожи наружной поверхности плеча
- д паралич малой круглой мышцы

**Двигательные волокна лучевого нерва иннервируют все перечисленные мышцы, кроме**

- а трехглавой мышцы плеча
- б анконеуса
- в лучевых разгибателей кисти
- г плечевой мышцы
- д локтевого разгибателя кисти

**При поражении лучевого нерва на уровне верхней трети плеча выпадают функции и возникают расстройства чувствительности, исключая**

- а функцию всех разгибателей плеча
- б функцию всех разгибателей кисти
- в нарушение чувствительности дорзальной поверхности предплечья
- г нарушение чувствительности на ладонной поверхности лучезапястного сустава

**При повреждении срединного нерва в средней трети предплечья страдают или полностью выпадают двигательные функции всех перечисленных мышц, кроме**

- а круглого пронатора
- б длинного сгибателя первого пальца
- в глубокого сгибателя пальцев
- г мышцы большого возвышения
- д червеобразных мышц

**Двигательная функция локтевого нерва состоит в выполнении всех перечисленных действий, исключая**

- а ладонное сгибание кисти
- б сгибание IV-V пальцев
- в приведение большого пальца
- г приведение и разведение пальцев
- д сгибание срединных фаланг II и III пальцев

**При поражении локтевого нерва кисть принимает вид**

- а "обезьяньей" кисти
- б "когтеобразной" кисти
- в "свисающей" кисти
- г "акушерской" кисти

**Повреждение всех стволов плечевого сплетения происходит**

- а при нанесении резаной раны

- б при тракции (тракционном механизме)
- в при нанесении колотой раны
- г при сдавлении конечности
- д при огнестрельном ранении

**Клиническая картина поражения  
всего плечевого сплетения  
включает все перечисленные  
симптомы, кроме**

- а вялого паралича руки
- б отсутствия сухожильных рефлексов
- в меняющегося тонуса мышц плеча
- г выпадения суставно-мышечного сустава до лучезапястного сустава включительно
- д симптома Горнера

**При повреждении бедренного  
нерва ниже пупартовой связки  
клиническая картина  
характеризуется всеми  
перечисленными симптомами,  
кроме**

- а атрофии четырехглавой мышцы бедра
- б утраты коленного рефлекса
- в утраты чувствительности на внутренней поверхности бедра
- г нарушения чувствительности на передне-внутренней поверхности голени
- д невозможности сгибания голени

**Поражение запирающего нерва  
сопровождается всеми  
приведенными нарушениями  
двигательного и чувствительного  
характера, кроме**

- а значительного затруднения приведения ноги
- б невозможности положить одну ногу на другую
- в затруднения поворота ноги кнаружи
- г невозможности сгибания бедра и приподнимания туловища в лежачем положении

- д чувствительных расстройств, возникающих на внутренней поверхности бедра

**При поражении седалищного нерва выше ягодичной складки имеют место все перечисленные симптомы, исключая**

- а невозможность сгибания голени
- б нарушения чувствительности на наручно-задней поверхности голени
- в нарушения чувствительности на тыльной и подвздошной поверхности стопы
- г положительный симптом Вассермана
- д утрату рефлекса ахиллова сухожилия

**Клиническая картина поражения большеберцового нерва определяется всеми нижеперечисленными двигательными и чувствительными нарушениями, за исключением**

- а нарушения чувствительности наружной поверхности голени
- б нарушения чувствительности задне-внутренней поверхности голени
- в невозможности поворачивания стопы кнутри
- г невозможности сгибания пальцев стопы
- д атрофии задней группы мышц голени

**При поражении малоберцового нерва наблюдается все перечисленное, кроме**

- а нарушения разгибания пальцев стопы
- б невозможности повернуть стопу кнаружи
- в невозможности стоять и ходить на пятках
- г нарушения суставно-мышечного чувства в пальцах стопы
- д нарушения чувствительности на тыле стопы в промежутке первого и второго пальцев

**Больной 20 лет получил сквозное пулевое ранение мягких тканей левой голени и бедра. Входное отверстие в верхней трети задней поверхности голени; выходное отверстие в верхней трети бугра на передней поверхности, ниже пупартовой связки на 3 см.**

**Выявлено: невозможность активного разгибания голени и сгибания стопы, утрата рефлекса ахиллова сухожилия, анестезия передне-внутренней и задне-внутренней поверхности голени, а также отсутствие чувствительности на внутренней поверхности подошвы с третьего пальца. Указанная клиническая картина связана с повреждением**

- а запирающего и бедренного нервов
- б бедренного и большеберцового нервов
- в седалищного нерва
- г большеберцового и малоберцового нервов
- д бедренного и малоберцового нервов

**При ранении режущим предметом наиболее часто сочетанное повреждение нерва и кровеносного сосуда имеет место в области**

- а плеча
- б предплечья
- в бедра
- г голени
- д голеностопного сустава

**Гиперпатические ощущения и боли, являясь одним из осложнений повреждений периферических нервов, имеют клиническую картину, состоящую из всех перечисленных симптомов, кроме**

- а парестезии и небольших болей в области конечных разветвлений нервов
- б часто возникающих сильных болей сжимающего характера в соседних поврежденному нерву областях
- в болевой синдром снимается или заметно уменьшается при местном применении тепла
- г анестезии и гипестезии ствола пораженного нерва
- д боль при гиперпатии строго сопровождается в зоне топографии нерва (новокаиновая блокада узлов пограничного симпатического ствола снимает боль)

**Наиболее типичными признаками каузалгии являются все перечисленные, кроме**

- а мучительных, жгучих, стреляющих болей
- б постепенно распространяющейся боли на всю пораженную конечность, затем на здоровую и на другие участки тела
- в как правило, вызываемых приступообразных усилениях болей до нестерпимой степени в области пораженной конечности, физическими и эмоциональными раздражениями
- г снимающиеся или значительно уменьшающиеся боли после новокаиновой блокады узлов пограничного ствола симпатического нерва
- д почти постоянно существующего гипертонуса мышц, сопровождающегося кратковременными приступами судорожных сокращений

**Каузалгия развивается, главным образом, после**

- а ранения бедренного нерва
- б частичного повреждения срединного нерва
- в частичного повреждения малоберцового нерва
- г полного пересечения седалищного нерва
- д полного пересечения лучевого нерва

**Возникающий после ампутации фантомный синдром включает все перечисленные симптомы, кроме**

- а мучительных болей в отсутствующих частях конечности
- б болей, возникающих сразу или через несколько дней после ампутации или отрыва конечности
- в частого ощущения в неестественном, причудливом положении ампутированных частей конечности
- г как бы чувственного удлинения и отпадения со временем фантомной конечности
- д неэффективности физиотерапевтического лечения при фантомных болях

**Для трофических изменений кожи, возникающих после повреждения периферических нервов, характерно все перечисленное, кроме**

- а возникновения в сравнительно поздние сроки, через недели и месяцы после ранения
- б локализации трофических язв чаще в области пятки и стопы
- в образования трофических язв в первые дни после ранения при механических и термических воздействиях в местах с нарушением чувствительности
- г трофические язвы не образуются при неполных перерывах нерва
- д при полных перерывах нерва весьма часто отмечается выпадение волос

**Диагноз каузалгии, поставленный на основании клинического наблюдения, окончательно может быть подтвержден устранением болевого симптома новокаиновой блокадой узла пограничного симпатического ствола. При поражении на верхней конечности - это**

- а I грудной узел
- б II грудной узел
- в III грудной узел
- г IV грудной узел

**В случае каузалгии нижней конечности для устранения болевого симптома блокируют один из узлов пограничного симпатического ствола**

- а I поясничный узел
- б II поясничный узел
- в III поясничный узел
- г правильно а) и в)

**Комплексное лечение каузалгии включает все перечисленное, кроме**

- а преганглионарной симпатэктомии
- б новокаиновых блокад узлов пограничного симпатического ствола
- в общеукрепляющего бальнеологического лечения
- г футлярных новокаиновых блокад по А.В.Вишневскому
- д внутрикостных пролонгированных новокаиновых блокад без наложения жгута

**При оперативном лечении повреждения плечевого сплетения следует обнажить сплетение**

- а в боковом треугольнике
- б в подкрыльцовой области
- в с остеотомией и резекцией ключицы



- г по Созону - Ярошевичу
- д супракраникулярным доступом

**Показания к оперативному вмешательству на поврежденном нерве, если нет признаков его анатомического перерыва, при закрытых переломах костей конечностей должны ставиться после так называемого периода оправданного выжидания, который продолжается**

- а 2-3 недели
- б 4-6 недель
- в 2-2.5 месяца
- г 3-4 месяца
- д 6-8 месяцев

**Под термином "невролиз" понимают**

- а выделение нерва из эпинеуральной оболочки
- б выделение нерва из окружающих тканей и рубцов
- в выделение нерва из окружающих тканей и рубцов с иссечением перерожденной части без сшивания нерва
- г правильно а) и в)
- д все ответы правильны

**Различают следующие типы операций на периферическом нерве ствола**

- а первичные
- б отсроченные ранние
- в отсроченные поздние
- г правильно а) и б)
- д все правильно

**Показаниями к внутривольному невролизу на верхней конечности являются**

- а большие рубцы, сдавливающие нервный ствол
- б рубцовое перерождение эпинеурия
- в рубцы внутри нервного ствола
- г боковая неврома
- д нейрогенная деформация кисти

**Наложение первичного шва нерва  
допускается**

- а при достаточно чистой ране или колотой ране, которую можно зашить, закрыть наглухо
- б при стабильности гемодинамических показателей в течение 4 часов у больного, выведенного из состояния травматического шока
- в повреждении нерва острым предметом без очаговых размножений и внутривольных кровоизлияний
- г правильно а) и в)
- д правильны все ответы

**С помощью методов  
электродиагностики можно точно  
установить степень дегенерации  
пострадавших нервов и мышц,  
если после повреждения прошло**

- а 1-2 недели
- б 3-4 недели
- в 5-6 недель
- г 8-10 недель
- д 12-14 недель

**При отсроченных операциях на  
нервах имеет место**

- а большая опасность расхождения швов из-за инфекционных осложнений
- б границы внутривольных изменений и размеры необходимой резекции определяются значительно труднее, чем при первичной обработке
- в труднее сшить нерв конец-в-конец
- г правильно а) и б)
- д все ответы неправильные

**Шов нерва состоит из обязательного выполнения всех перечисленных манипуляций, кроме**

- а выделения нерва, осмотра для окончательного выбора метода вмешательства
- б мобилизации концов нерва
- в резекции поврежденных участков нерва
- г создания муфты по сему периметру шва нерва из мышцы или вены с целью отграничения от возникающих рубцов
- д наложения эпинеуральных швов

**Техника наложения шва нерва состоит из следующих элементов**

- а обязательное поперечное пересечение концов нерва бритвой
- б наложение двух направляющих швов с латеральной и медиальной поверхности нерва
- в сближение концов нерва вплотную, но без загиба пучков
- г правильно а) и б)
- д все перечисленные элементы

**Для сближения концов прерванного нерва при больших диастазах рекомендовано**

- а максимальное сгибание в суставах с целью уменьшения натяжения нерва
- б мобилизация центрального и периферического отрезка нерва на значительном протяжении
- в резекция кости с целью укорочения конечности
- г перекрестное соединение разноименных нервов
- д правильного ответа нет

**Пластика дефектов периферических нервных стволов может осуществляться с использованием**

- а гомопластики (аллопластики)
- б гетеропластики
- в аутопластики
- г правильно а) и б)
- д все ответы правильные

**Свободная аутопластика показана при дефектах нервных стволов, начиная с длины**

- а в 4 см
- б в 6 см
- в в 8 см
- г в 10 см
- д в 15 см

**Длина трансплантата при аутопластике нерва должна быть больше дефекта не менее, чем**

- а на 1/10
- б на 2/10
- в на 4/10
- г на 6/10
- д на 8/10

**После сшивания периферического нерва в послеоперационном ведении больного следует использовать все перечисленные лечебные мероприятия, кроме**

- а гипсовой иммобилизации конечности в течение трех недель
- б наложения через 3 недели после операции съемной гипсовой повязки и механотерапии
- в массажа и тепловых процедур через 3 недели после операции
- г профилактики развития вторичной нейрогенной деформации со 2-го месяца после операции
- д витаминотерапии с первых дней после операции

**При повреждении магистральных артерий в дистальном отделе конечности наблюдается**

- а цианоз кожных покровов
- б бледность кожных покровов
- в холодный липкий пот
- г отек мягких тканей

**Механизм повреждений кровеносных сосудов конечностей представлен всем перечисленным, кроме**

- а ранения
- б тупой травмы
- в огнестрельного ранения
- г повреждения отломками костей при переломах
- д баротравмы

**Ранние (до 6 часов) клинические проявления открытого, изолированного повреждения магистральных артерий конечности с декомпенсацией кровотока в ней выражаются**

- а неадекватными повреждению болями
- б раной в проекции сосудистого пучка с кровотечением (интенсивным, незначительным) или отсутствием его
- в бледностью, похолоданием кожных покровов конечности дистальнее раны
- г расстройством чувствительности
- д мышечной контрактурой

**Наиболее информативным методом исследования артериального русла является**

- а венография
- б осциллография
- в ангиография
- г определение пульсации сосуда
- д аускультация

**Сохранение пульса на периферии  
исключает ранение  
магистральной артерии**

- а всегда
- б не всегда
- в при отсутствии раны в проекции сосудистого пучка
- г при отсутствии кровотечения из раны

**При исследовании  
магистрального кровотока  
инвазивным методом является**

- а ангиография
- б капиллярография
- в осциллография
- г компьютерная томография

**Для остановки кровотечения на  
месте происшествия можно  
использовать**

- а наложение жгута
- б наложение давящей повязки
- в возвышенное положение конечности
- г наложение зажима на кровоточащий сосуд
- д все перечисленное

**Для снижения свертываемости  
крови после сосудистого шва  
назначают в раннем  
послеоперационном периоде**

- а реополиглюкин
- б трентал
- в аспирин
- г спазмолитики
- д фенилин

**Доступ к общей сонной артерии  
осуществляется**

- а спереди от грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- б сзади от грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- в по краю нижней челюсти
- г любым из перечисленных доступов

**В области локтевого сгиба  
осуществляется доступ**

- а к лучевой терапии
- б к локтевой терапии
- в к плечевой терапии
- г ко всем перечисленным сосудам

**По внутренней поверхности  
голена осуществляется доступ**

- а к передней большеберцовой артерии
- б к задней большеберцовой артерии
- в к малоберцовой артерии
- г верно а) и б)

**Циркулярный сосудистый шов  
накладывается**

- а при сшивании артерии конец-в-конец
- б при сшивании артерии конец-в-бок
- в при сшивании вены конец-в-конец
- г при всех перечисленных способах
- д верно а) и в)

**При шве артерии конец-в-бок не  
наблюдается**

- а тромбоза анастомоза
- б несостоятельности шва
- в спазма в зоне анастомоза
- г всего перечисленного

**При размятии магистральной  
артерии возможно закрытие  
дефекта за счет**

- а аутовенозного трансплантата
- б сохраненной боковой ветви проксимального фрагмента
- в силиконовой трубки
- г аллотрансплантата
- д правильно а) и б)

**При дефекте артерии  
производится ее пластика с  
помощью**

- а аутовены
- б аутоартерии
- в венозного аллотрансплантата

- г всего перечисленного
- д только а) и б)

**Для профилактики тромбоза в зоне сосудистого шва назначают**

- а антикоагулянты прямого действия
- б реополиглюкин
- в спазмолитики
- г антикоагулянты непрямого действия
- д все перечисленное

**Контроль за проходимостью сосудистого анастомоза осуществляется**

- а по пульсации дистальнее сосудистого шва
- б по ангиографическим данным
- в по выраженности венозного рисунка
- г правильно а) и б)
- д правильно а) и в)

**Трудоспособность при изолированном повреждении лучевой артерии восстанавливается**

- а через 3 недели
- б после заживления раны
- в через 6 недель
- г трудоспособность не нарушается

**По механизму повреждения различают следующие виды тупой травмы грудной клетки, за исключением**

- а ушиба грудной клетки
- б сдавления грудной клетки в передне-заднем направлении
- в сдавления грудной клетки в поперечном направлении
- г сдавления грудной клетки в косо-поперечном направлении
- д сотрясения грудной клетки

**При повреждении грудной клетки противопоказано**

- а рентгенография грудной клетки



- б зондирование раны грудной клетки
- в измерение центрального венозного давления
- г выявление симптома Бирнера
- д сукуссия грудной клетки

**Основные принципы лечения больных с повреждением грудной клетки включают следующие лечебные действия: 1) лечение острой дыхательной недостаточности, 2) интубация трахеи, 3) восстановление проходимости дыхательных путей, 4) аэрозольная терапия, 5) снятие болевого симптома, 6) вагосимпатическая блокада, 7) лечение острой кровопотери, 8) восстановление объема циркулирующей крови, 9) определение показаний к торакотомии**

- а правильно 2, 3, 4, 6
- б правильно 3, 5, 8, 9
- в правильно 1, 5, 7, 9
- г правильно 2, 4, 5, 8
- д правильно 3, 5, 6, 8

**Сотрясение грудной клетки, являясь закрытой травмой груди, проявляется: 1) клиникой переломов ребер, 2) клиникой перелома грудины, 3) подкожной эмфиземой, 4) пневмотораксом, 5) гемотораксом, 6) гемопневмотораксом, 7) тахикардией, 8) частым слабым пульсом, 9) бледностью кожных покровов, цианозом слизистых, 10) падением артериального давления**

- а правильно 3, 4, 6, 10
- б правильно 2, 3, 5, 7
- в правильно 1, 4, 9, 10
- г правильно 7, 8, 9, 10

д правильно 2, 4, 6, 7

**Клиника ушиба грудной клетки характеризуется следующими симптомами: 1) кровоизлияниями в мягкие ткани грудной клетки, 2) нарушением ритма и амплитуды дыхания, 3) симптомом Пертеса, 4) подкожной эмфиземой, 5) симптомами перелома ребер без смещения, 6) клиникой напряженного пневмоторакса**

- а правильно 1, 3, 4
- б правильно 1, 2
- в правильно 1, 3
- г правильно 2, 3, 4
- д правильно 1, 5, 6

**Для сдавления грудной клетки прежде всего характерны: 1) множественный перелом ребер, 2) кровохарканье, 3) осиплость голоса, 4) кровоизлияние в склеру глазных яблок, 5) гемоторакс, 6) пневмоторакс, 7) клапанный перелом ребер задних отделов грудной клетки, 8) подкожная эмфизема, 9) эмфизема средостения**

- а правильно 1, 2, 4, 6
- б правильно 2, 3, 4
- в правильно 2, 5, 7
- г правильно 2, 3, 8
- д правильно 7, 8, 9

**Перелом грудины сопровождается всеми перечисленными симптомами, исключая**

- а сильные боли в области перелома грудины с иррадиацией в левую лопатку и плечо
- б одышку, удушье
- в бледность кожных покровов и цианоз слизистых

- г ишемию сердца
- д отчетливую деформацию в виде ступеньки в области грудины

**Чаще всего по данным травматологов ломаются ребра**

- а 1-3 ребро
- б 4-5 ребер
- в 6-9 ребер
- г 9-10 ребер
- д 11-12 ребер

**По механизму "сдвига" чаще ломаются ребра**

- а 01.02.15
- б 02.04.15
- в 05.07.15
- г 07.09.15
- д 08.12.15

**Современная классификация переломов ребер включает следующие: 1) простой перелом ребер, 2) разбитая грудная клетка, 3) сложный перелом ребер, 4) нестабильный перелом ребер, 5) окончатый перелом ребер, 6) створчатый перелом ребер, 7) осложненный перелом ребер, 8) перелом ребер, осложненный синдромом верхней полой вены**

- а правильно 1, 2, 4, 8
- б правильно 1, 3, 7
- в правильно 2, 3, 5
- г правильно 2, 4, 6
- д правильно 4, 5, 7

**Клиническая картина простого перелома ребер складывается из следующих симптомов: 1) кашель, 2) кровохарканье, 3) вынужденное положение тела, 4) локальная боль в области перелома ребра, 5) подкожная эмфизема на небольшой площади, в пределах 1-2 ребер, 6) осиплость голоса, 7) подвижность сломанного ребра при пальпации, 8) отсутствие голосового дрожания на стороне перелома ребра**

- а правильно 1, 2, 4, 8
- б правильно 2, 3, 4, 5
- в правильно 1, 3, 4, 7
- г правильно 2, 4, 5, 8
- д правильно 1, 3, 5, 6

**Клиническую картину сложного перелома ребер составляют следующие симптомы: 1) болевой симптом, 2) кровохарканье, 3) подкожная эмфизема, 4) петехиальные кровоизлияния, 5) парадоксальное движение стенки грудной клетки, 6) баллотирование средостения, 7) пневмогемоторакс**

- а правильно 1, 2, 3, 4
- б правильно 1, 2, 3, 5
- в правильно 1, 2, 3, 7
- г правильно 1, 3, 5, 6
- д правильно 1, 2, 4, 6

**Основными симптомами повреждения легкого при переломах ребер являются: 1) кровохарканье, 2) пневмоторакс, 3) гемоторакс, 4) подкожная эмфизема, 5) парадоксальное движение стенки грудной клетки на стороне поврежденного легкого, 6) усиление голосового дрожания на стороне поврежденного легкого, 7) ослабление голосового дрожания на стороне поврежденного легкого**

- а правильно 1, 3, 4, 5
- б правильно 1, 2, 3, 4
- в правильно 1, 2, 4, 5
- г правильно 2, 4, 5, 6
- д правильно 1, 3, 4, 7

**Диагноз осложненного перелома ребер можно поставить на основании следующих признаков: 1) выраженная дыхательная недостаточность, 2) прогрессирующая подкожная эмфизема, 3) пневмоторакс, не устранимый плевральной пункцией, 4) гемоторакс, 5) кровохарканье, 6) перелом не менее 5-6 ребер, 7) увеличивающаяся осиплость голоса, 8) набухание вен шеи**

- а правильно 1, 2, 3, 4
- б правильно 1, 2, 4, 5
- в правильно 2, 5, 6, 7
- г правильно 1, 3, 4, 7
- д правильно 1, 2, 6, 8

**Закрытый пневмоторакс возникает вследствие всего перечисленного, исключая**

- а повреждение ткани легкого сломанным ребром
- б разрыв бронха

- в констрикционный ателектаз
- г разрыв легкого при нарушении плевральных спаек
- д отрыв бронха

**Диагноз закрытого простого пневмоторакса устанавливается на основании: 1) кровохарканья, 2) подкожной эмфиземы, 3) сглаженности межреберных промежутков на стороне повреждения, 4) отсутствия голосового дрожания на стороне повреждения, 5) бронхиального дыхания на стороне повреждения, 6) возможности разрешения пневмоторакса плевральными пункциями, 7) положительного симптома Бирмера, 8) положительной пробой Петрова, 9) резкого снижения везикулярного дыхания на стороне повреждения**

- а правильно 1, 2, 3, 8
- б правильно 1, 3, 4, 6
- в правильно 3, 4, 6, 9
- г правильно 2, 3, 5, 7
- д правильно 2, 5, 7, 8

**Напряженный (клапанный) пневмоторакс устанавливается на основании: 1) нарастающей сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, 2) нарастающей подкожной эмфиземы, 3) симптома "хлопающего паруса", 4) симптома Бирмера, 5) положительного симптома "газового синдрома", 6) триады Бека, 7) пульсового артериального давления**

- а правильно 1, 2, 3, 5
- б правильно 1, 2, 5, 6

- в правильно 2, 3, 6, 7
- г правильно 1, 3, 4, 6
- д правильно 2, 4, 5, 7

**Механизм возникновения эмфиземы средостения обусловлен всем перечисленным, исключая**

- а разрыв основного бронха
- б разрыв трахеи
- в разрыв медиастинальной плевры
- г разрыв париетальной плевры при сдавлении груди
- д разрыв легкого при плевральных спайках

**Клиническая картина эмфиземы средостения складывается из всех следующих симптомов, исключая**

- а набухание яремных вен, синюшность лица
- б прогрессирующую осиплость голоса
- в нарастающую сердечно-сосудистую и дыхательную недостаточность
- г увеличивающийся гемоторакс
- д временами возникающее нарушение сознания

**Для простого гемоторакса характерны: 1) нарастающая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, 2) положительный симптом Бирмена, 3) снижение голосового дрожания на стороне повреждения, 4) укорочение перкуторного звука на стороне повреждения, 5) смещение органов средостения, 6) симптом "хлопающего паруса", 7) кровохарканье, 8) парадоксальное движение стенки грудной клетки, 9) одышка, кашель**

- а правильно 1, 2, 3, 4

- б правильно 2, 3, 4, 9
- в правильно 3, 5, 6, 7
- г правильно 1, 4, 7, 8
- д правильно 2, 5, 6, 9

**Для нарастающего гемоторакса прежде всего характерны: 1) постоянное снижение артериального давления, 2) резко выраженная бледность кожных покровов, 3) скачкообразное повышение ЦВД, 4) выраженная аритмия и четкость сердечного тона, 5) отек и синюшность лица, 6) стремление больного принять сидячее положение, 7) стремление больного лежать на стороне повреждения грудной клетки, 8) снижение или отсутствие проведения голосового дрожания на стороне повреждения грудной клетки, 9) положительная проба Ревилуа - Грегуара, 10) положительный симптом Бирмера, 11) положительная проба Петрова**

- а правильно 1, 2, 3, 4, 6, 10
- б правильно 3, 4, 5, 7, 8, 11
- в правильно 1, 2, 6, 8, 9, 10
- г правильно 2, 4, 6, 9, 10, 11
- д правильно 1, 2, 4, 7, 9, 10



**Диагностика свернувшегося гемоторакса основывается на: 1) массивном затемнении поврежденной половины груди, выявленном рентгенологически в сочетании с отрицательными результатами пункции плевральной полости из нескольких точек, 2) выделении из плевральной полости через дренажные трубки жидкости соломенно-желтого цвета в количестве 150-200 мл в сутки, 3) ухудшении общего состояния больного с 3-4 суток после торакотомии, 4) симптоме "кровяных червячков", 5) появлении кровохарканья на фоне нарастающей сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности с повышением артериального давления и центрального венозного давления, 6) положительной пробе Петрова**

- а правильно 1, 3, 5
- б правильно 1, 4, 5
- в правильно 2, 3, 6
- г правильно 1, 3, 4
- д правильно 2, 4, 6

**Инфицированный гемоторакс устанавливается на основании всего перечисленного, кроме**

- а положительной пробы Петрова
- б положительной пробы Эфендиева
- в положительного симптома Герке
- г ухудшения состояния больного с появлением симптомов интоксикации

### **Клиническая картина**

**хилоторакса складывается из: 1) повышения температуры тела до 38°C, 2) прогрессирующей дыхательной недостаточности, 3) кровохарканья, 4) клиники гемоторакса, 5) плевральной жидкости, полученной при пункции: при отсасывании образует бело-розовый густой верхний и жидкий нижний слой, 6) плевральной прозрачной соломенно-желтой жидкости, полученной в первые сутки после травмы грудной клетки, 7) положительной пробы Петрова**

- а правильно 1, 2, 3
- б правильно 4, 5
- в правильно 2, 3, 5
- г правильно 5, 6, 7
- д правильно 5, 7

**Хилоторакс следует дифференцировать со всеми перечисленными патологическими состояниями, кроме**

- а гемоторакса
- б гидроторакса
- в гнойного плеврита
- г экссудативного посттравматического плеврита
- д эмпиемы плевры

**Клиника закрытого гемопневмоторакса складывается из следующих симптомов: 1) повышение артериального давления, 2) снижение голосового дрожания на стороне гемопневмоторакса, 3) тахикардия и учащение пульса, 4) подкожная эмфизема, 5) ослабление или отсутствие дыхания на стороне повреждения, 6) при рентгенологическом исследовании, в вертикальном положении больного, определяется кривой уровень жидкости, 7) смещение средостения, 8) боли в груди, усиливающиеся при дыхании**

- а правильно 1, 2, 3, 6
- б правильно 2, 3, 5, 7
- в правильно 1, 2, 3, 6
- г правильно 2, 4, 5, 8
- д правильно 3, 4, 5, 6

**Для возникновения травматического шока у пострадавших с тяжелой травмой грудной клетки ведущее значение имеет все перечисленное, исключая**

- а массивный гемоторакс
- б клапанный или напряженный пневмоторакс
- в тампонаду сердца
- г контузионный пневмонит
- д  $P_{aCO_2} = 60$  мм вод. ст.

Для ранней диагностики внутреннего кровотечения при закрытой травме грудной клетки ведущее значение имеют: 1) падение артериального давления, 2) тахикардия, 3) редкий напряженный пульс на сонных артериях, 4) учащенное дыхание, 5) нарастающее чувство жажды, 6) "френикус" симптом на стороне повреждения, 7) симптом "Pendelluft" на фоне парадоксального дыхания, 8) уровень  $PaO_2$ , 9) осмолярность плазмы крови

- а правильно 1, 2, 5, 6, 9
- б правильно 1, 2, 4, 5, 8
- в правильно 1, 2, 3, 6, 7
- г правильно 1, 2, 5, 7, 9
- д правильно 1, 2, 6, 7, 8

Смещение средостения влево при скоплении воздуха и крови в правой плевральной полости опаснее смещения средостения вправо при скоплении воздуха в левой плевральной полости в связи со всем перечисленным, исключая

- а сильное давление на правый желудочек
- б давление на полые вены
- в давление на аурикулярный отдел сердца
- г давление на венозный отдел сердца
- д поворот сердца в более горизонтальное положение

Наиболее часто при травме грудной клетки средостение сдавливается

- а сломанным ребром
- б сломанной грудиной
- в гемотораксом

- г при эмфиземе средостения (воздухом средостения)
- д пневмотораксом

**При быстром кровоизлиянии в полость перикарда возникает остановка сердца, если объем излившейся крови достигает**

- а 100 мл
- б 150 мл
- в 200 мл
- г 250 мл
- д 300 мл

**Острая тампонада сердца проявляется: 1) резким снижением артериального давления, 2) значительным повышением центрального венозного давления, 3) резким усилением сердечных тонов, 4) расширением тени сердца на рентгенограмме в виде трапеции или шара, 5) резкого снижения центрального венозного давления**

- а правильно 1, 2, 4
- б правильно 2, 3, 4
- в правильно 3, 4, 5
- г правильно 1, 3, 4
- д правильно 2, 4, 5

**Сдавление легкого при большом гемопневмотораксе в первую очередь ведет к возникновению**

- а пневмонии
- б ателектаза
- в "влажного легкого"
- г инфаркта легкого
- д кровохарканья

**В течении ушибов сердца различают: 1) острый период, 2-3 суток, 2) период ранних осложнений с 7 суток, 3) период репаративной регенерации продолжительностью 12-14 суток, 4) период посттравматического кардиосклероза с 14 суток, 5) период поздних осложнений с 21 суток**

- а правильно 1, 2, 3
- б правильно 1, 2, 4
- в правильно 1, 3, 4
- г правильно 2, 3, 5
- д правильно 3, 4, 5

**Диагноз ушиба сердца основывается на всех перечисленных данных, исключая**

- а данные ЭКГ
- б PO<sub>2</sub> и PCO<sub>2</sub> венозной крови
- в ферменты плазмы крови (АСТ, ЛЛГ, ЛДТ)
- г изменение границ сердца
- д неустойчивую гемодинамику и отсутствие отчетливой гемодинамики на инфузионную и медикаментозную терапию

**Ушиб легкого клинически проявляется: 1) в первые минуты после травмы, 2) в первые часы после травмы, 3) через 2 недели после травмы, 4) болями в груди, 5) локализацией очагов ушиба на задней поверхности нижних долей, 6) локализацией очагов ушиба в области основных бронхов, 7) локализацией очагов ушиба в глубоких отделах средних долей, 8) высокой температурой тела 39-40°C, 9) симптомом Герке**

- а правильно 1, 2, 4, 5

- б правильно 2, 4, 6, 9
- в правильно 3, 4, 7, 8
- г правильно 1, 4, 5, 9
- д правильно 3, 4, 6, 9

**При травмах грудной клетки выделяют следующие формы ателектаза легкого: 1) компрессионный, 2) обтурационный, 3) обтурационно-резорбционный, 4) констрикционный, 5) инфарктный**

- а правильно все перечисленное
- б правильно 1, 2, 3
- в правильно 1, 2, 4
- г правильно 2, 3, 4
- д правильно 3, 4, 5

**К достоверным признакам разрыва диафрагмы относятся: 1) выслушивание типичных кишечных шумов в плевральной полости, 2) положительный симптом диафрагмального нерва, 3) возникающая при форсировании дыхания длительная икота, 4) определение при рентгенологическом исследовании петель кишечника и желудка в грудной полости, 5) значительное ослабление везикулярного дыхания на стороне повреждения, 6) отсутствие голосового дрожания на стороне повреждения**

- а правильно 1, 6
- б правильно 2, 4
- в правильно 1, 4
- г правильно 3, 5
- д правильно 2, 3

**Повреждение внутренних органов  
груди при закрытой травме  
встречается в следующей  
нарастающей частоте: 1)  
повреждение легкого, 2)  
повреждение трахеи, 3)  
повреждение сердца, 4)  
повреждение пищевода, 5)  
повреждение диафрагмы**

- а правильно 1, 2, 5, 4, 3
- б правильно 1, 3, 5, 2, 4
- в правильно 2, 4, 3, 1, 5
- г правильно 3, 1, 5, 2, 4
- д правильно 1, 3, 4, 5, 2

**При простых переломах ребер  
обезболивание достигается путем:  
1) паравертебральной  
новокаиновой блокады, 2)  
новокаиновой блокады области  
перелома ребер, 3)  
вагосимпатической новокаиновой  
блокады по А.В.Вишневскому, 4)  
введения промедола, 5) введения  
морфина**

- а правильно 1, 2
- б правильно 2, 3
- в правильно 3, 4
- г правильно 1, 3
- д правильно 2, 5



**При сложных переломах ребер целесообразно осуществлять обезболивание по Е.А.Вагнеру: 1) новокаиновую блокаду перелома ребер, 2) вагосимпатическую новокаиновую блокаду по А.В.Вишневскому, 3) перидуральную блокаду на уровне Т1-Т4 позвонка, 4) внутрикостную блокаду введением новокаина в грудину, 5) паравертебральную новокаиновую блокаду**

- а правильно 1, 2, 3
- б правильно 2, 3, 4
- в правильно 1, 2, 5
- г правильно 2, 3, 5
- д правильно 3, 5, 4

**При сложных переломах ребер, при "разбитой" грудной клетке, следует использовать следующие виды обезболивания: 1) новокаиновую блокаду перелома ребер, 2) вагосимпатическую новокаиновую блокаду по А.В.Вишневскому, 3) перидуральную анестезию, 4) паравертебральную новокаиновую блокаду, 5) загрудинную новокаиновую блокаду**

- а правильно 1, 2
- б правильно 2, 3
- в правильно 3, 4
- г правильно 2, 6
- д правильно 4, 6

**При выполнении плевральных пункций используют все перечисленные точки прокола, кроме**

- а второго межреберья по средне-ключичной линии
- б четвертого межреберья по средней-подмышечной линии
- в шестого межреберья по задней подмышечной линии
- г восьмого межреберья по лопаточной линии
- д пункции по верхнему краю ребра

**Для дренирования плевральной полости при пневмотораксе следует выбрать следующее место прокола и диаметр дренажной трубки: 1) второе межреберье по средне-ключичной линии, 2) четвертое межреберье по задней подмышечной линии, 3) шестое межреберье по задней подмышечной линии, 4) дренажную трубку диаметром 3 мм, 5) дренажную трубку диаметром 15 мм, 6) дренажную трубку диаметром 1 мм, 7) восьмое межреберье по лопаточной линии**

- а правильно 1, 2, 3
- б правильно 2, 3, 4
- в правильно 1, 2, 4
- г правильно 2, 3, 5
- д правильно 1, 2, 5

**Дренирование плевральной полости при гемотораксе следует осуществлять через**

- а 3-е межреберье по средне-ключичной линии
- б 5-е межреберье по передней подмышечной линии
- в 6-е межреберье по средней подмышечной линии
- г 7-е межреберье по передней подмышечной линии
- д 8-е межреберье по лопаточной линии

**Дренирование плевральной полости при гемопневмотораксе следует производить через ... межреберье трубкой ... диаметром:**  
1) 2-е межреберье по среднеключичной линии, 2) 4-е межреберье по средней подмышечной линии, 3) 8-е межреберье по лопаточной линии, 4) дренажная трубка диаметром 12 мм, 5) дренажная трубка диаметром 5 мм

- а правильно 1, 2, 6
- б правильно 2, 5
- в правильно 3, 4
- г правильно 1, 5
- д правильно 2, 4

**Для стабилизации скелета грудной клетки и устранения флотации грудной стенки, а также парадоксального дыхания при "разбитой" грудной клетке и "окончатых" переломах ребер можно применить все перечисленные методы, исключая**

- а скелетное вытяжение за реберную створку
- б скелетное вытяжение за грудину
- в остеосинтез сломанных ребер
- г фиксацию реберного клапана шиной Витюгова
- д фиксацию реберного клапана по Бечику

**Показаниями к торакотомии при тяжелых травмах груди являются все перечисленные, исключая**

- а гемостатические показания
- б аэростатические показания
- в гипоксимические показания
- г дополнительные показания

**При закрытой травме грудной клетки показаниями к торакотомии будут все перечисленные, кроме**

- а продолжающегося кровотечения в плевральную полость
- б неустраняемого обтурационного ателектаза легкого
- в постоянного, несмотря на дренирование, поступления воздуха в плевральную полость
- г свернувшегося гемоторакса
- д гидроторакса с уровнем до 3-го ребра

**При выполнении неотложной "типичной" торакотомии оптимальными являются: 1) положение больного на спине с приподнятой поврежденной стороной, 2) положение больного на здоровом боку, 3) эндотрахеальный наркоз, 4) перидуральная анестезия с дачей закиси азота, 5) переднебоковой разрез по 4-му или 5-му межреберью, 6) переднебоковой разрез по 6-му или 7-му межреберью, 7) разрез следует вести по нижнему краю ребра, 8) выступающий край широчайшей мышцы спины отслаивают и оттягивают кнаружи**

- а правильно 2, 3, 6, 7
- б правильно 2, 3, 5, 8
- в правильно 1, 3, 5, 8
- г правильно 1, 3, 6, 7
- д правильно 2, 4, 5, 8

**Для открытых повреждений грудной клетки, нанесенных режущими и колющими предметами, характерно все перечисленное, исключая**

- а небольшие размеры раны
- б ровные края раны

в расположение раны чаще на левой стороне  
г раневой канал представляет собой  
треугольник, вершина которого - кожная рана

д кровотечение из раны чаще артериального  
характера

**При проникающих ранениях  
груди по убывающей частоте  
наблюдаются следующие  
повреждения органов: 1) легкого,  
2) сердца, 3) трахеи, 4) пищевода,  
5) диафрагмы**

- а правильно 2, 1, 4, 3, 5
- б правильно 1, 2, 5, 4, 3
- в правильно 3, 2, 1, 5, 4
- г правильно 1, 2, 4, 5, 3
- д правильно 1, 3, 5, 2, 4

**Превращение открытого  
пневмоторакса в закрытый при  
проникающих ранениях грудной  
клетки возможно от всех  
перечисленных причин, кроме**

- а перемещения мышц раневого канала
- б закрытия отверстия раневого канала сгустком  
крови
- в отека мягких тканей области раны
- г закрытия раневого канала ребром

**При среднем гемотораксе при  
проникающих ранениях грудной  
клетки излившаяся в  
плевральную полость кровь  
составляет**

- а от 150 до 300 мл
- б от 350 до 450 мл
- в от 500 до 1000 мл
- г от 1100 до 1300 мл
- д от 1400 до 1600 мл

**Наиболее тяжелой по течению и  
сложной в диагностике формой  
флегмоны грудной клетки при  
ранениях груди является**

- а флегмона надключичной области
- б флегмона области лопатки
- в субпекторальная флегмона
- г флегмона подкрыльцовой области
- д флегмона области тела грудины и мечевидного отростка

**Остеомиелит ребер и грудины, как осложнение открытых повреждений грудной клетки, включает все перечисленное, исключая**

- а выраженную периостальную реакцию
- б вовлечение в воспалительный процесс париетальной плевры
- в развитие медиастенита
- г возникновения перикардита
- д возникновение свищевых ходов с отверстиями на коже нередко в стороне от места поражения грудины или ребра

**Благоприятными условиями для возникновения эмпиемы плевры у больных с проникающими ранениями груди являются все перечисленные, исключая**

- а выраженную посттравматическую анемию с невосполненной вовремя кровопотерей
- б неполноценную первичную хирургическую обработку раны грудной клетки
- в попытки устранить свернувшийся гемоторакс плевральными пункциями
- г нахождение дренажной трубки в плевральной полости в течение 6-8 дней
- д плевральные пункции до 4-5 раз

**"Газовый синдром", имеющий место в диагностике открытых повреждений груди, включает: 1) подкожную эмфизему, 2) эмфизему средостения, 3) клапанный пневмоторакс, 4) "Pendelluft" - перекачивающийся газ, 5) обтурационный ателектаз**

- а правильно 1, 2, 5
- б правильно 1, 2, 3
- в правильно 2, 3, 4
- г правильно 1, 4, 5
- д правильно 2, 3, 5

**При наличии у пострадавшего наружного открытого пневмоторакса лечебная тактика включает следующие лечебные действия: 1) введение больному морфина, 2) вагосимпатическая блокада по А.В.Вишневскому, 3) первичная хирургическая обработка раны грудной клетки, 4) наложение окклюзионной повязки на рану грудной клетки до первичной хирургической обработки, 5) дренирование плевральной полости в межреберье расположения раны грудной клетки**

- а правильно 1, 2, 5
- б правильно 2, 3, 4
- в правильно 2, 3, 5
- г правильно 1, 2, 3
- д правильно 2, 4, 5

**Классификация огнестрельных проникающих ранений грудной клетки включает следующие виды повреждений**

- а сквозные ранения
- б рикошетирующие ранения
- в слепые ранения
- г касательные ранения
- д правильно все, кроме Б

**Различают следующие виды проникающих ранений грудной клетки: 1) ушиб легкого, 2) ранение с повреждением костей грудной клетки, 3) ранения без повреждения костей грудной клетки, 4) ранения, связанные с повреждением внутренних органов, 5) ранения без повреждения внутренних органов, 6) ранения с повреждением диафрагмы**

- а правильно все перечисленное
- б правильно все перечисленное, кроме 5 и 6
- в правильно все перечисленное, кроме 3 и 4
- г правильно все перечисленное, кроме 1 и 2

**Тяжелейшее осложнение огнестрельного ранения груди - отек легких имеет четкую клиническую картину, представленную следующими симптомами, исключая**

- а отек легкого возникает через 20-24 часа после ранения
- б отек легкого возникает через 26-30 часов после ранения
- в отеку легкого предшествует гипоксия со снижением парциального давления кислорода до 8.23-8.67 кПа
- г кашель с розовой пенистой мокротой с увеличением влажных хрипов
- д отек легкого возникает относительно внезапно, после некоторого улучшения

**Предрасполагающими условиями для возникновения эмпиемы плевры при огнестрельных проникающих ранениях грудной клетки являются все перечисленные, кроме**

- а внутриплевральных инородных тел
- б свернувшегося гемоторакса
- в хилоторакса



- г остеомиелита ребер и лопатки
- д ателектаза легкого

**Острый медиастинит после огнестрельных ранений грудной клетки характеризуется следующими клиническими признаками, кроме**

- а острого начала на 10-12 сутки после огнестрельного ранения
- б повышения температуры тела до 39-40°C
- в беспокойного состояния больного
- г воспалительный процесс обычно захватывает переднее или заднее средостение в зависимости от хода раневого канала
- д раневого симптома Герке

**Профилактика пневмонии, как осложнения огнестрельных ранений груди, включает все перечисленное, кроме**

- а устранения сдавления легкого кровью и воздухом
- б устранения обтурации бронхиального дерева
- в вибрационного массажа грудной клетки
- г высокочастотного аппаратного дыхания в пределах не более 60-80 дыханий в минуту
- д внутритрахеального введения смесей антибиотиков

**При огнестрельных ранениях грудной клетки обследование осуществляется с использованием следующих видов анестезии, кроме**

- а введения морфина или литической смеси
- б вагосимпатической блокады по А.В.Вишневскому
- в паравerteбральной новокаиновой блокады
- г межреберной новокаиновой блокады
- д перидуральной анестезии

**Клинический опыт показывает эффективность трансфузионной терапии при лечении огнестрельных ранений груди со средним гемотораксом при введении плазмозаменяющих растворов в дозе**

- а 300-500 мл в течение суток
- б 600-800 мл в течение суток
- в 1000-1500 мл в течение суток
- г 1800-2400 мл в течение суток
- д 2600-3200 мл в течение суток

**При плевральной пункции возможны все перечисленные осложнения, кроме**

- а коллапса
- б ранения легкого
- в ранения селезенки
- г ранения бронха с образованием напряженного пневмоторакса
- д ранения сосудисто-нервного пучка межреберья

**При нарастающей эмфиземе средостения производят в срочном порядке так называемое разгрузочное оперативное вмешательство, состоящее из**

- а пункции по способу Марфана
- б пункции по способу Куршмана
- в рассечения кожи и фасции над яремной вырезкой и введения за грудину трубки в клетчатку средостения
- г введения двух дренажных трубок в 1-е межреберье по парастернальным линиям с обеих сторон
- д введения дренажной трубки в клетчатку средостения через трепанационное отверстие тела грудины, сделанное троакаром

**Пункция перикарда может быть удачно осуществлена: 1) по Пирогову - Делорму, 2) по Войно-Сяноженцкому, 3) по Ларрею, 4) в промежутке между реберной дугой и мочевидным отростком слева, 5) в промежутке 3-го межреберья слева по парастеральной линии снизу и кнутри**

- а правильно 1, 2, 3
- б правильно 1, 2, 4
- в правильно 1, 2, 5
- г правильно 2, 3, 4
- д правильно 2, 3, 5

**При огнестрельных ранениях груди типичная боковая торакотомия включает точное выполнение следующих элементов оперативного пособия и манипуляций: 1) больной укладывается на здоровый бок с отведенной кверху и несколько кпереди рукой больной стороны, 2) разрез производят в 8-м межреберье от края грудины до лопаточной линии, 3) разрез производят в 6-м межреберье от края грудины до лопаточной линии, 4) разрез производят в 7-м межреберье от среднелесточной линии до лопаточной, 5) операцию торакотомии заканчивают постановкой двух дренажей во втором и седьмом межреберье, 6) первичная хирургическая обработка входного и выходного раневых отверстий груди производится после торакотомии, 7) первичная хирургическая обработка раневых отверстий**

- а правильно 1, 3, 4, 5
- б правильно 1, 2, 5, 7
- в правильно 1, 3, 5, 6

- г правильно 1, 4, 5, 7
- д правильно 2, 4, 5, 6

**Боковая торакотомия дает возможность детально осмотреть**

- а передние отделы легкого
- б передние отделы сердца
- в задние отделы легкого
- г диафрагму
- д все перечисленное

**Из представленных сочетанных повреждений грудной клетки более тяжелыми будут: 1) повреждение грудной клетки в сочетании с ушибом головного мозга, 2) повреждение грудной клетки в сочетании с переломом переднего полукольца таза, 3) повреждение грудной клетки в сочетании с закрытым переломом костей голени, 4) повреждение грудной клетки в сочетании с компрессионным переломом L4 позвонка, 5) повреждение грудной клетки в сочетании с переломом костей предплечья, 6) повреждение грудной клетки в сочетании с сотрясением головного мозга, 7) повреждение грудной клетки в сочетании с закрытым переломом диафиза бедра**

- а правильно 1, 2, 4
- б правильно 1, 7
- в правильно 1, 3, 6, 7
- г правильно 1, 2, 3
- д правильно 1, 4, 5

**Сложность дифференциальной диагностики тяжелых сочетанных повреждений грудной клетки состоит прежде всего в выявлении: 1) источника кровотечения, 2) повреждения органов брюшной полости, 3) повреждения таза, 4) повреждения позвоночника, 5) повреждения нижних конечностей, 6) причин нарушения сознания, 7) причин анемии, 8) причин дыхательной недостаточности**

- а правильно 1, 2, 6, 7, 8
- б правильно 1, 2, 3, 5, 8
- в правильно 2, 3, 4, 6, 7
- г правильно 3, 4, 5, 7, 8
- д правильно 1, 2, 4, 6, 7

**При обследовании больного с множественным переломом ребер, гемопневмотораксом и термическим ожогом грудной клетки II-III степени возникают определенные трудности в осуществлении: 1) рентгенологического исследования, 2) физикальных методов исследования, 3) плевральной пункции, 4) пункции перикарда, 5) проведения новокаиновой блокады области перелома ребер и паравертебральной блокады, 6) инструментального исследования (ЭКГ, Эхо-локация и др.)**

- а правильно 1, 3, 4
- б правильно 3, 4, 5
- в правильно 2, 3, 4, 5
- г правильно 2, 6
- д правильно 3, 4, 5, 6

**При лечении больных с множественными переломами ребер в сочетании с термическими ожогами грудной клетки и верхних дыхательных путей противопоказаны**

- а вагосимпатическая новокаиновая блокада по А.В.Вишневскому
- б обезболивание закистью азота с эфиром через маску
- в трахеостомия
- г паравертебральная новокаиновая блокада
- д плевральная пункция

**Реабилитация больных с повреждением грудной клетки предусматривает осуществление:**  
1) постоянной дыхательной гимнастики, 2) выявление ателектазов легких, 3) оперативное устранение спаек и шварт плевральной полости, 4) лечебного пневмоторакса, 5) восстановление формы грудной клетки, т.е. устранение деформации грудной клетки, 6) систематических новокаиновых блокад (вагосимпатические и паравертебральные)

- а правильно 1, 5
- б правильно 1, 2, 6
- в правильно 2, 3, 6
- г правильно 2, 4
- д правильно 1, 3, 6

**Причиной летального исхода при тупой травме живота с повреждением полового органа является чаще всего**

- а массивное кровотечение
- б перитонит
- в непроходимость
- г кишечный свищ
- д эвентрация внутренних органов

**Согласно классификации выделяют все перечисленные повреждения живота, кроме**

- а открытых повреждений, не проникающих в полость живота
- б открытых проникающих повреждений живота
- в закрытых непроникающих повреждений живота
- г закрытых проникающих повреждений живота
- д повреждений забрюшинного пространства

**К симптомам, характерным для ушиба брюшной стенки, относятся**

- а локальная болезненность, кровоподтек, ограниченная припухлость
- б локальная болезненность, обширная гематома, дефект мышечной ткани
- в кровоподтек, болезненность без точной локализации, вздутие живота
- г болезненность без точной локализации, вздутие живота, дефект мышц в области стенки живота
- д кровоподтек, локальная болезненность, явление пареза кишечника

**К непроникающим ранениям живота относятся все перечисленные, кроме**

- а ранений в пределах кожи и подкожной клетчатки
- б ранений в пределах брюшины
- в ранений в пределах кожи, подкожной клетчатки, мышечных слоев ткани
- г в пределах кожи
- д верно а) и в)

**К симптомам, характерным для непроникающего ранения живота, относятся**

- а наличие раны брюшной стенки, локальная болезненность, симптомы раздражения брюшины
- б наличие раны, разлитая болезненность в животе, вздутие живота
- в наличие раны, локальная болезненность, отсутствие симптомов раздражения брюшины
- г наличие раны, кровотечение, вздутие живота, иррадиация боли в область правого плеча
- д наличие раны, кровотечение, иррадиация боли в область левого плеча

**Целесообразно исключить повреждение диафрагмы при наличии резаной раны**

- а на уровне нижних шести ребер
- б на уровне нижних трех ребер
- в передней брюшной стенки
- г на уровне эпигастрия
- д верно все перечисленное

**Показанием к реинфузии крови из брюшной полости является внутреннее кровотечение вследствие**

- а повреждения селезенки, печени, кровеносных сосудов
- б повреждения селезенки, печени, сосудов, почки
- в повреждения селезенки, печени, диафрагмы
- г повреждения селезенки, печени, желудка
- д повреждения селезенки, печени, мочевого пузыря

**Диагностика поддиафрагмальных абсцессов основана на всех следующих признаках, исключая**

- а боли в области подреберья справа, иррадиирующие в лопатку, надплечье, эпигастральную область
- б высокое стояние диафрагмы, наличие свободной жидкости под диафрагмой



- в наличие симптома "защиты" - положения туловища на спине с приведенными к животу ногами
- г наличие экссудативного плеврита на стороне абсцесса
- д симптомы общей интоксикации, повышение температуры, сдвиг лейкоцитарной формулы, повышение СОЭ

**Среди травм различных отделов позвоночника повреждения шейного отдела занимают**

- а первое место
- б второе место
- в третье место
- г четвертое место
- д пятое место

**Диагноз перелома зуба второго шейного позвонка устанавливается на основе спондилограммы**

- а в передне-задней проекции
- б в боковой (профильной) проекции
- в в аксимальной или полуаксимальной проекции
- г в передне-задней через открытый рот
- д правильно б) и г)

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

- а скелетного вытяжения за кости черепа
- б вытяжения за голову посредством петли Глиссона
- в применения стандартного головодержателя
- г использования шины Еланского для фиксации головы и шеи
- д применения торакокраниальной гипсовой повязки или воротника Шанца

**При лечении переломов шейных позвонков, осложненных повреждением спинного мозга, применяется**

- а ламинэктомия
- б корпоротомия с ревизией дурального мешка
- в рассечение передней продольной и вийной связки
- г резекция суставных отростков позвонков
- д правильно а) и б)

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

- а 1 месяц
- б 2 месяца
- в 3 месяца
- г 4 месяца
- д 5-6 месяцев

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

- а 6-й позвонок
- б 5-й позвонок
- в 4-й позвонок
- г 7-й позвонок
- д 6-й и 5-й позвонки

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

- а 1-2 месяца
- б 3 месяца
- в 4-5 месяцев
- г 6-8 месяцев

д 10 и более месяцев

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

- а одномоментной реклинации с наложением гипсового корсета
- б наложения гипсового корсета без реклинации
- в постепенной реклинации на щите Каплана - Антонова
- г вытяжения на наклонной плоскости с созданием мышечного корсета
- д скелетного вытяжения за таз и конечности

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

- а скелетное вытяжение за кости черепа
- б вытяжение за голову петлей Глиссона
- в ляпчатое вытяжение за подмышечные впадины
- г скелетное вытяжение за кости таза
- д скелетное вытяжение за нижние конечности

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

- а перелома, сопровождающегося повреждением спинного мозга
- б перелома, сопровождающегося повреждением корешков спинного мозга
- в тяжелого многооскольчатого перелома тела позвонка, межпозвоночного диска с нарушением оси позвоночника
- г взрывного перелома тела позвонка с повреждением двух дисков
- д компрессионного перелома тела со снижением высоты менее, чем на 1/4

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

- а массажа
- б лечебной гимнастики
- в механотерапии
- г физиотерапии
- д электростимуляции мышц

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

- а 1 месяц
- б 2 месяца
- в 3 месяца
- г 4 месяца
- д 5-6 месяцев

**При травме позвоночника травма поясничного отдела занимает**

- а первое место
- б второе место
- в третье место
- г четвертое место
- д пятое место

**Среди переломов поясничного отдела позвоночника различают все перечисленные, кроме**

- а осложненного перелома
- б неосложненного перелома
- в компрессионного перелома
- г торсионного перелома
- д перелома заднего отдела позвонка

**Из анатомических структур поясничных позвонков чаще всего ломается**

- а поперечный отросток
- б остистый отросток
- в верхний суставной отросток

- г нижний суставной отросток
- д дужка позвонка

**Из перечисленных ниже  
поясничных и крестцового  
позвонков чаще всего  
травмируются**

- а 1-й поясничный и 2-й поясничный позвонки
- б 3-й поясничный позвонок
- в 4-й поясничный позвонок
- г 5-й поясничный позвонок
- д 1-й крестцовый позвонок

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

- а наложения гипсового корсета
- б метода создания "мышечного корсета" по Гориневской - Древинг
- в постепенной реклинации на валиках или специальном щите
- г одномоментной реклинации с фиксацией гипсовым корсетом
- д фиксации места перелома "поясом штангиста"

**Лечение пострадавшего с  
переломом поясничного позвонка  
вытяжением осуществляется за  
счет**

- а поднятия ножного конца кровати и фиксации стоп
- б поднятия головного конца кровати и фиксации пострадавшего петлями за подмышечные впадины
- в фиксации петлей Глиссона за головку и грузом в 6 кг
- г фиксации таза специальным лифчиком и тягами по оси
- д наложения на грудную клетку специального жилета и тягой к голове

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

- а стяжки за дужки при помощи фиксатора Ткаченко
- б стяжки за остистые отростки при помощи фиксатора Цивьяна - Рамиха
- в стяжки за остистые отростки лавсановой лентой
- г замены сломанного позвонка ксенопротезом
- д стяжки за остистые отростки проволокой (по Новаку)

**При свежих переломах  
поясничных позвонков не  
применяются**

- а электростимуляция поясничных мышц
- б массаж
- в лечебная гимнастика
- г физиолечение
- д механотерапия

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

- а 2-3 месяца
- б 3-4 месяца
- в 4-5 месяцев
- г 5-6 месяцев
- д 6-8 месяцев

**Переломы костей таза  
встречаются при всех  
перечисленных механизмах,  
кроме**

- а сдавливания костей таза
- б разведения костей таза
- в прямого удара по тазу
- г скручивания костей таза

д отрывного механизма

**К отрывным переломам костей таза относятся**

- а перелом лонной кости
- б перелом седалищной кости
- в перелом вертлужной впадины
- г перелом нижнего гребешка безымянной кости
  
- д перелом крестца

**К переломам, сопровождающимся разрывом тазового кольца, относятся**

- а перелом крыла подвздошной кости
- б перелом лонной кости
- в перелом губы вертлужной впадины
- г перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
- д перелом лонной и седалищной костей с разных сторон

**Не сопровождается разрывом тазового кольца**

- а перелом дна вертлужной впадины
- б разрыв крестцово-подвздошного сочленения с одной стороны
- в разрыв лонного сочленения и перелом подвздошной кости
- г перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
- д разрыв лонного сочленения и вертикальный перелом крестца

**Не относится к травме вертлужной впадины**

- а перелом дна вертлужной впадины
- б перелом верхней губы вертлужной впадины
- в перелом основания лонной кости
- г центральный подвывих бедра
- д центральный вывих головки бедра

**К комбинированным переломам относятся**

- а открытый перелом переднего отдела таза

- б перелом вертлужной впадины и термический ожог промежности и ягодиц
- в перелом лонной и седалищной костей с разрывом мочевого пузыря
- г перелом лонной кости с разрывом уретры
- д перелом подвздошной кости и разрыв тонкого кишечника

**Не является признаком переломов костей таза**

- а симптом "прилипающей пятки"
- б симптом Волковича - наложение "лягушки"
- в симптом Тренделенбурга - опускание нижней ягодичной складки
- г симптом Ларрея - боли при разведении крыльев таза
- д симптом Вернейля - боли при сдавлении крыльев таза

**В лечении пострадавших с тяжелыми переломами костей таза не применяются**

- а лечение и профилактика травматического шока
- б восполнение потерянной при травме крови
- в раннее вставание и активизация пострадавшего - "функциональное лечение"
- г репозиция смещенных отломков таза
- д профилактика и лечение возникающих осложнений

**Чаще всего при переломах костей таза повреждаются**

- а простата у мужчин и яичники у женщин
- б уретра, простатическая ее часть
- в дистальная часть мочеиспускательного канала
  
- г мочевой пузырь
- д влагалище у женщин и половой член у мужчин

**Из перечисленных ниже симптомов, указывающих на повреждение тазовых органов, не являются основными**



- а задержка самостоятельного мочеиспускания
- б кровь у периферического отверстия мочеиспускательного канала
- в наличие крови в моче
- г симптом дефицита при заполнении жидкостью мочевого пузыря и ее удалении
- д наличие добавочной тени при контрастном исследовании мочевого пузыря и уретры

**Из перечисленных методов хирургического лечения повреждений мочевого пузыря и уретры не применяются**

- а высокое сечение мочевого пузыря
- б хирургическое ушивание ран мочевого пузыря и уретры
- в дренирование околопузырного пространства и парауретральной области
- г соединение разорванных концов уретры на постоянном катетере
- д первичный шов уретры

**Наиболее легким осложнением ранения мягких тканей области таза является**

- а недостаточность мышц (их сократительность)
- б повреждение крупных сосудов и связанные с этим осложнения
- в повреждение крупных нервных стволов
- г развитие гнойной инфекции
- д развитие анаэробной инфекции

**При первичной хирургической обработке огнестрельных ранений таза не следует делать**

- а иссечение и рассечение поврежденных мягких тканей
- б остановку кровотечения, удаление сгустков крови и инородных тел
- в пластическое восстановление поврежденного органа (мочевого пузыря, прямой кишки, матки, влагалища и т.п.)
- г остеосинтез сломанных костей таза

д тщательное дренирование ран

**При огнестрельных ранениях  
костей таза реже всего  
встречаются**

- а продолжающееся артериальное и венозное кровотечение
- б гнойные затеки в мягкие ткани
- в остеомиелитический процесс в костях таза
- г образование несросшихся переломов костей таза
- д анаэробная инфекция

**Подкожные повреждения мышц  
чаще всего возникают**

- а при действии прямой травмы
- б в результате микротравмы
- в из-за резкого некоординированного сокращения мышц
- г вследствие патологического состояния мышц и сухожилий
- д все перечисленное правильно

**Растяжение мышц обычно  
сопровождается**

- а кровоизлиянием
- б выраженным отеком
- в лимфаденитом
- г лимфангоитом
- д значительным нарушением функции

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

- а степени выраженности болевого симптома
- б снижения функции конечности
- в обширности отека
- г величины гематомы и кровоподтека
- д повышенного тонуса мышц

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

- а иммобилизации
- б обезболивания
- в пункции области повреждения мышцы с удалением гематомы
- г массажа конечности выше разрыва мышц
- д массажа конечности ниже разрыва мышц

**Для полного разрыва мышцы характерно все перечисленное, кроме**

- а отчетливого ощущения момента разрыва
- б резкой боли
- в снижения функции конечности
- г выраженного гипотонуса конечности
- д западения в области разрыва мышцы

**Клиническая картина воспаления мышцы складывается из всего перечисленного, кроме**

- а снижения функции конечности
- б боли
- в лимфаденита и лимфангоита
- г отека сегмента конечности
- д защитной контрактуры конечности

**Ожоговый шок по виду относится**

- а к бактериальному
- б к гиповолемическому
- в к анафилактическому
- г к травматическому

**Из перечисленных показателей наиболее информативны при ожоговом шоке: 1) АД (артериальное давление) 2) ЦВД (центральное венозное давление) 3) объем циркулирующей крови (ОЦК) 4) Р (пульс) 5) лейкоцитоз**

- а верно 1, 2, 3
- б верно 2, 4
- в верно 2, 3
- г верно 1, 3, 5

д верно 2, 4, 5

**Нормальные величины объема циркулирующей крови соответственно у мужчин и у женщин составляют**

- а 50 мл/кг и 45 мл/кг
- б 60 мл/кг и 50 мл/кг
- в 75 мл/кг и 65 мл/кг
- г 90 мл/кг и 80 мл/кг

**Минимальный градиент в температуре кожи и центральной температуре, указывающий на нарушения микроциркуляции, составляет**

- а  $0.5^{\circ}$
- б  $1.0^{\circ}$
- в  $1.5^{\circ}$
- г более  $2^{\circ}$

**В первые 8 часов ожогового шока больному нужно перелить из рассчитанного на первые сутки объема жидкости**

- а 1/3 часть
- б 1/2 часть
- в 2/3 части
- г 1/4 часть

**Во вторые сутки ожогового шока больному следует перелить из рассчитанного на первые сутки объема жидкости**

- а 1/3 часть
- б 2/3 части
- в 1/4 часть
- г 1/2 часть

**Критерием перехода больного из ожогового шока в стадию острой ожоговой токсемии является**

- а нормализация диуреза
- б повышение температуры

- в нагноение в ранах
- г тахикардия

**Ведущими симптомами острой ожоговой токсемии являются: 1) нагноение ран, 2) бактериемия, 3) гипо- и диспротеинемия, 4) анемия, 5) выраженная интоксикация**

- а верно 1, 2, 3
- б верно 2, 3, 5
- в верно 2, 3, 4
- г верно 3, 4, 5
- д верно 1, 4, 5

**Уровень общего белка плазмы в стадии острой ожоговой токсемии**

- а умерено снижен
- б умеренно повышен
- в близок к норме
- г снижен значительно

**Наибольшее число пневмоний при ожоговой болезни приходится на период**

- а шока
- б острой ожоговой токсемии
- в ожоговой септикотоксемии
- г реконвалесценции

**Изменениями на ЭКГ, указывающими на токсическое поражение миокарда при ожоговой болезни, являются**

- а синусовая тахикардия
- б снижение вольтажа ЭКГ
- в изменение зубцов ЭКГ
- г нарушение проводимости
- д все перечисленное

**Мази на водорастворимой основе при лечении ожоговых ран используются следующие: 1) борная мазь, 2) левосин, 3) пропоцеум, 4) манефид, 5) диоксидиновая мазь, 6) йодопирон**

- а верно 1, 2, 3, 4
- б верно 2, 3, 4, 5
- в верно 1, 3, 5, 6
- г верно 2, 4, 5, 6
- д верно 1, 2, 5, 6

**Гормональные препараты содержатся в следующих аэрозолях: 1) легразоль, 2) оксикорт, 3) олазол, 4) пантенол, 5) оксициклозол**

- а верно 1, 3, 4
- б верно 2, 5
- в верно 2, 4, 5
- г верно 3, 4
- д верно 1, 4, 5

**Основными симптомами ожогов вольтовой дугой являются все перечисленные, кроме**

- а меток тока
- б характерной локализации
- в металлизации кожи
- г поражения органа зрения

**Для активной иммунопрофилактики синегнойной инфекции применяются**

- а  $\gamma$ -глобулин
- б вакцины
- в пиоиммуноген
- г гипериммунная антисинегнойная плазма
- д правильно б) и в)

**Для пассивной иммунотерапии синегнойной инфекции используются**

- а γ-глобулин
- б вакцины
- в проиммуноген
- г гипериммунная антисинегнойная плазма
- д правильно а) и г)

**Для активной иммунопрофилактики стафилококковой инфекции применяются**

- а γ-глобулин
- б вакцина
- в стафилококковый анатоксин
- г антистафилококковый γ-глобулин
- д правильно б) и в)

**Для проведения аутодерматопластики пневмония является**

- а абсолютным противопоказанием
- б относительным противопоказанием
- в не является противопоказанием

**Противошоковую терапию больным пожилого возраста следует начинать с инфузии растворов: 1) глюкозы, 2) лактасола, 3) новокаина, 4) полиглюкина, 5) Рингера**

- а верно 1, 2, 3
- б верно 2, 3, 5
- в верно 2, 3, 4
- г верно 1, 3, 5
- д верно 3, 4, 5

**Противопоказанием к зондовой гипералиментации является все перечисленное, исключая**

- а нарушение всасывания в кишечнике
- б острое кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- в длительно непрекращающуюся диарею

- г многократную рвоту
- д повышенное артериальное давление

**К роторному типу дерматомов относится**

- а ДПЭ-100
- б ДПЭ-60
- в клеевой дерматом "Красногвардеец"
- г электродерматом Киевского производства

**Неотложные декомпрессивные некротомии производятся**

- а при ожогах лица
- б при ожогах в области кисти
- в при циркулярных ожогах туловища
- г при циркулярных ожогах конечностей
- д правильно в) и г)

**Зондовое питание может быть применено во все периоды ожоговой болезни, кроме**

- а ожогового шока
- б острой ожоговой токсемии
- в ожоговой септикотоксемии
- г реконвалесценции

**Целенаправленная антибиотикотерапия показана**

- а больным с поверхностными ожогами
- б больным с ограниченными глубокими ожогами с профилактической целью
- в обожженными при развитии осложнений (сепсиса, пневмонии)
- г обожженными в периоде трансплантации кожи
- д правильно в) и г)



**Основные принципы антибиотикотерапии в комплексном лечении обожженных включают: 1) назначение антибиотиков с учетом чувствительности микрофлоры ожоговых ран и т.д., 2) пересмотр оказаний к продолжению антибиотикотерапии через каждые 5 дней лечения, 3) своевременную отмену антибиотиков при клиническом улучшении состояния обожженных, 4) продолжительность курса лечения одним антибиотиком не должна превышать 15-20 дней**

- а верно 1, 2, 4
- б верно 1, 3, 4
- в верно 2, 3, 4
- г верно 1, 2, 3

**При лечении ожогового сепсиса следует соблюдать все перечисленные принципы антибиотикотерапии, исключая**

- а внутривенное введение антибиотиков
- б длительность лечения должна быть не менее 4-6 недель
- в антибиотикотерапия должна проводиться под контролем посевов крови и раневого отделяемого
- г применение комбинации антибиотиков
- д первоначальное применение больших доз пенициллина

**Использование аминогликозидов для лечения тяжелообожженных обусловлено всем перечисленным, исключая**

- а широкий спектр антимикробного действия
- б бактериологический механизм действия

- в возможность подавления роста целого ряда грамотрицательных возбудителей
- г малую токсичность

**Оптимальные сроки применения химических некролитиков у больных с обширными ожогами составляют**

- а 3-4 суток после ожога
- б 5-6 суток после ожога
- в 7-12 суток после ожога
- г не ранее 15 суток после ожога

**Для получения эффекта при глубоких ожогах III степени требуется применение 40% салициловой мази слоем толщиной**

- а в 1-2 мм
- б в 3-4 мм
- в в 5-6 мм
- г не имеет значения

**Больным средневозрастной группы допустимо одновременно накладывать 40% салициловую мазь, если площадь поверхности, занятая струпом**

- а не более 3%
- б не более 5%
- в не более 10-15%
- г не более 20%

**Для проведения ранней хирургической некрэктомии необходимы все перечисленные условия, кроме**

- а адекватного анестезиологического обеспечения
- б восполнения кровопотери (кровь, кровозаменители, белки)
- в энтерального и парэнтерального питания

- г строгого соблюдения асептики и антисептики
- д артериальное давление стабильно не ниже 120/70 мм рт. ст.

**Сроки для проведения ранней некрэктомии наиболее оптимальные: 1) сразу после ожога, 2) 2-3 день после ожога, 3) 5-7 день после ожога, 4) не ранее 9 дня после ожога**

- а верно 1, 2
- б верно 2, 3
- в верно 2, 4
- г верно 1, 4

**При ранней эксцизии некротических тканей целесообразно применение следующего вида кожных трансплантатов**

- а сетчатого трансплантата с перфорацией 1:2
- б полнослойного кожного лоскута
- в сплошного расщепленного трансплантата
- г трансплантата аллокожи

**Тяжелая ожоговая травма в периоде шока приводит**

- а к подавлению секреторной функции желудка
- б к подавлению кислотно-продуцирующей функции желудка
- в к подавлению моторно-эвакуаторной функции желудка
- г к повышению секреторной и кислотно-продуцирующей функции желудка
- д верно в) и г)

**При ожоговом шоке наиболее грозным в плане неблагоприятного прогноза со стороны желудочно-кишечного тракта являются**

- а гастростаз и парез кишечника
- б нарушение кислотообразования

- в гастроэнтерит
- г эрозивный гастроэнтерит
- д правильно а) и г)

**Специфическую профилактику эрозивно-язвенных изменений желудочно-кишечного тракта при ожоговом шоке следует осуществлять**

- а при наличии язвенного анамнеза
- б при тяжелом ожоговом шоке
- в при легком ожоговом шоке
- г при развитии у обожженных клинической картины острой осложненной язвы
- д правильно б) и в)

**Многократная рвота наблюдается у ожоговых больных, находящихся в состоянии**

- а легкого ожогового шока
- б тяжелого ожогового шока
- в крайне тяжелого ожогового шока
- г рвоты не наблюдается
- д правильно б) и в)

**Возникновение острых язв желудка и 12-перстной кишки при ожоговом шоке определяется всем перечисленным, кроме**

- а действия ожоговых токсинов
- б гиперсекреции соляной кислоты
- в нарушения кровообращения желудка и 12-перстной кишки
- г нарушения гормональной активности надпочечников

**Специфическая профилактика острых язв желудочно-кишечного тракта в период тяжелого ожогового шока предполагает все перечисленное, кроме**

- а введения антацидов (per os или через зонд)

- б введения постоянного назогастрального зонда
- в применения анацидных препаратов
- г раннего зондового питания
- д введения в желудок раствора 4% соды по 50 мл через день

**Эрозивно-язвенные изменения стенки пищевода у тяжелообожженных в периоде ожогового шока наступают в результате всего перечисленного, исключая**

- а расстройство микроциркуляции в указанной области
- б рефлюкс-эзофагит
- в повышенную кислотность желудочного сока
- г введение зонда для декомпрессии желудка

**Причинами нарушения функции печени при ожоговом шоке является все перечисленное, кроме**

- а циркуляторной и тканевой гипоксии
- б нарушения кровообращения
- в интоксикации
- г гемолиза

**Нарушение функции печени у тяжелообожженных в периоде ожоговой токсемии показывают следующие данные лабораторных исследований**

- а повышение активности трансаминаз
- б билирубинемия
- в диспротеинемия
- г гипопротромбинемия
- д правильно б) и в)

**Причинами раннего гепатита у обожженных могут быть все перечисленные, кроме**

- а дистрофических изменений печени

- б продолжающегося гемолиза
- в глубоких обширных ожогов
- г неадекватности противошоковой терапии

**Клиника желудочно-кишечного кровотечения у обожженных определяется всем перечисленным, кроме**

- а интенсивности кровопотери
- б локализации кровотечения
- в состояния больного перед кровотечением
- г источника (морфологический субстрат) кровотечения
- д состояния функции поджелудочной железы

**При декомпенсированной кровопотере вследствие профузного желудочного кровотечения у тяжелообожженных восполнение объема крови должно быть**

- а не менее 1/3 переливаемого объема жидкости
- б не менее 1/2 переливаемого объема жидкости
- в не менее 2/3 переливаемого объема жидкости
- г не более 1/3 переливаемого объема жидкости

**Ожог лица обычно не сопровождается**

- а поражением глаз
- б ожогом дыхательных путей
- в развитием острых психозов
- г поражением слуха

**Абсолютными показаниями к ампутации конечности или сегментов ее являются**

- а полная гибель конечности в результате травмы
- б сдавление циркулярным струпом

- в острый гнойный артрит крупных суставов
- г гангрена конечности
- д правильно а) и г)

**Из перечисленных препаратов коллаген входит в состав: 1) альгипора, 2) ТИК (тканевой имитатор кожи), 3) комбутека, 4) софра-тюль, 5) пластодерма**

- а верно 1, 2, 3
- б верно 2, 3, 5
- в верно 3, 4
- г верно 1, 2, 4
- д верно 2, 3, 4, 5

**Применение только закрытого (повязочного) метода лечения обожженных показано во всех перечисленных случаях, кроме**

- а лечения в амбулаторных условиях
- б обширных ожогов
- в транспортировки больных
- г массовых поражений

**Из перечисленных препаратов для местного лечения не действует на синегнойную палочку**

- а борная кислота
- б мазь Вишневского
- в мафенид
- г йодопирон
- д сульфадивазин серебра

**Этиологическим фактором для врожденной кривошеи является**

- а родовая травма
- б дисплазия
- в порок первичной закладки
- г неправильное родовспоможение

**При левосторонней мышечной кривошее**

- а подбородок отклонен влево
- б подбородок отклонен вправо

в подбородок расположен по средней линии туловища

**При правосторонней мышечной кривошее**

- а подбородок отклонен влево
- б подбородок отклонен вправо
- в подбородок расположен по средней линии туловища

**Рентгенологически при мышечной форме кривошее**

- а изменений нет
- б добавочный полупозвонок
- в синостоз тел позвонков
- г незаращение дужек позвонков

**Консервативное лечение мышечной формы кривошеи в первые недели и месяцы жизни ребенка включает**

- а фиксированное положение головы
- б ношение воротника Шанца
- в рассасывающий массаж больной стороны

**Физиотерапевтическое лечение врожденной мышечной кривошеи предусматривает**

- а УВЧ-терапию
- б ионизацию с хлористым кальцием
- в ионизацию с йодистым калием
- г ионофорез с гидрокортизоном
- д все перечисленное

**Медикаментозное лечение врожденной мышечной кривошеи включает применение**

- а мумие
- б инъекции лидазы
- в инъекции гидрокортизона
- г не существует



**Оптимальный возраст для хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи**

- а 6 месяцев
- б 1 год
- в 2 года
- г 3 года
- д 5 лет

**Послеоперационная иммобилизация при врожденной мышечной кривошее**

- а не применяется
- б гипсовый ошейник
- в воротник Шанца
- г ошейник из половика

**Иммобилизация после хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи составляет**

- а 2 недели
- б 1 месяц
- в 2 месяца
- г 3 месяца

**Этиологическим фактором врожденного вывиха бедра (дисплазии) является**

- а воспалительный процесс
- б травматический фактор
- в дисплазия
- г неправильное членорасположение плода в утробе матери
- д нарушение обменных процессов

**Наиболее часто врожденный вывих бедра (дисплазия) бывает**

- а у лиц женского пола
- б у лиц мужского пола
- в одинаково часто без особой разницы

**Наиболее часто встречается**

- а левосторонний вывих

- б правосторонний вывих
- в двусторонний вывих

**По степени дисплазии головки бедра по отношению к суставной впадине возможны все перечисленные формы, кроме**

- а предвывиха
- б подвывиха
- в вывиха
- г дисплазии

**Ведущим симптомом дисплазии тазобедренного сустава в первые месяцы жизни ребенка является**

- а укорочение конечности
- б асимметрия кожных складок
- в симптом "щелчка"
- г ограничение отведения бедер
- д наружная ротация конечности

**Наиболее точно дисплазию тазобедренного сустава выявляет рентгенологическая схема, разработанная**

- а С.А.Рейнбергом
- б Радулеску
- в Хильгенрейнером
- г Омбреданом

**Лечение дисплазии тазобедренного сустава начинается**

- а с рождения
- б в возрасте 1 месяца
- в в возрасте 1-2 месяцев
- г в возрасте 3 месяцев и старше

**По клиническому течению гематогенный остеомиелит может быть**

- а острым
- б хроническим
- в первично-хроническим

- г постинфекционным
- д все вышеперечисленные формы

**Гематогенный остеомиелит чаще встречается**

- а у детей
- б у подростков
- в у взрослых
- г одинаково часто во всех возрастных группах

**Гематогенный остеомиелит чаще встречается**

- а у мальчиков
- б у девочек
- в с одинаковой частотой

**Начало острого гематогенного остеомиелита характеризуется**

- а резкими болями и болевой контрактурой
- б реактивным артритом
- в высокой температурой
- г повышенной СОЭ
- д всем вышеперечисленным

**Рентгенологическими признаками гематогенного остеомиелита являются**

- а местное утолщение мягких тканей
- б периостальное костеобразование и экзофитные наросты
- в слоистые напластования периоста (луковичный периостит)
- г остеопороз
- д все перечисленное

**Принципами лечения гематогенного остеомиелита является воздействие**

- а на очаг воспаления
- б на возбудителя болезни
- в на иммунитет организма
- г на создание покоя
- д все перечисленное

**Оперативное лечение гематогенного остеомиелита заключается**

- а во внутрикостном промывании
- б в некроеквестрэктомии и костной пластике
- в в резекции сустава
- г все перечисленное по показаниям

**Кортикальный абсцесс характеризуется наличием**

- а коркового секвестра
- б центрального секвестра
- в проникающего секвестра
- г трубчатого секвестра
- д циркулярного секвестра

**Для субпериостального абсцесса характерны**

- а местная температура и распирающие боли
- б утолщение периоста
- в игольчатый периостит (спикул в виде частокола)
- г наличие треугольника Кадмана (симптома козырька)
- д все вышеперечисленное

**Хронический посттравматический остеомиелит диагностируется на основании наличия**

- а гнойного свища
- б костного секвестра
- в рецидивирующего течения
- г травмы в анамнезе
- д всего вышеперечисленного

**Хронический посттравматический остеомиелит следует дифференцировать**

- а с посттравматическим периоститом
- б с абсцессом Броди и склерозирующим остеомиелитом Гарре
- в с эхинококком кости
- г с остеогенной саркомой

д со всеми вышеперечисленными

**Остеомиелит Гарре (хронический склерозирующий остеомиелит Гарре) диагностируется на основании**

- а веретенообразного утолщения длинной трубчатой кости (чаще большеберцовой) со склерозированием кортикального слоя
- б гектической температуры и ночных болей
- в вялого течения
- г облитерации костно-мозгового канала на отдельных участках
- д всех перечисленных признаков

**Консервативное лечение хронического посттравматического остеомиелита состоит**

- а в антимикробной терапии
- б в иммунотерапии
- в в пирогенной терапии
- г в гормонотерапии
- д во всем вышеперечисленном

**Оперативное лечение хронического посттравматического остеомиелита предусматривает**

- а перфорацию кости
- б секвестрэктомию
- в металлостеосинтез
- г костную пластику
- д сегментарную резекцию кости

**Хронический посттравматический остеомиелит может привести**

- а к амилоидозу паренхиматозных органов
- б к рецидиву хронического остеомиелита
- в к сепсису и флегмонам
- г к озлокачествлению процесса
- д ко всему вышеперечисленному

**Хронический огнестрельный  
остеомиелит характеризуется  
наличием**

- а огнестрельного ранения в анамнезе
- б функционирующего гнойного свища
- в костного секвестра
- г рецидивирующего течения
- д всего перечисленного

**Рентгенологический хронический  
огнестрельный остеомиелит  
характеризуется**

- а остеосклерозом на фоне остеопороза
- б нарастанием толщины и плотности кости
- в кортико-трубчатыми секвестральными  
коробками, окруженными грануляционной  
тканью
- г остеопорозом живой кости на фоне  
остеосклероза
- д всем вышеперечисленным

**К невропатическим артритам  
относятся**

- а коревые артриты
- б табетические артриты
- в синингомиелические поражения суставов
- г дистрофические изменения при рассеянном  
склерозе
- д все вышеперечисленное

**Табетические артропатии  
характеризуются**

- а внезапным началом с обильным выпотом и  
субфебрильной температурой
- б разболтанностью сустава
- в параартикулярным обызвествлением
- г расстройством чувствительности
- д всем вышеперечисленным

**Для синингмиелитической  
артропатии характерны**

- а мышечные атрофии верхней конечности
- б аналгезии
- в деструкция суставных концов костей
- г "когтистость" пальцев кисти

д все вышеперечисленное

**При рассеянном склероза  
наблюдается**

- а триада Шарко (нистагм, интенционные дрожания, сканированная речь)
- б утомляемость ног к концу дня в начале болезни
- в вестибулярные нарушения (головокружение, тошнота)
- г нарушение чувствительности (парестезии и боли)
- д все вышеперечисленное

**При гемофилическом поражении  
суставов наблюдается**

- а понижение свертываемости крови
- б поражение детей
- в кровоизлияние в суставе
- г хронические артриты
- д все вышеперечисленное

**Болезнь Кашина - Бека  
характеризуется**

- а обезображивающими полихондроостеоартрозами
- б эндемичностью и неясной этиологичностью
- в симметричностью и прогрессируанием
- г деформацией и тугоподвижностью суставов
- д всем вышеперечисленным

**Третья стадия урловской болезни  
(деформирующего эндемического  
остеоартроза или болезни Кашина  
- Бека) устанавливается на  
основании**

- а коротколапости (медвежья лапа) и утиной походки
- б ограничения движения в коленных суставах и голеностопных суставах, а также тугоподвижности в суставах пальцев и лордоза поясничного отдела позвоночника

- в недостаточности функции паращитовидных желез
- г наличия уретрита
- д всего вышеперечисленного

**При абсцессе Броди (ограниченном гематогенном остеомиелите) имеется**

- а солитарный абсцесс кости с утолщением надкостницы, склерозированием окружающей ее участком кости и секвестром в центре
- б поражение эпифизов большеберцовой, лучевой и других костей
- в многолетнее течение
- г ночные боли и повышенная температура
- д все перечисленное

**Основными осложнениями при лечении закрытых и открытых переломов являются**

- а неправильное сращение
- б несращение
- в ложные суставы
- г травматические остеомиелиты
- д все вышеупомянутые

**Причинами псевдоартрозов при консервативном лечении переломов являются**

- а недостаточная и часто меняющаяся фиксация
- б неполная репозиция фрагментов
- в интерпозиция или диастаз между обломками
- г неполноценное питание
- д все вышеперечисленное

**Причинами псевдоартроза при оперативном лечении переломов являются**

- а неадекватный выбор метода остеосинтеза
- б нарушение техники остеосинтеза
- в расширение показаний к операциям
- г инфекционные осложнения



д все вышеперечисленное

**Псевдоартрозу предшествуют**

- а свежий перелом
- б замедленное костеобразование
- в несросшийся перелом
- г чрезмерное костеобразование
- д первичное сращение костной раны

**Рентгенологический диагноз ложного сустава устанавливается на основании**

- а остеопороза отломков
- б закрытия костно-мозгового канала
- в формирования суставных поверхностей
- г гипертрофии костной мозоли
- д всего вышеперечисленного

**Для лечения ложных суставов костей применяются**

- а костная пластика
- б внутрикостный остеосинтез
- в компрессионно-дистрационный остеосинтез
- г бальнеотерапия
- д эндопротезирование

**Приобретенные костные дефекты могут образоваться вследствие**

- а огнестрельных ранений
- б открытых переломов
- в оперативного лечения закрытых переломов
- г лучевой терапии
- д всего вышеперечисленного

**При лечении больных с костными дефектами применяются**

- а костная пластика
- б кожно-костная аутопластика на сосудистой ножке
- в операция Гана
- г операция Илизарова
- д все перечисленное

**"Болтающиеся суставы"**  
характеризуются

- а ложным суставом с потерей костного вещества
- б истончением и изменением концов костных фрагментов
- в афункциональностью конечности
- г всем перечисленным

**Патологический вывих бедра**  
возникает в результате

- а костно-суставного туберкулеза и остеомиелита
- б опухолевого процесса
- в лучевого поражения
- г неврогенных артропатий
- д всего перечисленного

**Диагноз патологического вывиха**  
бедра осуществляется на  
основании

- а болевого синдрома в области сустава
- б нарушения опороспособности конечности
- в положительного синдрома Тренделенбурга
- г анамнестических данных
- д совокупности всех перечисленных признаков

**Рентгенологическими признаками**  
патологического вывиха бедра  
являются

- а структурные изменения в костях головки бедра и вертлужной впадины
- б изменение топографического соотношения костей в тазобедренном суставе
- в наличие отягощенного анамнеза заболеванием
- г сочетание структурных изменений и топографических взаимоотношений костей в тазобедренном суставе
- д все вышеперечисленное

**Характер лечения  
патологического вывиха бедра  
связан**

- а с заболеванием, приведшим к патологическому вывиху бедра
- б с локализацией и характером костных изменений
- в с возрастом больного и состоянием больного, а также давностью заболевания
- г с возможностью врачей, лечебного учреждения и желанием больного
- д со всем вышеперечисленным

**Консервативное лечение  
патологического вывиха бедра  
включает в себя**

- а покой и иммобилизацию
- б антибиотикотерапию и химиотерапию
- в так называемое "функциональное" лечение, включая лечебную гимнастику, массаж и бальнеологию
- г протезирование
- д все вышеперечисленное

**При оперативном лечении  
патологического вывиха бедра  
применяются следующие виды  
вмешательства**

- а остеосинтез
- б эндопротезирование
- в артродезирование сустава
- г резекция сустава

**Диспластический процесс имеет в  
основе**

- а нарушение сосудистой трофики
- б нарушение нервной трофики
- в неправильное незавершенное формирование органа или системы
- г все правильно

**Фиброзная остеодисплазия  
относится**

- а к хондродисплазиям
- б к остеодисплазиям

- в к гиперостозу
- г к костному эозинофилезу

**При фиброзной остеодисплазии в костях определяется эмбриональная ткань**

- а хрящевая
- б фиброзно-хрящевая
- в фиброзная
- г воспалительная

**При фиброзной остеодисплазии чаще поражаются**

- а плоские кости
- б позвоночник
- в длинные трубчатые кости
- г мелкие кости кистей и стоп

**Патологическая ткань при фиброзной остеодисплазии чаще локализуется**

- а в эпифизе
- б в зоне роста
- в в метафизе
- г в диафизе

**Патологический очаг в костях при фиброзной остеодисплазии распространяется, как правило**

- а в ширину
- б по ходу костно-мозгового канала
- в проходит через зону роста

**Периостальная реакция при фиброзной остеодисплазии**

- а имеет место
- б отсутствует
- в в виде луковичного периостита
- г в виде наличия спикул

**Возможны все перечисленные формы фиброзной остеодисплазии, кроме**

- а моноメリческой
- б полиоссальной

- в олигооссальной
- г монооссальной
- д акроформы

**При фиброзной остеодисплазии  
возможно наличие  
сопутствующих синдромов**

- а Фюрмайера
- б Маффучи
- в Олбрайта
- г ни одного из перечисленных

**Первые признаки фиброзной  
остеодисплазии появляются**

- а сразу после рождения
- б до 5-летнего возраста
- в до 10-летнего возраста
- г в период полового созревания
- д у взрослого человека

**Синдром Олбрайта включает все  
перечисленное, кроме**

- а пигментных пятен
- б раннего полового созревания
- в гемангиомы и лимфангиомы
- г изменений в костях

**К первым признакам заболевания  
фиброзной остеодисплазией  
относятся**

- а повышение температуры тела
- б изменения в показателях крови
- в патологический перелом и деформации конечностей
- г карликовость

**Рентгенологические изменения в  
костях при фиброзной  
остеодисплазии характеризуются**

- а очагом деструкции с фестончатыми краями и "луковичным" периоститом
- б вздутыми костями, наличием кист
- в очагом деструкции, захватывающим метафизарный отдел, зону роста и эпифиз

- г очагом деструкции по типу "матового стекла" и "таящего" сахара

**Дифференциальный диагноз фиброзной остеодисплазии проводится со всеми перечисленными поражениями, кроме**

- а остеобластокластомы
- б кисты кости
- в эозинофильной гранулемы
- г остеогенной саркомы и саркомы Юинга

**Консервативное лечение фиброзной остеодисплазии предусматривает**

- а медикаментозное лечение
- б физиотерапевтическое лечение
- в грязелечение
- г аппаратотерапию
- д не проводится

**Видами оперативного лечения фиброзной остеодисплазии являются**

- а ампутация
- б околосоуставная резекция
- в сегментарная резекция поднадкостничная
- г краевая резекция кости
- д выскабливание

**Послеоперационный дефект кости при фиброзной остеодисплазии**

- а не замещается
- б замещается аутопластикой
- в замещается аллопластикой
- г замещается мышечной тканью

**Оптимальный возраст для операции при фиброзной остеодисплазии**

- а до 5-летнего возраста
- б до 10-летнего возраста
- в после окончания роста больного

г у взрослого больного

**Показаниями к оперативному лечению больных с фиброзной остеодисплазией являются**

- а наличие даже небольшого очага
- б угроза патологического перелома
- в патологический перелом
- г нарастающая деформация конечности
- д правильно б) и г)

**Перерождение патологической ткани при фиброзной остеодисплазии в злокачественную опухоль**

- а возможно
- б невозможно
- в сомнительно
- г возникает часто
- д чрезвычайно редко

**Послеоперационная реабилитация при фиброзной остеодисплазии включает**

- а гипсовую повязку
- б иммобилизацию компрессионно-дистракционными аппаратами
- в лечебную гимнастику
- г гормонотерапию
- д правильно а) и в)

**Дисхондроплазия - болезнь Олье относится**

- а к хондродисплазии
- б к остеодисплазии
- в к гиперостозу
- г к костному эозинофилезу

**При болезни Олье эмбриональная ткань представлена**

- а хрящевой тканью
- б фиброзно-хрящевой тканью
- в фиброзной тканью
- г воспалительной тканью

**Наиболее часто при болезни Олье поражаются**

- а плоские кости
- б трубчатые кости
- в кости черепа
- г позвоночник
- д мелкие кости кистей и стоп

**Патологические очаги при болезни Олье локализуются**

- а в эпифизе
- б в зоне роста
- в в метафизе
- г в диафизе

**Рентгенологическая картина болезни Олье характеризуется**

- а наличием "полостей"
- б пятнистым характером очага
- в наличием периостальной реакции
- г "луковичным" периостатом
- д наличием "козырька" или спикул

**Различают все перечисленные клинические формы болезни Олье, кроме**

- а акроформы
- б мономелической
- в монооссальной
- г олигооссальной
- д односторонней или двусторонней

**При болезни Олье возможно наличие синдрома**

- а Фюрмайера
- б Олбрайта
- в Маффучи
- г ни одного из перечисленных

**При синдроме Маффучи имеются все перечисленные признаки, кроме**

- а витилиго
- б изменений в костях



- в пигментных пятен
- г сосудистых изменений (гемангиомы, лимфангиомы)

**Первые признаки болезни Олье появляются**

- а у новорожденного
- б в дошкольном возрасте
- в в период полового созревания
- г у взрослого человека

**Первые признаки болезни Олье характеризуются**

- а температурной реакцией
- б укорочением и деформацией конечности
- в припухлостью и болезненностью
- г хромотой
- д правильно б) и г)

**Дифференциальный диагноз при болезни Олье проводится**

- а с остеобластокластомой и остеогенной саркомой
- б с фиброзной остеодисплазией
- в с остеомиелитом
- г с кистой кости
- д со всем перечисленным

**Консервативное лечение дисхондроплазии Олье предусматривает**

- а гормональное лечение
- б медикаментозное лечение
- в массаж
- г физиотерапию и грязелечение
- д ни одно из перечисленных

**Показаниями к оперативному лечению при болезни Олье являются все перечисленные, кроме**

- а наличия очага небольших размеров
- б угрозы патологического перелома
- в патологического перелома
- г укорочения конечности

д деформации конечности

**Среди методов оперативного лечения при дисхондроплазии применяются**

- а выскабливание
  - б околосоуставная резекция
  - в ампутация
  - г сегментарная резекция с замещением дефекта
- д краевая резекция с замещением дефекта и корригирующие остеотомии

**Послеоперационный дефект кости при дисхондроплазии Олье**

- а замещается аллопластикой
- б не замещается
- в не всегда замещается
- г замещается аутопластикой

**Оптимальный возраст для оперативного лечения при болезни Олье**

- а дошкольный
- б школьный
- в период полового созревания
- г взрослый

**Перерождение очага дисхондроплазии в злокачественную опухоль**

- а возможно
- б невозможно
- в сомнительно

**Признаками перерождения очага дисхондроплазии в злокачественную опухоль являются**

- а боль
- б вовлечение в процесс близлежащего сустава
- в выпот в суставе и боль при движении
- г изменение кожных покровов над очагом
- д все перечисленное

**Послеоперационная реабилитация больных с болезнью Олье включает**

- а массаж и лечебную гимнастику
- б грязелечение
- в гормонотерапию
- г курортное лечение
- д не предусматривается

**По классификации несовершенное костеобразование относится**

- а к хондродисплазиям
- б к остеодисплазиям
- в к гиперостозам
- г к костному эозинофилезу

**При несовершенном костеобразовании нарушение моделирования происходит на уровне**

- а фиброзной ткани
- б хрящевой ткани
- в костной ткани

**При несовершенном костеобразовании наиболее часто поражаются**

- а трубчатые кости
- б плоские кости
- в позвоночник
- г мелкие кости кистей и стоп

**Патологическая ткань располагается при несовершенном костеобразовании**

- а во всех сегментах кости
- б в эпифизах
- в в метафизарных отделах
- г в диафизарных отделах

**Рентгенологическая картина  
несовершенного костеобразования  
характеризуется всем  
перечисленным, кроме**

- а наличия кист
- б генерализованного остеопороза
- в истончения кортикального слоя кости
- г преждевременного закрытия зон роста

**Рентгенологическая картина  
несовершенного костеобразования  
характеризуется**

- а наличием кист
- б периостальной реакцией
- в расширением зон роста
- г преждевременным закрытием зон роста
- д генерализованным остеопорозом с истончением кортикального слоя

**Несовершенное костеобразование  
характеризуется всеми  
перечисленными клиническими  
симптомами, кроме**

- а водянки черепа
- б перепончатого черепа
- в изменений грудной клетки (килеобразная, воронкообразная, бочкообразная)
- г синюшной окраски склер

**Несовершенное костеобразование  
характеризуется**

- а карликовостью
- б синюшной окраской склер
- в изменением слуха (понижение, глухота, не изменен)
- г деформациями конечностей
- д всем перечисленным

**Изменение зубов у больных с  
несовершенным  
костеобразованием  
характеризуется**

- а поздним появлением
- б кариозными зубами
- в крошащимися зубами
- г "янтарными" зубами

**Клинические проявления  
изменений в костях конечностей  
при несовершенном  
костеобразовании  
характеризуются**

- а ломкостью костей
- б замедленной консолидацией перелома
- в сращением отломков в обычные сроки
- г наличием избыточной мозоли
- д отсутствием избыточной мозоли

**"Усталостные" переломы,  
переломы от перенапряжения,  
ползучие переломы, стрессовые  
переломы, нагрузочные  
остеохондропатии,  
патологическая функциональная  
перестройка костной ткани - это**

- а различные нозологические формы
- б патологические состояния различных участков костной ткани в различных сегментах конечностей и туловища
- в различные названия одного и того же патологического состояния
- г повреждения костной ткани травматической этиологии
- д заболевание костной ткани обменного характера

**Наиболее правильно и  
всесторонне объясняет причины  
возникновения патологической  
функциональной перестройки  
костной ткани**

- а воспалительно-эмболическая теория происхождения
- б теория суммирования микропереломов
- в сосудистый генез перестроечного процесса (нарушение микроциркуляции) - врожденные сосудистые аномалии
- г результат нарушения костно-мышечного равновесия
- д совокупность всех перечисленных факторов

**При патологической перестройке костной ткани основные жалобы больного на боли**

- а разлитого характера в определенном сегменте конечности, возникшие без видимой причины
- б возникшие после конкретной травмы того или иного сегмента конечности
- в возникшие после воспалительного или простудного заболевания
- г которые появились после интенсивной и продолжительной физической нагрузки и исчезающие в период отдыха

**Основными клиническими признаками при патологической функциональной перестройке костной ткани являются**

- а припухлость ограниченного или разлитого характера в соответствующем сегменте конечности
- б деформация конечности
- в патологическая подвижность
- г укорочение конечности
- д хруст костных отломков, крепитация

**При патологической функциональной перестройке костной ткани в начальном периоде рентгенологическая картина характеризуется**

- а отсутствием изменений (рентгенонегативный период)
- б грубыми изменениями костной ткани в виде надломов, кортикальных надломов
- в наличием линии перелома кости без смещения отломков
- г наличием пятнистого остеопороза в зоне нагрузки кости

**В позднем периоде патологической функциональной перестройке костной ткани рентгенологически определяется**

- а перелом кости без смещения отломков
- б локальный или распространенный гиперостоз, спикулообразные разрастания в виде "бахромчатости", лакунарная тень в виде зоны Лоозера
- в грубые изменения костной ткани в зоне поражения в виде пятнистого остеопороза

**Морфологические изменения костной ткани при функциональных перестроечных процессах в ранние сроки характеризуются**

- а повышением количества остеобластов, утолщением костных балок, отсутствием пролиферативного процесса в периосте
- б резорбцией кортикального слоя, расширением гаверсовых каналов, появлением остеокластов, образованием полостей, гибелью остеоцитов
- в и тем, и другим
- г ни тем, ни другим

**Морфологические изменения костной ткани при функциональных перестроечных процессах в поздние сроки характеризуются**

- а тотальным утолщением трабекул, уменьшением количества капилляров, увеличением коллагеновых волокон
- б морфологической картиной нормальной костной ткани
- в микропереломами трабекул разного срока давности, рассасыванием отдельных из них, пролиферативным процессом в периосте, набуханием коллагеновых волокон, увеличением количества капилляров

**При патологической функциональной перестройке костной ткани метод радионуклидного исследования**

- а неинформативен, потому что не происходит накопления радиофармпрепаратов в зоне повреждения костной ткани
- б высокоинформативен, так как даже незначительные изменения, невидимые на рентгенограммах, отчетливо выделяются в виде фокального накопления радиофармпрепарата в зоне перестройки костной ткани
- в данная методика является методом выбора, так как накопление радиофармпрепарата происходит только при наличии грубых изменений костной ткани, видимых на рентгенограммах

**При патологической функциональной перестройке костной ткани**

- а клиника достаточно специфична и нет необходимости дифференцировать с другими заболеваниями и травмами костной ткани
- б необходимо дифференцировать с гематогенным остеомиелитом, системным заболеванием костной ткани, остеоидной остеомой
- в необходимо дифференцировать с сифилитическим и туберкулезным поражением костей



**Использование ангиографии у пациентов с патологической функциональной перестройкой костной ткани**

- а целесообразно, потому что эта методика позволяет выявить характерные особенности сосудистой сети при данной патологии
- б нецелесообразно, так как изображение сосудистой сети неспецифично при данной патологии
- в является методом выбора, так как методика инвазивная и не всегда помогает выявить сосудистые изменения, характерные для патологической функциональной перестройки костной ткани

**Ангиографическое исследование при патологической функциональной перестройке костной ткани**

- а выявляет неполноценность артериальной сети в виде сужения или полного отсутствия некоторых артериальных ветвей в данной зоне или сегменте. Отмечается медленное заполнение контрастом магистральных артериальных ветвей. Имеет место объединение венозной подкожной сети, что выражается в замедлении венозной фазы ангиографии
- б выявляет большое количество дополнительных артериальных веточек, отходящих от магистрального ствола в зоне перестройки костной ткани. Венозная фаза ускорена
- в не выявляет характерных изменений, артериальная и венозная сеть заполняются контрастом так же, как области с неизменной костной тканью

**Основной принцип лечения при патологической функциональной перестройке костной ткани предусматривает**

- а создание условий повышения репаративной регенерации кости
- б лечение не отличается от принципа лечения переломов костей без смещения отломков
- в устранение нагрузок, которые явились причиной возникновения данного заболевания

**Показаниями к консервативному лечению при патологической функциональной перестройке костной ткани являются**

- а все стрессовые переломы и перестроечные гипертрозы лечатся консервативно, фиксация гипсовой повязкой
- б консервативное лечение патологической функциональной перестройки костной ткани неэффективно
- в наличие начальных явлений в виде гиперостоза костей запястья, предплюсны и таза

**При наличии патологической перестройки длинных трубчатых костей в виде распространенного гиперостоза кортикального слоя показана**

- а теномиофасциотомия окружающих мышц с отсечением от места прикрепления к костному гребню, что способствует снятию напряжения на периост и декомпрессии мышечного футляра
- б тоннелизация кости по Беку
- в накостный остеосинтез пластиной
- г декортикация области перестройки костной ткани

**Методика оперативного лечения при патологической функциональной перестройке костной ткани в виде зоны Лоозера или перелома кортикального слоя предусматривает**

- а остеоперфорацию по Беку
- б внеочаговый остеосинтез
- в на костный остеосинтез компрессирующей пластиной

**При возникновении сколиотической деформации позвоночника первые патологические изменения происходят**

- а в телах позвоночника
- б в мышцах спины
- в в спинном мозге
- г в межпозвонковых дисках
- д во всех вышеперечисленных структурах

**Наиболее обоснованными теориями патогенеза сколиоза являются**

- а теория эпифизолиза межпозвонкового диска и нарушения первичного роста в телах позвонков
- б теория нарушения мышечного равновесия туловища
- в травматическая теория
- г повышение естественного радиационного фона окружающей среды

**При электромиографическом исследовании паравертебральных мышц при диспластическом сколиозе биоэлектрическая активность**

- а выше с выпуклой стороны искривления
- б выше с вогнутой стороны искривления
- в снижена с обеих сторон искривления
- г повышена с обеих сторон искривления

**На вершине грудного  
искривления позвоночника  
спинной мозг смещен**

- а к выпуклой стороне деформации
- б к вогнутой стороне деформации
- в сохраняет свое центральное положение
- г в дорсальную сторону
- д в вентральную сторону

**В клинической практике наиболее  
часто встречается**

- а врожденный сколиоз
- б паралитический сколиоз
- в идиопатический сколиоз
- г рахитический сколиоз
- д неврогенный сколиоз

**Степень сколиотической  
деформации позвоночника по  
второй классификации  
В.Д.Чаклина определяется  
следующими показателями**

- а I - до 5°, II - до 25°, III - до 80°, IV - свыше 80°
- б I - до 10°, II - до 25°, III - до 40°, IV - свыше 40°
- в I - до 5°, II - до 25°, III - до 40°, IV - свыше 40°
- г I - до 15°, II - до 35°, III - до 75°, IV - свыше 75°
- д I - до 5°, II - до 20°, III - до 100°, IV - свыше 100°

**Наиболее доступным и простым  
методом измерения угла  
искривления деформации  
позвоночника является**

- а метод Абальмасовой
- б метод Кобба
- в метод Фергюсона
- г метод Кона
- д метод Масловского

**Для грудного сколиоза  
характерны: 1) асимметрия  
лопаток, 2) реберный горб, 3)  
абсолютное укорочение нижней  
конечности, 4) выраженный  
симптом Чаклина, 5) асимметрия  
треугольников талии, 6)  
ограничение движений  
грудопоясничного отдела, 7)  
снижение функции дыхания**

- а все перечисленное
- б все перечисленное, кроме 2, 4, 6
- в все перечисленное, кроме 3, 4, 6
- г все перечисленное, кроме 1 и 3
- д все перечисленное, кроме 4 и 6

**Для поясничного сколиоза  
характерны: 1) асимметрия  
лопаток, 2) реберный горб, 3)  
выраженный симптом Чаклина,  
4) асимметрия треугольников  
талии, 5) перекос таза, 6)  
снижение функции дыхания, 7)  
боли в поясничном отделе**

- а все перечисленное
- б все перечисленное, кроме 2
- в все перечисленное, кроме 1 и 2
- г все перечисленное, кроме 1 и 4
- д все перечисленное, кроме 1, 2 и 6

**Декомпенсация деформации  
туловища определяется**

- а осмотром больного в положении стоя, спереди и сзади
- б прикреплением отвеса к остистому отростку С7 и определением отклонения линии отвеса от межъягодичной складки
- в прикреплением отвеса к вершине деформации и определением отклонения линии отвеса от межъягодичной складки
- г прикреплением отвеса к яремной вырезке и определением отклонения линии отвеса от передне-верхних остей подвздошных костей

д проведением линии на рентгенограмме позвоночника, сделанной в положении лежа, к тазу и определением отклонения этой линии от середины пятого поясничного позвонка

**Стабильность деформации  
позвоночника при сколиозе  
наиболее объективно  
определяется**

- а тракцией головы больного вверх и определением подвижности деформации
- б по амплитуде наклона туловища больного в разные стороны
- в по рентгенограммам позвоночника, сделанным в положении стоя и лежа, путем накладывания их одна на другую
- г по формуле Казьмина, определяющей отношение угла деформации в положении лежа к углу деформации в положении стоя
- д по субъективным ощущениям и жалобам больного (боли на вершине искривления при смене положения туловища и т.д.)

**Рентгенологическое обследование больного в случае сколиотической деформации должно обязательно в себя включать: 1) рентгенограмму основной кривизны в передне-задней проекции в положении лежа, 2) рентгенограмму основной кривизны в передне-задней проекции в положении стоя, 3) рентгенографию компенсаторного искривления в передне-задней проекции в положении лежа, 4) рентгенографию компенсаторного искривления в положении стоя, 5) рентгенографию таза с захватом крыльев таза, 6) рентгенографию основного искривления в боковой проекции в положении стоя, 7) рентгенографию основного искривления в боковой проекции в положении лежа**

- а все перечисленное
- б все перечисленное, кроме 6 и 7
- в все перечисленное, кроме 5
- г все перечисленное, кроме 3 и 4
- д все перечисленное, кроме 3, 4, 6 и 7

**Наиболее объективным и доступным методом измерения торсии позвонков является**

- а клинический метод с помощью аппарата Шульцеса
- б рентгенографический метод по величине отложения остистых отростков
- в рентгенографический метод - по величине смещения корня дужки от боковой поверхности позвонка на вершине деформации
- г рентгенографический - по расстоянию от остистого отростка до сторон тела позвонка

д по измерению наклона тубуса рентгеновского аппарата, необходимого для получения правильной передне-задней проекции вершинного позвонка

**В вертикальном положении позвоночника по сравнению с горизонтальным ротация позвонков при сколиотической деформации**

- а увеличивается
- б уменьшается
- в остается неизменной
- г может и увеличиться и уменьшиться
- д исчезает

**У больных грудным сколиозом жизненная емкость легких**

- а значительно снижается
- б остается неизменной даже при выраженной деформации позвоночника
- в повышается за счет изменения формы грудной клетки
- г нет четкой зависимости между степенью деформации позвоночника и изменениями ЖЕЛ
- д в 50% случаев повышается и в 50% случаев снижается

**У больных грудным сколиозом минутный объем дыхания**

- а снижается значительно
- б снижается незначительно
- в заметно повышается
- г практически не меняется
- д степень его уменьшения зависит от прогрессирования деформации позвоночника

**Профилактические осмотры детей необходимо начинать**

- а в начальных классах общеобразовательных школ
- б в детских садах, яслях



- в в старших классах общеобразовательных школ
- г в институтах, профтехучилищах, при поступлении на работу
- д в горвоенкоматах

**Основными признаками первичной дуги искривления являются: 1) повышенная мобильность, 2) первичность появления, 3) большой угол искривления, 4) более выраженные торсионные изменения на вершине искривления, 5) менее выраженные торсионные изменения на вершине искривления, 6) большая стабильность**

- а все перечисленное, кроме 1 и 5
- б все перечисленное, кроме 5 и 6
- в все перечисленное, кроме 4 и 6
- г все перечисленное, кроме 1 и 4
- д все перечисленное, кроме 1, 4, 5 и 6

**Профилактика сколиоза заключается: 1) в раннем выявлении, 2) в раннем оперативном лечении, 3) в раннем консервативном лечении, 4) в ограничении физической нагрузки с раннего возраста, 5) в преобладании постельного режима у детей, входящих в группу риска, 6) в приобщении к физкультуре и спорту детей с раннего возраста, 7) в массовых занятиях плаванием с самого раннего возраста (ясельного), 8) в периодических осмотрах ортопедом детей с момента рождения не реже 1 раза в 6 месяцев**

- а все перечисленное, кроме 4,5 и 8

- б все перечисленное, кроме 2,4 и 8
- в все перечисленное, кроме 1, 2, 3, 4 и 5
- г все перечисленное, кроме 4, 5, 6, 7 и 8
- д все перечисленное, кроме 4, 5, 6 и 7

**Основным рентгенологическим признаком прогрессирования сколиотической болезни является**

- а тест Кона
- б тест Риссера
- в тест Мовшовича
- г тест Нидерштрата
- д индекс стабильности Казьмина

**Наиболее злокачественным течением отличается**

- а верхне-грудной и грудной сколиоз
- б пояснично-крестцовый сколиоз
- в грудопоясничный сколиоз
- г поясничный сколиоз
- д комбинированный сколиоз

**Тренировка подвздошно-поясничной мышцы по Кону показана**

- а при верхне-грудном сколиозе
- б при грудном сколиозе
- в при грудопоясничном сколиозе
- г при поясничном сколиозе
- д при комбинированном сколиозе

**Массаж мышц спины при сколиотической деформации позвоночника необходимо выполнять**

- а более активно на вогнутой стороне искривления
- б более активно на выпуклой стороне искривления
- в активно на обеих сторонах искривления
- г с элементами мануальной терапии, направленными на мобилизацию искривления

д как и при других дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника

**Больным сколиозом показано плавание стилем**

- а кроль
- б баттерфляй
- в брасс
- г любым стилем
- д плавание противопоказано

**При консервативном лечении сколиоза основная цель лечения с помощью корсета**

- а исправить деформацию позвоночника
- б остановить прогрессирование деформации
- в подготовить больного к операции
- г ослабить мышечный корсет
- д снизить амплитуду движения позвоночника

**Корсет типа Гессинка необходимо применять для лечения больных**

- а верхне-грудным сколиозом
- б грудным сколиозом
- в груднопоясничным и поясничным сколиозом
- г комбинированным сколиозом
- д тотальным сколиозом

**Операция дискотомии подразумевает**

- а подход к телам позвонков с выпуклой стороны искривления и рассечение диска с последующим задним спондилодезом
- б подход к телам позвонков с выпуклой стороны искривления, резекция 1/3 позвонка, суставные отростки и часть дужки с остистым отростком с последующим задним спондилодезом
- в обнажение задних элементов позвонков с вогнутой стороны искривления, резекция поперечных отростков, ребер с этой же стороны, задний спондилодез

- г подход к телам позвонков с вогнутой стороны искривления, резекция поперечных отростков и ребер с этой же стороны, рассечение дисков с вогнутой стороны деформации, задний спондилодез
- д подход к телам позвонков с вогнутой и выпуклой сторон искривления и рассечение диска с обеих сторон, задний спондилодез

**После операции дискотомии необходимо**

- а наложение среднего гипсового корсета на 6 месяцев
- б наложение высокого гипсового корсета на 6 месяцев
- в соблюдение постельного режима в течение 6 месяцев с последующим наложением высокого гипсового корсета
- г наложение высокого гипсового корсета с последующей редрессацией искривления в корсете, иммобилизация 6 месяцев
- д проведение интенсивного консервативного лечения сколиотической деформации: лечебная гимнастика, массаж, электростимуляция и т.д.

**Показанием к оперативному лечению при искривлении позвоночника является**

- а высокая стабильность первичного искривления позвоночника
- б стабилизация деформации под действием консервативной терапии
- в прогрессирование деформации на  $5^\circ$  в год
- г прогрессирование искривления более  $10^\circ$  в год и если угол деформации больше  $30^\circ$  при большом потенциале роста
- д настойчивые просьбы больного и его родителей

**Энуклеация как операция включает в себя**

- а резекцию поперечных отростков и ребер на вершине деформации с выпуклой стороны, удаление пульпозных ядер нескольких межпозвонковых дисков, задний спондилодез
- б резекцию ребер и поперечных отростков на вершине деформации с выпуклой стороны, рассечение межпозвоночных дисков на нескольких уровнях, задний спондилодез
- в резекцию ребер и поперечных отростков на вершине деформации с вогнутой стороны, рассечение межпозвоночных дисков на нескольких уровнях, задний спондилодез
- г резекцию ребер и поперечных отростков на вершине деформации с выпуклой стороны, пункция межпозвонковых дисков, введение в них протеолитического фермента (папаина, лекозима), задний спондилодез
- д рассечение паравертебральных мышц с выпуклой стороны искривления, удаление пульпозных ядер межпозвоночных дисков на вершине искривления без резекции ребер, задний спондилодез

**Экскурсия анофизов гребней  
подвздошных костей закончена,  
но слияния с крылом  
подвздошной кости не произошло.  
Следовательно, тест Риссера  
соответствует**

- а 1 баллу
- б 2 баллам
- в 3 баллам
- г 4 баллам
- д по имеющейся информации нельзя судить о тесте Риссера

**Наиболее часто остеохондроз  
поражает**

- а шейный отдел позвоночника
- б грудной отдел позвоночника
- в поясничный отдел позвоночника
- г копчик

д чаще бывает распространенным остеохондроз позвоночника

**Для остеохондроза позвоночника наиболее характерна следующая патогенетическая ситуация**

- а дискотелулярный конфликт
- б дисковаскулярный конфликт
- в дискоррадикулярный конфликт
- г слипчивый арахноидит
- д спондилолистоз, спондилорадикулярный конфликт

**Основными методами диагностики остеохондроза позвоночника являются**

- а клинический
- б рентгенологический
- в компьютерная томография
- г радионуклидный
- д клинический и рентгенологический

**Основными условиями сращения костей являются**

- а идеальная репозиция костных отломков, восстановление конгруэнтности суставных поверхностей
- б использование для фиксации костных отломков малотравматичных способов, обеспечивающих между ними динамическую компрессию до полной консолидации перелома
- в включение в комплекс лечебной гимнастики в ранние сроки пассивных и активных движений в поврежденном суставе
- г разрешение через 1-2 недели от начала фиксации осевой нагрузки величиной 30% веса тела
- д все перечисленное

**При лечении переломов может не учитываться принцип**

- а полного сопоставления отломков, восстановление функции - через восстановление анатомии

- б высокой прочности фиксации
- в сохранения кровоснабжения кости
- г сохранения микроподвижности для усиления катаболической фазы регенерации костной ткани в зоне перелома
- д сохранения опорной и двигательной функции поврежденной конечности

**К механическим и физическим требованиям, предъявляемым к конструкциям, используемым для остеосинтеза в травматологии и ортопедии, относятся**

- а упругость (модуль упругости, модуль Юнга)
- б предел текучести, прочности, усталости
- в пластичность
- г сопротивление износу
- д все перечисленное

**Отторжение фиксатора связано**

- а с аллергией к металлу
- б с электромагнитным напряжением ткани
- в с многооскольчатый характером перелома
- г с коррозией металлов
- д правильно а) и г)

**Предупреждение коррозии фиксаторов при остеосинтезе достигается**

- а совмещением в конструкции фиксаторов различных металлов
- б конструкцией фиксатора с учетом циклического напряжения в трех плоскостях
- в хорошей шлифовкой поверхности фиксатора
- г правильно б) и в)
- д все правильно

**Хорошо переносятся тканями, инертны в организме, механически прочные и дешевые сплавы**

- а виталлиум - сплав кобальта, хрома, молибдена

- б тантал
- в цирконий
- г титан
- д нержавеющая сталь, содержащая молибден

**Металлические конструкции в тканях организма под влиянием растворенного кислорода, хлоридов, фосфатов и органических кислот становятся термодинамически неустойчивы и подвергаются**

- а электрохимической коррозии
- б фреттинговой коррозии
- в парадифференциальной аэрации
- г гальванической коррозии
- д всему перечисленному

**К факторам, способствующим коррозии фиксаторов, относятся**

- а неправильные химические составы и металлургические процессы
- б некачественная обработка поверхности фиксатора или повреждение его
- в совместное употребление разных металлов
- г действием циклических напряжений на металлический фиксатор
- д все перечисленное

**Высокие механические свойства и коррозиестойкость металлических имплантатов обеспечивается в следующих специальных процессах изготовления**

- а плавка в вакууме
- б электрошлаковая переплавка
- в оптимальные условия холодной обработки давлением
- г хромоникелемолибденовая сталь с особым химическим составом (хром-17.5%, никель-14.0%, молибден-2.5%, углерод-0.03%)
- д все перечисленное



**Титан и его сплавы легче других, обладают отличной коррозионной устойчивостью и усталостным сопротивлением, но применение их ограничивается из-за**

- а низкого модуля упругости (уступает в прочности)
- б низкой сопротивляемости на срезе (перелом титановых винтов от вращающего момента)
- в малой устойчивостью к износу (истирание при скольжении)
- г сложности производства и механической обработки (нельзя перегревать, низкая скорость резания)
- д всего перечисленного

**Повторное применение металлических фиксаторов опасно по причине**

- а повреждения поверхности фиксатора при удалении и установке
- б усиления щелевой и контактной коррозии
- в изменения кристаллической структуры фиксатора в связи с явлением усталости металла
- г склонности к точечной коррозии в солевых растворах имеет сталь марки X18H9T
- д всего перечисленного

**Непригодным для остеосинтеза диафизарных переломов являются**

- а экстрамедуллярный плотный остеосинтез
- б внутрикостный плотный остеосинтез
- в чрескостный остеосинтез аппаратами и устройствами
- г фиксаторы типа шелк, проволока, лента, спицы, винты, шурупы

**Основную механическую нагрузку на костный фиксатор несет**

- а над областью перелома

- б на 2 см в сторону от линии перелома
- в на концах пластины
- г на дистальном конце пластины

**Механические и физические требования, предъявляемые к конструкциям, используемым в травматологии и ортопедии, включают**

- а упругость (модуль упругости, модуль Юнга)
- б предел текучести марки сплава, прочности, усталости
- в пластичность
- г сопротивление износу
- д все перечисленное

**При остеосинтезе металлическими конструкциями возникают рычаги I и II рода, вызывающие разрушающее действие. Для его снижения следует**

- а уменьшить резорбцию кости при качательных знакопеременных нагрузках
- б использовать крепежи с небольшой поверхностью контакта с костью
- в использовать крепежи, имеющие большую поверхность контакта с костью
- г использовать дополнительную гипсовую повязку
- д применять углеродистые фиксаторы

**Медицинские винты предназначены для соединения отломков костей в чистом виде и в сочетании с применением пластины. Они должны легко входить в отверстия и выдерживать все перечисленные нагрузки, кроме**

- а напряжения растяжения
- б напряжения вращения
- в напряжения сдвига
- г продольной нагрузки

**Необходимая жесткость фиксации при остеосинтезе винтами достигается**

- а при достаточной длине винта, когда он проходит оба кортикальных слоя кости
- б внешнем диаметре до 4 мм (для бедра, голени, плеча)
- в упорном характере резьбы с трапецевидным профилем
- г когда виток резьбы врезается в кость на общую глубину 1.5 мм
- д всем перечисленным

**При косых и винтообразных переломах не менее 2 винтов вводится**

- а перпендикулярно линии перелома
- б перпендикулярно оси кости
- в по средней линии между двумя перпендикулярами: к линии перелома и к линии оси кости
- г при косых переломах все винты должны располагаться в одной плоскости, а при винтообразных - в разных плоскостях соответственно линии перелома и перпендикулярно к ней
- д правильно в) и г)

**Прочность винтов при остеосинтезе может снижаться**

- а при возникновении концентрации напряжения, вызванного трением в момент введения
- б резорбцией кости вокруг винта, накатанной неопорной резьбой
- в "усталостью металла" при повторных применениях
- г если диаметр отверстия в кости равен наружному диаметру винта
- д всем перечисленным

**Частая причина ослабления связи  
накостного фиксатора с костью -  
резорбция костной ткани возле  
металлической конструкции и  
винтов. Она происходит из-за**

- а местных расстройств кровообращения
- б большого давления металлической конструкции на кость
- в качательных знакопеременных движений, создающих попеременно действующие рычаги 1-го и 2-го рода ("пластинка-пластинка" - рычаг 1 рода, "пластинка-кость - 2 рода)

**Пластинка для остеосинтеза  
противодействует смещающему  
моменту, который составляет**

- а сила тяги мышц и плечо мышц
- б угол плоскости излома (при косом переломе возникает момент кручения)
- в масса сегмента конечности, располагающаяся дистальнее места перелома
- г плечо массы сегмента
- д все перечисленное

**Оптимальные размеры пластин  
при переломе голени должны  
быть**

- а при переломе верхней трети - от 10 до 16 см  $\frac{1}{4}$  длины голени
- б при переломе средней трети - от 16 до 18 см  $\frac{1}{3}$  длины голени
- в при переломе нижней трети - от 6 до 8 см  $\frac{1}{6}$  длины голени
- г 14 см на 8 винтах, независимо от уровня перелома
- д 16 см на 10 винтах, независимо от уровня перелома

**Основными силами, смещающими положение отломков, являются: масса конечности дистальнее места перелома и мышечные усилия. Поэтому для прочной фиксации перелома бедра следует использовать пластину**

- а 1/2 длины сегмента конечности на 10 винтах
- б 1/3 длины сегмента конечности на 8 винтах
- в 1/4 длины сегмента конечности на 6 винтах
- г 1/5 длины сегмента конечности на 4 винтах
- д 1/6 длины сегмента конечности на 2 винтах

**Противопоказаниями к накостному остеосинтезу являются**

- а остеопороз костей
- б открытые переломы с обширной зоной повреждения мягких тканей
- в инфицированные переломы
- г обширные кожные рубцы, свищи, остеомиелит
  
- д все перечисленное

**В практике остеосинтеза костей внутрикостными фиксаторами можно руководствоваться всеми следующими положениями, кроме**

- а введения штифта при длине одного из отломков менее 6 см
- б по возможности применять не короткие фиксаторы, длинные стержни, имеющие большую поверхность контакта с костью и образующие длинные равновеликие плечи рычагов
- в проводить стержни на максимально возможном протяжении в отломках костей

- г круглые стержни действуют поршнеобразно и повышают давление в костно-мозговом канале и раздражают барорецепторы. Плоские, штыкообразные, квадратные стержни имеют большую поверхность контакта с костью и уменьшают ротационные движения
- д при околоуставных переломах применять 2 плоских стержня с разведением их концов, "2 направленных стержня", "встречные стержни", "моделированные стержни"

**Показаниями к накостному остеосинтезу являются все перечисленные, исключая**

- а переломы с интерпозицией тканей
- б неправильно сросшиеся и несросшиеся переломы, ложные суставы
- в отрывные переломы (локтевой отросток, надмыщелок плеча, надколенник)
- г широкий внутрикостный канал бедра, голени

**Лечение больных с переломами трубчатых костей, осложненных остеомиелитом и нарушением процессов регенерации костной ткани, включает**

- а внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез с одновременной секвестрнекрэктомией
- б постоянно промывание очага и затеков с активной аспирацией в течение 10-12 дней, антисептиками, антибиотиками, ферментами
- в адекватную антибактериальную терапию по бактериограмме в тяжелых случаях с внутриаартериальными введениями препаратов
- г коррекцию всех видов обмена, дезинтоксикационную терапию, активную и пассивную иммунотерапию после серологической диагностики стафилококка
- д все перечисленное

**При переломе вертлужной впадины оперативный остеосинтез необходимо проводить в случаях**

- а перелома вертлужной впадины с центральным вывихом бедра
- б перелома края вертлужной впадины
- в краевого перелома впадины на уровне лимбуса с вывихом головки бедренной кости
- г направляющегося перелома
- д сложных многооскольчатых переломах вертлужной впадины

**Лучшим способом оперативного восстановления перелома надколенника является**

- а перипателлярный кисетный или полукисетный шов лавсаном
- б чрезкостный проволочный П-образный шов
- в чрезкостный двухэтажный двойной лавсановый шов
- г скрепление отломков спицами Киршнера с 8-образным стягивающим двойным проволочным швом
- д компрессионный остеосинтез аппаратами различных конструкций

**К осложнениям, связанным с дефектом оперативной техники на голеностопном суставе, относятся все перечисленные, кроме**

- а расхождения операционной раны - тонкий лоскут, когда разрез не сделан до кости и грубая отслойка
- б невозможности восстановления длины наружной лодыжки и неустранения ее смещения кзади - не было элемента инверсии или эверсии при вправлении отломков
- в предварительной фиксации отломков 2-мя спицами
- г недостаточной прочной фиксации сопоставленных костных фрагментов

- д чрезмерного стягивания болтом межберцового синдесмоза - развитие деформирующего артроза

**Критериями полезности аппаратов внешней фиксации являются**

- а возможность точной репозиции и прочной фиксации отломков
- б возможность обеспечения раннего полноценного функционального лечения
- в диапазон возможного клинического применения
- г степень травматичности методик, простота конструкций, взаимозаменяемость и универсальность деталей и узлов аппаратов
- д все вышеперечисленное

**Из методик Г.А.Илизарова широкое применение находят методы с целью**

- а бескровного лечения закрытых и открытых переломов костей, удлинения конечностей
- б замещения дефектов длинных трубчатых костей, мягких тканей, сосудов, нервов
- в в один этап бескровно ликвидировать ложный сустав, укорочение, искривление, деформации костей
- г бескровно артродезировать крупные суставы, производить удлиняющий артродез
- д все перечисленное

**По конструктивным особенностям лучшей фиксацией обладают аппараты**

- а резьбовые муфты, пластины, винты, устанавливаемые на стержнях с наружной стороны сегмента конечности
- б аппараты, состоящие из 2-3-4 дуг
- в аппараты, состоящие из кольцевых опор, стержневые аппараты
- г стержни, вгипсованные в циркулярные гипсовые повязки



**Жесткость фиксации  
увеличивается при использовании  
аппаратов**

- а с одноплоскостным проведением спиц
- б с перекрестным проведением спиц от  $60^\circ$  до  $90^\circ$
- в с перекрестным проведением спиц до  $60^\circ$
- г со стержнями-фиксаторами
- д со спице-стержневыми фиксаторами

**Шарнирно-дистракционные  
аппараты используются**

- а для разработки движений в суставах
- б для исправления оси конечности
- в для устранения устойчивых контрактур суставов
- г для сращения переломов
- д для формирования регенератора

**Биомеханические основы  
компрессионно-дистракционного  
остеосинтеза включают все  
перечисленное, кроме**

- а расположения колец по всему сегменту конечности
- б проведения спиц под углом  $60-90^\circ$
- в центрации колец
- г проведения спиц при максимальном растяжении спиц
- д проведения спиц в кольцевой опоре в плоскости под углом к сегменту оси конечности

**Показаниями к применению  
компрессионно-дистракционного  
остеосинтеза являются все  
перечисленные, кроме**

- а многооскольчатых переломов длинных трубчатых костей
- б оскольчатых переломов проксимальных метаэпифизов длинных трубчатых костей со смещением

- в поднадкостничных переломах по типу "зеленой ветви" диафизов длинных трубчатых костей
- г многооскольчатых переломов метаэпифизов длинных трубчатых костей
- д околосуставных переломов со смещением отломков

**К "позднему" внеочаговому остеосинтезу относится**

- а остеосинтез, проведенный в течение первых 24 часов после травмы
- б остеосинтез, проведенный в первые 2-7 суток с момента травмы
- в остеосинтез, проведенный в первые 8-14 суток после травмы
- г остеосинтез, проведенный в первые 15-21 сутки после травмы
- д остеосинтез, проведенный спустя 21 сутки от момента травмы и до среднего срастания перелома

**К техническим приемам устранения смещения отломков при использовании компрессионно-дистракционного остеосинтеза относятся все перечисленные, кроме**

- а дистракции и компрессии
- б изменения положения колец
- в изменения степени натяжения спиц
- г затягивания контргайки при фиксации основного кольца
- д применения спиц с упорами

**К особенностям послеоперационного ведения больных после компрессионно-дистракционного остеосинтеза относятся все перечисленные мероприятия, кроме**

- а профилактики нагноения тканей в месте проведения спиц
- б профилактики пролежней и некроза тканей в области натяжения кожи

- в профилактики трофических нарушений, парезов периферических нервов при проведении distraction
- г постоянного контроля за степенью натяжения спиц, фиксации деталей, komponующих аппарат
- д предупреждения механической деформации и повреждения деталей аппарата

**К аппаратам внешней фиксации относятся все перечисленные, кроме**

- а с одноплоскостным проведением спиц
- б с перекрестным проведением спиц
- в стержневых
- г спице-стержневых
- д шарнирных

**Основными критериями полезности аппаратов чрескостной фиксации являются**

- а простота конструкции, взаимозаменяемость и универсальность деталей и узлов аппарата
- б возможность обеспечения точной репозиции и прочной фиксации костных отломков
- в возможность обеспечения раннего полноценного функционального лечения и низкая степень травматичности при наложении
- г правильно а) и б)
- д правильно все перечисленное

**Жесткость колец спицевого компрессионно-дистракционного аппарата в 5 раз превышает жесткость соответствующих им дуг. При расположении в кольце спиц под углом друг к другу от 60° до 90° силы натяжения оказывают взаимонагружающее действие и обладают наилучшими фиксирующими свойствами при всех видах нагрузок. В процессе сращения переломов необходимо устанавливать режим**

- а дистракции с десмальным костеобразованием (мезенхима - фибробласты - остеобласты - кость)
- б слабой фиксации с хондрогенным костеобразованием (мезенхима - хондробласты - хондроциты - остеобласты - кость)
- в прочной фиксации с ангиогенным костеобразованием (мезенхима - остеобласты - остециты)
- г верно а) и б)
- д верно б) и в)

**Адекватная зависимость между новообразованием костной ткани, нагрузкой и кровоснабжением кости определяет скорость остеогенеза, при этом снижение остеогенеза наступает в силу**

- а увеличения опорной нагрузки с запасом кровообращения
- б выключения опорной нагрузки с запасом кровообращения
- в сохранения исходной нагрузки при уменьшении кровообращения
- г параллельного уменьшения нагрузки и кровообращения
- д увеличения опорной нагрузки при исходном кровообращении

**Дозированная компрессия при стандартном компрессионно-дистракционном остеосинтезе не должна превышать в сутки**

- а 0.3 см
- б 0.5 см
- в 0.8 см
- г 1.0 см
- д 1.5 см

**В первые сутки после осуществления компрессионно-дистракционного остеосинтеза рекомендуется использование всех перечисленных лечебных мероприятий, кроме**

- а лечебной физкультуры здорового сегмента
- б лечебной физкультуры поврежденного сегмента
- в массажа поврежденного и здорового сегмента
- г физиолечения
- д витаминотерапии, биостимуляторов

**Репаративная дегенерация при компрессионно-дистракционном остеосинтезе представлена**

- а хрящевой фазой
- б фиброзной фазой
- в периостальной мозолю
- г правильно а) и в)
- д правильного ответа нет

**Компрессионно-дистракционный аппарат Илизарова обеспечивает осуществление**

- а компрессии и дистракции
- б устранения ротационного смещения
- в устранения смещения отломков по длине и ширине
- г правильно а) и в)
- д всего перечисленного

**Уменьшение стержня, вводимого в кость при стержневом внеочаговом чрескостном остеосинтезе, приводит**

- а к уменьшению напряжения в стержне
- б к более жесткой фиксации аппарата
- в к увеличению напряжения в стержне
- г верно а) и б)
- д верно б) и в)

**Показаниями к distractionному осевому эпифизеолизу является все перечисленное, кроме**

- а укорочения конечности
- б варусной деформации конечности
- в вальгусной деформации конечности
- г ортопедического выравнивания оси конечности
- д травматического смещения эпифиза

**Для пациента аутотрансплантацией тканей является**

- а пересадка тканей от ближайших родственников (отца, матери)
- б пересадка тканей от другого человека, имеющего ту же группу крови и резус-принадлежность
- в пересадка от брата, сестры (близнецов)
- г пересадка собственных тканей
- д пересадка искусственно полученных тканей

**Для пациента изотрансплантацией является**

- а пересадка собственных тканей
- б пересадка от ближайших родственников
- в от брата, сестры (близнецов)
- г от другого человека, ткани которого подверглись химическому, физическому или биологическому воздействию
- д пересадка искусственно полученных тканей

**Для пациента  
аллотрансплантацией является**

- а пересадка трупных тканей, подвергшихся глубокому замораживанию и лиофилизации
- б от ближайших родственников, ткани которых подвергнуты действию ионизирующего излучения большой мощности
- в пересадка искусственно созданных тканей
- г пересадка тканей от животных, подвергнутых действию холода и формализованных
- д от брата, сестры (близнецов)

**Примером ксенотрансплантации  
служит**

- а пересадка тазобедренного сустава от трупа, подвергнутого действию глубокого замораживания
- б пересадка I-го плюсне-фалангового сустава стопы пациента на дефект локтевого сустава
- в пересадка керамического протеза головки и шейки бедра
- г пересадка почки от живого человека-донора
- д пересадка свиной лиофилизированной кожи обожженному

**Примером эксплантации служит**

- а пересадка костного трансплантата с голени пациента на дефект его бедра
- б вживление фарфорового зуба в челюсть пациента
- в пересадка специально выращенной в теле пациента фиброзной трубки в качестве сухожильного влагалища сгибателя его пальца кисти при его восстановлении
- г замещение тазобедренного сустава металлическим эндопротезом К.М.Саваша
- д замещение тазобедренного сустава керамическим эндопротезом

**Эндопротезированием можно назвать**

- а замещение резецированной грудины танталовой металлической пластиной
- б пластика грыжевого канала большого прокипяченной кожей с его бедра
- в восстановление пищевода большого из его тонкого кишечника
- г пластика ложного сустава бедра большого костным трансплантатом из гребешка его таза на сосудистой ножке
- д пластика ложного сустава голени передвижным костным трансплантатом

**Реплантацией кожи называется**

- а свободная кожная аутопластика
- б пластика дефекта кожи лоскутом на ножке с другого органа
- в подшивание отслоенного травмой лоскута, имеющего питающую ножку, на место
- г подшивание отторгнутого травмой лоскута кожи, после его истончения, удаления клетчатки и т.д.
- д пластика кожи трубчатым стеблем

**Реимплантацией кожного лоскута является**

- а свободная кожная пластика с оторванной или ампутированной конечности
- б подшивание отторгнутого кожного лоскута после его расщепления на место
- в пересадка кожного лоскута внутри грануляций
- г свободная кожная пластика с другого органа после его обработки
- д пластика трубчатым стеблем

**Имплантацией кожного лоскута называется**

- а свободная кожная пластика на свежую рану с другого органа
- б пересадка кожного лоскута внутри грануляций раны



- в подшивание отторгнутого кожного лоскута на место
- г пластика трубчатым стеблем
- д пластика кожной раны ксенотрансплантатом

**Мобилизация края раны производится**

- а при значительных по размерам кожных дефектов
- б при пластике ран местными тканями с большим натяжением краев
- в при пластическом закрытии ран местными тканями с небольшим натяжением ткани
- г при закрытии ран местными тканями без натяжений тканей
- д при закрытии ран местными тканями с избытком местных тканей

**Основные принципы реабилитации больных и инвалидов включают все перечисленное, кроме**

- а медицинской реабилитации
- б социально-бытовой реабилитации
- в профессиональной реабилитации
- г юридической реабилитации

**К средствам медицинской реабилитации могут относиться**

- а лечебная физкультура
- б механотерапия и трудотерапия
- в мануальная терапия
- г массаж ручной и механический (подводный, вибрационный, пневмоударный, точечный)
- д все перечисленное

**Показанием к ручному и аппаратному массажу является все перечисленное, исключая**

- а снижение функциональной способности мышц или их болевое рефлекторное напряжение

- б вторичные изменения со стороны элементов, образующих сустав (капсулы, связки)
- в нарушение условий периферического кровообращения (отеки, застойные явления)
- г тромбозы поверхностных и глубоких вен

**Подводный массаж имитирует приемы ручного массажа во всех случаях, кроме**

- а поглаживания (движения в продольном направлении)
- б разминания (спиралеобразные движения)
- в поколачивания (приближение и отдаление наконечника от массируемой поверхности)
- г вибрации (зигзагообразные движения)
- д глубокого растирания

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

- а улучшению кровообращения сегмента
- б поддержанию тонуса мышц
- в тренировке мышечного чувства
- г улучшению консолидации отломков после перелома
- д всему перечисленному

**Для большего расслабления мышц конечностями и корпусу больного должно быть придано положение, при котором**

- а точки прикрепления напряженных мышц сближены
- б точки прикрепления напряженных мышц удалены
- в активные движения большой амплитуды
- г "безвольное" расслабление мышц
- д безмаховые движения в плавном режиме

**Обучению навыку ходьбы и тренировке в ходьбе способствуют**

- а толчок передним отделом стопы в конце опорной фазы
- б перенос ноги
- в вынос вперед голени
- г опора на пятку, перекаат стопы
- д все перечисленное

**Последовательными этапами в обучении ходьбе могут быть все перечисленные моменты, кроме**

- а ходьбы с опорой руками на неподвижную установку (параллельно укрепленные поручни и один поручень)
- б ходьбы с опорой руками на приспособление, перемещаемое больным (каталка, манеж, сани)
- в ходьбы с попеременной опорой рук на приспособление, выносимое больным одновременно с шагом левой и правой ноги (козелки, треножник, трости)
- г предварительного раскачивания туловища
- д предварительной выработки и у больного устойчивости, равновесия, правильного положения тела с усилением зрительного контроля и без него, с ориентировкой на мышечное чувство

**Показанием к назначению механотерапии (на маятниковом аппарате) являются**

- а стойкие контрактуры на почве рубцовых процессов
- б контрактуры паралитического происхождения
- в контрактуры в поздние сроки после травмы, длительной иммобилизации
- г контрактуры после перенесенного артрита
- д все перечисленные

**Трудотерапия при деформациях и последствиях травм верхних конечностей дает хорошие результаты при всем перечисленном, кроме**

- а восстановления нарушенных функций двигательного аппарата через труд
- б приспособления (адаптации) к труду при стойких деформациях
- в профессиональной ориентации и переобучение больных
- г интенсивного общеукрепляющего действия на весь организм
- д использования трудотерапии при острой травме

**Применяются все перечисленные физические упражнения при переломах хирургической шейки плеча, кроме**

- а маховых движений в плечевом суставе
- б движений, выполняемых рукой в условиях обычной нагрузки (стоя, лежа)
- в облегченных движений в плечевом суставе
- г упражнений пассивного характера с посторонней помощью
- д облегченных упражнений, производимых самостоятельно и укорочением рычага (полусогнутая рука)

**При повреждении локтевого сустава применяются все перечисленные физические упражнения, кроме**

- а массажа и интенсивного теплолечения, ношения груза на вытянутой руке
- б облегченных движений с опорой руки на гладкой поверхности
- в облегченных движений на роликовой тележке, чередующихся с пассивными движениями

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

**При разрыве лонного сочленения и переломе переднего полукольца таза лечебная гимнастика во втором периоде включает все перечисленное, кроме**

- а упражнений для обеих ног
- б изометрического напряжения мышц ног, таза, туловища
- в упражнений лежа на животе
- г дыхательных упражнений
- д упражнений лежа на спине и на боку

**При разрыве лонного сочленения и перелома переднего полукольца таза в третьем периоде методика лечебной гимнастики включает**

- а общеукрепляющие упражнения в положении на спине, на боку, на животе и стоя
- б тренировку опорной функции нижних конечностей и ходьбы с полной осевой нагрузкой
- в специальные упражнения для укрепления мышц туловища таза
- г правильно а) и в)
- д все перечисленное

**При переломе вертлужной впадины, осложненным вывихом бедра, методика лечебной гимнастики во втором периоде включает все перечисленное, кроме**

- а упражнений лежа на спине, животе и здоровом боку
- б профилактики, приводящей к разгибательной контрактуре положением больного

- в изометрического напряжения мышц тазового кольца, бедра, голени на стороне перелома
- г упражнения в положении стоя на четвереньках и коленях
- д изометрических напряжений мышц, переходящих с таза на бедро

**Реабилитационные мероприятия при остеохондрозе позвоночника включают**

- а разгрузочное положение для позвоночника и вытяжение
- б лечебную гимнастику
- в массаж спины
- г бальнеофизиотерапию
- д все перечисленное

**Противопоказаниями к вытяжению с грузом у больных с остеохондрозом позвоночника являются**

- а деформирующий спондилез, остеопороз позвонков
- б грубые врожденные аномалии позвоночника
- в органические заболевания сердца и сосудов
- г парезы и параличи
- д все перечисленное

**Разгрузочные исходные положения при занятиях лечебной гимнастикой с больными поясничным с остеохондрозом включают все перечисленное, кроме**

- а лежа на спине
- б лежа на животе
- в коленно-локтевое положение
- г сидя
- д коленно-кистевое положение

**Разгрузочные исходные положения в лечебной гимнастике у больных шейным остеохондрозом проводятся**

- а стоя
- б лежа с приподнятым изголовьем
- в лежа горизонтально с низким изголовьем
- г сидя на стуле, руки на коленях
- д правильно в) и г)

**Специальные упражнения у больных с шейным остеохондрозом с синдромом плече-лопаточного периартрита включают все перечисленное, исключая**

- а упражнения на расслабление мышц плечевого пояса и рук
- б упражнения с гантелями весом до 1 кг
- в пассивные упражнения в плечевом суставе
- г упражнения на равновесие
- д упражнения на гребном тренажере

**К клинико-физиологическому обоснованию применения ЛФК при сколиозе относят все перечисленное, кроме**

- а нарушений функций внешнего дыхания, сердечно-сосудистой системы
- б нарушения функции пищеварения
- в деформации позвоночника
- г деформации грудной клетки
- д слабости мышечно-связочного аппарата

**Цели и задачи лечебной гимнастики при сколиозе предусматривают**

- а корригирующее воздействие на деформацию позвоночника
- б корригирующее воздействие на грудную клетку
- в стабилизирующее воздействие на позвоночник
- г воспитание правильной осанки

д все перечисленное

**Исходными положениями для разгрузки позвоночника могут быть**

- а сидя на стуле
- б лежа на спине и животе
- в стоя на четвереньках
- г стоя
- д правильно б) и в)

**Функциональный корсет при сколиозе ставит своей целью**

- а вытяжение позвоночника
- б разгрузку позвоночника
- в увеличение стабильности позвоночника и удержание его в правильном положении
- г увеличение мобильности позвоночника
- д правильно б) и в)

**К специальным упражнениям для больных спондилезом относят все перечисленные, кроме**

- а корригирующих
- б дыхательных
- в на расслабление
- г укрепляющих мышцы спины, поясницы, живота
- д на растяжение мышц разгибателей спины

**Принципы физической реабилитации больных с травмами опорно-двигательного аппарата включают все перечисленное, кроме**

- а долечивания при тугоподвижности в суставах
- б ранней активизации больных с острой травмой
- в комплексного использования средств реабилитации
- г этапности применения средств ЛФК в зависимости от периода лечения
- д соблюдения методических принципов ЛФК



**При лечении травмы в период иммобилизации используются все перечисленные формы ЛФК, за исключением**

- а лечебной гимнастики
- б занятий физическими упражнениями по заданию
- в лечебной гимнастики в воде
- г обучения двигательным навыкам бытового характера
- д верно все перечисленное

**Формы ЛФК при лечении травмы в постиммобилизационном периоде включают все перечисленное, кроме**

- а спортивных упражнений
- б лечебной гимнастики
- в лечебной гимнастики в воде
- г механотерапии
- д трудотерапии

**Физические упражнения при острой травме предупреждают**

- а развитие мышечной атрофии и тугоподвижности суставов
- б тромбоэмболические осложнения
- в старение организма
- г значительное снижение физической работоспособности
- д правильно а) и г)

**Задачами ЛФК при острой травме в период иммобилизации являются**

- а повышение жизненного тонуса больного
- б противодействие гипотрофии нервно-мышечного аппарата, улучшение функции внутренних органов
- в подготовка к развитию функции движения в иммобилизационном участке

- г обучение смене положения тела и конечностей в условиях, благоприятных для восстановления нарушенных функций
- д все перечисленное

**К общим противопоказаниям к применению ЛФК при острой травме относятся**

- а тяжелое состояние больного и высокая температура тела
- б экстрасистолия
- в кровотечение
- г атония кишечника
- д правильно а) и в)

**Задачами ЛФК при острой травме в постиммобилизационном периоде являются**

- а укрепление гипотрофических мышц, восстановление движений в полном объеме
- б образование костной мозоли
- в тренировка вестибулярного аппарата
- г повышение физической работоспособности и подготовка к труду
- д правильно а) и г)

**Противопоказаниями к применению ЛФК при переломах трубчатых костей являются все перечисленные, кроме**

- а смещения костных отломков
- б кровотечения
- в субфебрильной температуры тела
- г резких болей в конечности при движении
- д отека поврежденной конечности

**Противопоказаниями для сгибательного напряжения мышц под гипсом у больных с переломом являются все перечисленные, кроме**

- а косых переломов трубчатых костей

- б винтообразных переломов
- в неустойчивого стояния костных отломков
- г поперечных переломов трубчатых костей
- д сопутствующих повреждений сосудисто-нервного пучка

**В восстановительном лечении травм используются следующие методические приемы**

- а расслабление мышц травмированной зоны
- б облегчение веса конечности
- в использование скользящих поверхностей для движений
- г специальная укладка после занятий
- д все перечисленное

**Физические упражнения после пластики сухожилий сгибателей пальцев кисти в I периоде реабилитации включают все перечисленное, кроме**

- а общеразвивающих упражнений для здоровых конечностей и туловища
- б изометрического напряжения мышц плеча и предплечья
- в пассивных упражнений в лучезапястном и пальцевых суставах с полной амплитудой
- г активных упражнений с малой амплитудой в лучезапястных и пальцевых суставах
- д динамических упражнений в плечевом и локтевом суставах оперированной конечности

**Показаниями к назначению ЛФК при переломах костей таза являются все перечисленные, кроме**

- а изолированных переломов костей таза
- б переломов без нарушения тазового кольца
- в переломов с незначительным смещением фрагментов костей
- г переломов с расхождением лонного сочленения
- д переломов лонного и крестцово-подвздошного сочленений

**Задачами ЛФК при компрессионных переломах позвоночника являются все перечисленные, исключая**

- а вытяжение позвоночника
- б стимуляцию функций внутренних органов
- в осевую нагрузку на позвоночник
- г реклинацию
- д профилактику трофических нарушений

**К приемам лечения положением при сгибательных переломах тел шейных позвонков относятся все перечисленные, кроме**

- а уложить больного на жесткую постель
- б подложить под плечи небольшую подушку
- в создать вытяжение за теменные бугры
- г приподнять головной отдел кровати на 40 см
- д приподнять ножной отдел кровати

**К приемам лечения положением при разгибательном переломе тел шейного позвонков относятся**

- а горизонтальное положение больного на жесткой постели
- б вытяжение с помощью петли Глиссона с обеспечением сгибания головы кпереди
- в приподнять головной отдел кровати
- г приподнять ножной отдел кровати
- д правильно а) и б)

**Задачами лечебной гимнастики при переломах позвоночника являются все перечисленные, кроме**

- а улучшения кровообращения в области перелома
- б предупреждения атрофии мышц
- в восстановления правильной осанки и навыков ходьбы
- г укрепления мышц туловища

- д предупреждения смещения в области перелома

**Методика лечебной гимнастики при разрыве лонного сочленения и переломе переднего полукольца таза в первом периоде включает все перечисленное, кроме**

- а дыхательных упражнений преимущественно грудного типа
- б упражнений преимущественно с диафрагмальным дыханием
- в активных упражнений для ноги, свободной от иммобилизации
- г упражнений для мышц таза
- д упражнений для стопы ноги, не свободной от иммобилизации

**Активная коррекция позвоночника при локализации сколиоза в верхнегрудном и грудном отделах позвоночника включает упражнения**

- а подъем рук вверх со стороны выпуклости дуги искривления
- б подъем рук вверх со стороны вогнутости дуги искривления
- в отведение руки в сторону до горизонтали со стороны вогнутости дуги искривления
- г отведение руки в сторону до горизонтали со стороны выпуклости дуги искривления
- д правильно б) и г)

**При выраженной слабости мышечно-связочного аппарата при сколиозе противопоказаны все перечисленные виды упражнений, кроме упражнений**

- а на увеличение стабильности позвоночника
- б на увеличение мобильности позвоночника
- в на растяжение позвоночника
- г на увеличение гибкости позвоночника
- д на увеличение статических нагрузок

**К упражнениям, вызывающим увеличение мобильности позвоночника, относятся все перечисленные, исключая**

- а динамические
- б на вытяжение позвоночника
- в упражнения, выполняемые на наклонной плоскости
- г выполнение упражнений с большой амплитудой
- д статические упражнения

**Оздоровительно-гигиеническое значение плавания при сколиозе состоит**

- а в укреплении скелетной мускулатуры
- б в разгрузке позвоночника
- в в повышении подвижности грудной клетки, улучшении функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем
- г в совершенствовании терморегуляции, закаливании организма
- д во всем перечисленном

**Задачи ЛФК при нарушении осанки включают**

- а укрепление мышц разгибателей позвоночника  
мышц живота
- б укрепление мышц сгибателей позвоночника
- в укрепление мышц тазового дна
- г укрепление мышц, поддерживающих свод стопы
- д правильно а) и г)

**Показаниями к назначению ЛФК при нарушении осанки являются**

- а слабость мышц туловища и конечностей
- б деформация и ограничение подвижности грудной клетки
- в наличие плоскостопия
- г асимметричное расположение углов лопаток
- д все перечисленное

**Клинико-физиологическое обоснование применения лечебной гимнастики при плоскостопии определяется**

- а общей слабостью мышечно-связочного аппарата
- б хроническим переутомлением мышечно-связочного аппарата, поддерживающего свод стопы
- в избыточным весом
- г болями в мышцах ног, стоп, появляющимися после ходьбы или длительного стояния, появлением отеков стоп к вечеру
- д всем перечисленным

**К специальным упражнениям при плоскостопии относятся все перечисленные, исключая**

- а упражнения для укрепления мышц, поддерживающих свод стопы
- б упражнения, укрепляющие мышцы голени, бедра
- в упражнения, укрепляющие мышцы, поддерживающие позвоночник в правильном вертикальном положении
- г упражнения для укрепления мышц плечевого пояса и тазового дна
- д правильно а) и б)

**Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является**

- а дисплазия бедренного сустава
- б врожденная косорукость
- в амниотические перетяжки
- г патологический вывих бедра
- д болезнь Клиппеля - Фейля

**В основе остеохондропатии лежит**

- а дисфункция созревания
- б дисфункция роста
- в механическое воздействие
- г неправильное внутриутробное развитие

д тератогенное воздействие

**В основе патогенеза врожденного вывиха бедра у детей лежит**

- а дисфункция роста
- б дисфункция созревания
- в родовая травма
- г внутриутробная инфекция
- д онкогенное воздействие

**Первичный наиболее общий этиологический фактор, определяющий нарушение жизненно важных функций при шоке у детей, состоит**

- а в торможении центров коры головного мозга, обусловленных болевой чувствительностью
- б в "вегетативной буре", с напряжением функций коры надпочечников и гипофиза
- в в интоксикации, вызванной продуктами распада органов и тканей
- г в острой дыхательной недостаточности
- д в нарушении центральной гемодинамики

**Максимальное снижение объема циркулирующей крови, при котором детский организм удерживает нормальный уровень артериального давления, составляет**

- а 80,00%
- б 70,00%
- в 60,00%
- г 50,00%
- д 40,00%



**Объем необходимых первоочередных лечебных мероприятий до назначения специальных методов обследования у ребенка с травматическим разрывом легкого и закрытым напряженным пневмотораксом включает**

- а ингаляцию кислорода и направление больного на рентгенологическое исследование
- б пункцию плевральной полости и удаление скопившегося воздуха
- в с противошоковой целью введения наркотиков
- г до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается
- д пункцию плевральной полости, удаление воздуха и проведение дренирования по Бюлау, выполнение шейной вагосимпатической блокады по А.В.Вишневскому

**Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на догоспитальном этапе включает**

- а оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения
- б переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения
- в транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков
- г транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации

- д транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков

**При верхнем родовом параличе Дюшенна - Эрба имеет место**

- а отсутствие движения в пальцах кисти
- б внутренняя ротация и приведения плеча при наличии движений в пальцах кисти
- в полное отсутствие движений в пораженной конечности
- г односторонний спастический гемипарез
- д отсутствие движений в пальцах кисти при сохраненных движениях в плечевом суставе

**Наиболее частой локализацией родового эпифизеолиза является**

- а проксимальный эпифиз плечевой кости
- б дистальный эпифиз плечевой кости
- в проксимальный эпифиз бедренной кости
- г дистальный эпифиз бедренной кости
- д проксимальный эпифиз большой берцовой кости

**Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родового эпифизеолиза дистального конца плечевой кости, является**

- а деструкция метафиза плечевой кости
- б наличие видимого костного отломка
- в нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья
- г видимая костная мозоль
- д луковичный периостит

**Рациональная лечебная тактика при родовом эпифизеолизе головки бедренной кости в первые часы после рождения включает**

- а открытое вправление
- б вытяжение по Шеде
- в вытяжение по Блаунту

- г закрытое вправление
- д закрытое вправление с последующим вытяжением на горизонтальной плоскости с отведением и внутренней ротацией поврежденной ножки

**Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает**

- а открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
- б одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
- в вытяжение по Шеде
- г вытяжение по Блаунту
- д не требуется лечения

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

- а гематома в области плечевого сустава
- б крепитация отломков
- в гемипарез
- г беспричинный плач и реакция на болевое ощущение при пеленании
- д нарушение кровообращения

**Рациональным методом лечения при родовом повреждении плечевой кости в средней трети является**

- а фиксация ручки к туловищу ребенка
- б лейкопластырное вытяжение
- в гипсовая повязка
- г повязка Дезо
- д торакобронхиальная гипсовая повязка с отведением плеча (90°) и сгибанием предплечья в локтевом суставе (90°)

**При параличе Клюмпке имеет место**

- а отсутствие движений в пальцах кисти

- б внутренняя ротация и приведение плеча при наличии движений в пальцах кисти
- в полное отсутствие движения в пораженной конечности
- г односторонний спастический гемипарез
- д отсутствие движений в пальцах кисти при сохранении движений в плечевом суставе

**Оптимальное положение ручки при лечении паралича Дюшенна - Эрба**

- а прибинтовать руку к туловищу
- б наложить повязку Дезо
- в фиксировать руку в положении отведения плеча под углом  $90^\circ$  с наружной ротацией
- г фиксация не обязательна
- д фиксация при запрокидывании руки за спину

**При экстренной профилактике столбняка у ребенка старше 10 лет, имеющего менее 3 прививок, последняя из которых сделана за два года до травмы, необходимо ввести**

- а анатоксин столбнячный + противостолбнячную сыворотку
- б противостолбнячный человеческий иммуноглобулин
- в противостолбнячную сыворотку
- г анатоксин столбнячный
- д ничего из перечисленного

**К открытой черепно-мозговой травме у детей относятся**

- а перелом основания черепа без повреждения мягких тканей
- б перелом свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза
- в перелом лобной кости с наличием раны в теменной области
- г перелом теменной кости с наличием раны в лобной области
- д ушиб мягких тканей головы

**К черепно-мозговой травме с характерным светлым промежутком относится**

- а коммоционный синдром
- б подбололочечное кровоизлияние
- в ушиб головного мозга
- г родовая черепно-мозговая травма
- д внутричерепная гематома

**При односторонней эпи- или субдуральной гематоме имеет место следующий симптомокомплекс**

- а кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия
- б потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки
- в "светлый промежуток", гомолатеральное расширение зрачка, контралатеральные признаки пирамидной недостаточности
- г общемозговая симптоматика, повышение температуры
- д тетраплегия, ясное сознание

**Из видов вдавленных переломов свода черепа для детей до 5 лет характерен**

- а неполный перелом
- б импрессионный перелом
- в депрессивный перелом
- г дырчатый перелом
- д перелом по типу целлулоидного мяча

**Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является**

- а потеря сознания
- б очаговая неврологическая симптоматика
- в многократная рвота
- г ото-рино-ликворея
- д кровотечение из носа и уха

**Типичный механизм возникновения перелома лопатки у детей**

- а прямой удар в области спины
- б падение на отведенную руку
- в падение на приведенную руку
- г сформированные вращательные движения рук в плечевом суставе
- д падение на спину в максимальном сгибании позвоночника

**Оптимальным методом лечения поднадкостничного перелома лопатки является**

- а повязка Дезо
- б открытая репозиция + повязка Дезо
- в закрытая репозиция + повязка Дезо
- г пункция гематомы с целью ее удаления + фиксирующая повязка
- д не требует лечения

**Оптимальной фиксирующей повязкой при переломе ключицы у ребенка до 1 года в средней трети является**

- а повязка Дезо
- б торакобрахиальная повязка
- в гипсовая 8-образная повязка
- г костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому - Карпенко
- д фиксация не требуется

**При вывихе кости наиболее вероятный механизм травмы**

- а падение на локоть (или кисть) приведенной или отведенной руки
- б прямой удар в среднюю треть предплечья
- в резкий рывок за руку
- г падение на бок при приведенной руке
- д ротация туловища при поднятой вверх и фиксированной руке

**Наиболее частыми видами повреждений верхнего конца плечевой кости у детей являются**

- а надбугорковый
- б черезбугорковый

- в подбугорковый
- г перелом хирургической шейки
- д остеоэпифизеолиз

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

- а репозицию и фиксацию гипсовой лонгетой
- б репозицию и фиксацию двумя перекрещивающимися спицами
- в репозицию и фиксацию на отводящей шине
- г скелетное вытяжение
- д репозицию и фиксацию стержневым аппаратом

**Закрытую репозицию надмыщелкового перелома плечевой кости у детей начинают**

- а с устранения ротационного смещения
- б со смещения по ширине
- в со смещения по длине
- г с углового смещения
- д со смещения по ширине и длине

**Показания к оперативному лечению чаще всего возникают**

- а при внутрисуставных повреждениях плечевой кости
- б при метафизарных повреждениях плечевой кости
- в при метадиафизарных повреждениях плечевой кости
- г при диафизарных повреждениях плечевой кости
- д оперативное лечение противопоказано на всех уровнях

**При отрывном переломе внутреннего надмыщелка плечевой кости у ребенка 12-14 лет наиболее предпочтительна фиксация отломков**

- а одной спицей

- б двумя спицами
- в спицей с боковой компрессией
- г костным швом
- д шило-шурупом Тер - Егiazарова

**Из перечисленных нервов  
страдает чаще других при  
отрывном переломе внутреннего  
надмыщелка плечевой кости**

- а локтевой
- б срединный
- в лучевой
- г мышечно-кожный

**Полный изолированный вывих  
головки лучевой кости  
характерен в возрастной группе**

- а новорожденных
- б до 1 года
- в от 1 до 3 лет
- г от 3 до 5 лет
- д от 5 до 12 лет

**Переломо-вывих Монтеджа - это**

- а вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой
- б вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети
- в вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья
- г вывих локтевой кости и перелом лучевой кости
- д вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке

**Вывих Галеацци - это**

- а вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом луча верхней трети на другой
- б вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка



- в перелом луча в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке
- г вывих кисти с переломом лучевой кости в средней трети
- д вывих головки луча в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети

**Абсолютными показаниями к оперативному лечению перелома костей предплечья являются**

- а перелом плечевой кости в средней трети с полным смещением
- б перелом локтевой кости в средней трети с полным смещением
- в перелом 2 костей предплечья в средней трети с полным смещением
- г перелом 2 костей предплечья в средней трети
- д перелом костей предплечья с явлениями нарушения кровообращения в поврежденной конечности

**При повреждении лучевой кости преждевременное закрытие зоны роста и развитие деформации верхней конечности наиболее вероятно в случае**

- а эпифизолиза дистального эпифиза луча со значительным смещением по ширине
- б проксимального перелома эпифиза
- в остеоэпифизолиза со смещением
- г эпифизолиза со смещением
- д сдавления ростковой зоны без существенного смещения эпифиза

**При ранении основной фаланги пальца с повреждением обоих сухожилий сгибателей и пальцевого нерва лечебная тактика включает**

- а первичный шов обоих сухожилий и нерва

- б операцию отложить до полного заживления кожной раны
- в первичный шов обоих сухожилий, шов нерва отложить
- г первичный шов сухожилия глубокого сгибателя и нерва, поверхностное сухожилие иссечь
- д первичный шов поверхностного сгибателя и нерва, концы глубокого сгибателя иссечь

**Оптимальным вариантом положения пальца кисти, фиксированного в гипсе, после успешной репозиции перелома средней или основной фаланги пальцев кисти будет**

- а положение максимального сгибания
- б положение максимального разгибания
- в средне-физиологическое положение
- г положение "писчего пера"
- д положение сгибания ногтевой фаланги под углом 90°

**Методом лечения при остром вывихе надколенника у детей является**

- а вправление, пункция сустава, моделированная гипсовая лонгета
- б вправление, гипсовая лонгета
- в открытое вправление, стабилизирующие оперативно-технические процедуры
- г закрытое вправление без иммобилизации

**При проникающем ранении коленного сустава пострадавшему следует произвести**

- а ушивание раны, наложение гипсовой повязки
- б ревизию раны, первичную хирургическую обработку, иммобилизацию

- в рентгеновский снимок сустава, ревизию раны, удаление инородных тел, промывание полости антибиотиками, ушивание раны, наложение гипсовой повязки
- г ревизию раны, удаление инородных тел, дренирование
- д артротомию с ревизией коленного сустава

**Оптимальным оперативным пособием при оскольчатом переломе надколенника является**

- а наложение кругового лавсанового шва
- б удаление надколенника
- в фиксация спицами
- г фиксация шурупом
- д фиксация проволокой

**При разрыве передней крестообразной связки коленного сустава характерным симптомом является**

- а блокада коленного сустава
- б симптом "выдвижного ящика"
- в сгибательная контрактура в коленном суставе
- г симптом "прилипшей пятки"

**Повреждением проксимального конца большеберцовой кости у детей, эквивалентным передней крестообразной связке у взрослых, является**

- а отрыв мышечкового возвышения
- б отрыв бугристости большеберцовой кости
- в фронтальный перелом проксимального эпифиза большеберцовой кости
- г сагиттальный перелом эпифиза большеберцовой кости
- д боковой отрыв костно-хрящевого фрагмента от эпифиза большеберцовой кости

**Оптимальный вариант лечебной тактики при внутрисуставных повреждениях костей голени со смещением у детей включает**

- а открытую репозицию
- б открытую репозицию и остеосинтез
- в аппаратное лечение
- г скелетное вытяжение
- д ревизию, гипсовую иммобилизацию

**Абсолютные показания к оперативному лечению при переломах костей голени касаются**

- а закрытых внутрисуставных переломов со смещением
- б закрытых диафизарных переломов 2 костей голени
- в метафизарных переломов 2 костей с угловым смещением
- г закрытых переломов с полным смещением
- д всех видов переломов со смещением отломков

**Оптимальным методом фиксации при закрытом поперечном переломе 2 костей голени в средней трети является**

- а скелетное вытяжение
- б аппарат Илизарова
- в аппарат Волкова - Оганесяна
- г гипсовая лонгета
- д стержневой аппарат

**У ребенка компрессионно-оскольчатый перелом пяточной кости. Угол Белера (таранно-пяточный) равен 20-25°, высотный индекс пятки 0.55-0.6. Ребенку не следует**

- а проводить скелетное вытяжение за пяточный бугор по оси голени
- б накладывать аппарат для компрессионно-дистракционного остеосинтеза

- в выполнять открытую репозицию и фиксацию фрагментов пяточной кости металлическими конструкциями
- г проводить скелетное вытяжение в двух взаимно перпендикулярных плоскостях (по оси голени и по оси стопы - по А.В.Каплану)
- д производить одномоментную закрытую репозицию, фиксируя фрагменты металлическими спицами и накладывая моделированную гипсовую повязку

**Для ротационного подвывиха I шейного позвонка (атланта) у детей характерен**

- а наклон головы и поворот ее в "здоровую" сторону
- б поворот головы в сторону "подвывиха"
- в ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди
- г полный объем движений

**Название болезни Гризеля носит**

- а остеохондропатия апофиза пяточной кости
- б остеохондропатия апофизов позвонков
- в "маршевый" перелом костей стопы
- г подвывих I шейного позвонка на фоне воспаления лимфоузлов шеи
- д порок развития сухожилий сгибателей кисти

**Комбинированным радиационным повреждением называется**

- а перелом, полученный пострадавшим, имеющим обширную лучевую язву с поражением кости
- б термический ожог, полученный пожарным, который был подвергнут действию ионизирующей радиации мощностью в 4 Гр при тушении пожара на 4-м блоке Чернобыльской АЭС

- в патологический перелом, возникший в результате лучевого остеомиелита, осложнившего рентгенотерапию опухоли кости
- г лучевой ожог IV степени наружной поверхности бедра, возникший при случайном контакте при ношении радиоактивной ампулы в кармане брюк
- д тяжелое состояние пострадавшего, имевшего множественные переломы конечностей и подвергнутого многочисленным рентгенографическим исследованиям

**При сочетании лучевой болезни и обширного ожога происходит**

- а обычное тяжелое течение ожоговой болезни
- б арифметическое суммирование тяжести течения лучевой болезни и ожоговой
- в более легкое течение лучевой и ожоговой болезней
- г взаимное отягощение ожога и лучевой болезни
- д образование новой болезни - нового качества

**При комбинации открытого перелома бедра и лучевой болезни тяжелой степени в течение первой недели преобладает клиника**

- а лучевой болезни в периоде первичных реакций
- б открытого перелома бедра
- в разгара лучевой болезни тяжелой степени
- г сепсиса
- д мнимого благополучия

**Скрытый (инкубационный) период комбинированного радиационного повреждения характеризуется**

- а прогрессирующим падением числа эритроцитов в периферической крови

- б прогрессирующим падением процента гемоглобина
- в прогрессирующим падением числа лейкоцитов
  
- г уменьшением гематокрита
- д увеличением числа лимфоцитов

**Прямую хирургическую обработку и остеосинтез открытого перелома бедра, протекающего на фоне лучевой болезни, предпочтительно проводить**

- а в период первичных реакций
- б в скрытом (инкубационном) периоде
- в в разгар комбинированного радиационного повреждения
- г в период восстановления
- д в отдаленный период

**Средняя условно смертельная доза для человека (так называемая л/д - 50/30, т.е. летальная доза, когда 50% нелеченных людей погибают в течение 30 дней) составляет**

- а 2 Гр
- б 3 Гр
- в 4 Гр
- г 5 Гр
- д 6 Гр

**В классификации лучевой болезни выделяют все следующие стадии, кроме**

- а легкой
- б средней
- в полутяжелой
- г тяжелой
- д молниеносной

**Наиболее принятой теорией патогенеза лучевой болезни является**

- а поражение клеток головного мозга

- б разрушение стенок крупных кровеносных сосудов
- в ионизация клеточной воды и разложение ее на перекиси, закиси и свободные радикалы
- г торможение действия свертывающей и противовоспалительной систем крови
- д активизации эндогенной микробной флоры и паралич барьерной функции печени

**В течении лучевой болезни выделяют все перечисленные периоды, за исключением**

- а первичных реакций
- б запоздалых реакций
- в скрытого (инкубационного) периода
- г разгара
- д восстановления, реконвалесценции

**Молниеносная форма лучевой болезни вызывается общим облучением дозой более**

- а 2 Гр
- б 5 Гр
- в 7 Гр
- г 9 Гр
- д 15 Гр

**Хроническая лучевая болезнь чаще всего вызывается**

- а внешним облучением дозой в 2 Гр человека, страдающего хроническим заболеванием
- б частыми рентгенограммами нижних конечностей с целью контроля за консолидацией перелома
- в инкорпорированными радиоактивными нуклидами с преимущественным  $\alpha$ -распадом
- г внешним облучением дозой менее 1 Гр, пострадавшего, находящегося в состоянии травматического шока III-IV степени



д внешним облучением дозой менее 1 Гр,  
пострадавшего с кровопотерей более 1 л крови

**Диагностика хронической  
лучевой болезни строится в  
основном**

- а на ярких клинических симптомах
- б на энцефалограмме
- в на эхо-энцефалоскопии головного мозга
- г на УЗИ печени, селезенки и почек
- д на морфологическом исследовании крови

**Лечение лучевой болезни в период  
первичных реакций состоит**

- а в массивном введении антибиотиков
- б в переливании крови и ее препаратов
- в в купировании рвоты, коллапса, головной боли, абстиненции
- г в пересадке костного мозга
- д во внутривенном введении 20% спирта с глюкозой

**Для хирургов, производящих  
первичную хирургическую  
обработку ран людей,  
подвергшихся действию больших  
доз внешней проникающей  
ионизирующей радиации, работа  
эта опасности**

- а не представляет, даже при обычных условиях работы
- б представляет, если они не имеют специальной одежды
- в не представляет, если они во время работы несколько раз меняют операционное белье и резиновые перчатки
- г не представляет, если они после окончания работы будут подвергнуты дезактивации
- д не представляет, если хирурги предварительно получают медикаментозную защиту

**Среди санитарных потерь при поражении ядерным оружием пострадавшие с термическими ожогами составляют**

- а 3-5%
- б 10-20%
- в 30-40%
- г 40-50%
- д 60% и более

**Среди синонимов световых ожогов, приведенных ниже, неправильным является термин**

- а профильные ожоги
- б беспламенные ожоги
- в вторичные ожоги
- г первичные ожоги
- д ожоги открытых частей тела

**Прогноз пострадавшего со сдавлением мягких тканей, протекающим на фоне лучевой болезни, не зависит**

- а от времени (экспозиции) сдавления
- б от площади сдавления
- в от дозы ионизирующего воздействия
- г от локализации сдавления
- д от погодных условий

**При наличии у пострадавшего лучевой болезни средней тяжести открытые переломы при адекватном лечении консолидируются по сравнению с такими же переломами у необлученных людей**

- а в те же сроки
- б быстрее на 1/4 срока
- в совсем не консолидируются
- г медленнее на 1/4 обычного срока
- д медленнее на 1/2 и более срока

**После промывания, дезактивации и иссечения края и дна раны, загрязненной радиоактивным веществом, хирург имеет право зашить рану наглухо при дозиметрическом контроле ее, показывающем**

- а менее 15 тыс импульсов в 1 с
- б менее 12 тыс импульсов в 1 с
- в менее 10 тыс импульсов в 1 с
- г менее 8 тыс импульсов в 1 с
- д менее 7 тыс импульсов в 1 с

**Слущенный эпителий, содержимое ожоговых пузырей, а также выделения пострадавшего, имеющего термический ожог, загрязненный радиоактивным веществом, для хирурга опасности**

- а не представляет
- б не представляет, если хирург защищен стерильным хирургическим бельем, маской, резиновыми перчатками и бахилами
- в не представляет, если хирург в процессе манипуляций несколько раз меняет стерильное хирургическое белье, маску, резиновые перчатки, бахилы
- г представляет

**В результате аварии на ЧАЭС воздействию радиоактивного йода подверглись следующие контингенты**

- а все ликвидаторы аварии
- б ликвидаторы и население, находившееся в зоне радиоактивного загрязнения в первые два месяца после аварии
- в ликвидаторы 1987-1990 гг.
- г дети, родившиеся в зоне радиоактивного загрязнения после 1987 г

**В 1986 г наиболее высокие дозы облучения щитовидной железы чаще всего встречались у следующих контингентов**

- а дошкольники
- б школьники
- в подростки
- г взрослое население
- д ликвидаторы

**При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место**

- а в центральной нервной системе
- б в сердечно-сосудистой системе
- в в системе органов кроветворения
- г в пищеварительной системе
- д в иммунной системе

**Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является**

- а тошнота и рвота
- б лейкопения
- в эритема кожи
- г выпадение волос
- д жидкий стул

**Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет**

- а 0.5 Гр
- б 1 Гр
- в 2 Гр
- г 3 Гр
- д 4 Гр

**Наиболее ранними изменениями клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов**

- а эритроцитов

- б лейкоцитов
- в нейтрофилов
- г лимфоцитов
- д тромбоцитов

**Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет**

- а 1.5 Гр
- б 1 Гр
- в 0.5 Гр
- г 0.1 Гр
- д любая

**Минимальная доза излучения, вызывающая выпадение волос у человека, составляет**

- а 0.25 Гр
- б 0.5 Гр
- в 1 Гр
- г 1.5 Гр
- д 2 Гр

**Единица активности**

- а Рентген
- б Грей
- в Беккерель
- г Рад
- д Зиверт

**Назначение медикаментозных препаратов, ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано**

- а лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более 40 Ки/км<sup>2</sup>
- б лицам, содержащим в организме активность более допустимого содержания по Нормам радиационной безопасности
- в детям, проживающим на загрязненных территориях
- г беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях

**В настоящее время наибольшее содержание цезия в организме встречается у следующих контингентов**

- а детей
- б подростков
- в взрослых
- г пенсионеров
- д беременных женщин

**Из перечисленных радионуклидов в настоящее время в организме людей, проживающих в зоне радиоактивного загрязнения, не встречается**

- а йод
- б цезий
- в стронций
- г плутоний
- д радий

**"Малыми" принято называть дозы**

- а не вызывающие лучевой болезни
- б не вызывающие хромосомных повреждений
- в не вызывающие генных поломок
- г не вызывающие специфических изменений в отдельном организме, а вызывающие статически выявленные изменения в состоянии здоровья группы
- д меньшие, чем допустимые дозы облучения

**После облучения мужских гонад наиболее характерными изменениями являются**

- а нарушение половой импотенции
- б гипоспермия
- в водянка яичка
- г наследственные болезни у детей
- д снижение в крови тестостерона

**Единица поглощенной дозы**

- а Грей

- б Зиверт
- в Рентген
- г Кюри
- д Бэр

**Признак гемартроза коленного сустава:**

- а увеличение объема сустава
- б кровоизлияние в мягкие ткани
- в ограничение движений в суставе
- г баллотирование надколенника
- д симптом "выдвижного ящика"

**При давности травмы 10 дней при повреждении ПКС, следует:**

- а артроскопическая пластика передней крестообразной связки
- б гипсовая иммобилизация на 6 недель
- в комплексная реабилитационная терапия до 6 недель с последующей плановой артроскопической пластикой ПКС.

**При артроскопии коленного сустава возможно выявить или произвести все перечисленное, кроме**

- а повреждения суставного хряща
- б повреждения менисков
- в наличия дополнительной медиопателлярной связки
- г удаления части разорванного мениска
- д сшивания собственной связки надколенника

**При подозрении на повреждение внутреннего мениска коленного сустава следует отдать предпочтение методу исследования**

- а рентгенографическому
- б термографическому
- в МРТ
- г артроскопическому
- д артропневмографическому

**Больная 50 лет много лет страдает деформирующим гонартрозом. Многократные курсы консервативного лечения, остеотомия с целью исправления оси нижней конечности, операции на связочном аппарате коленного сустава давали временный эффект. В настоящий момент - клинико-рентгенологическая картина деформирующего гонартроза III. Больную беспокоят боли, усиливающиеся при ходьбе. Пользоваться конечностью больная не может. Второй коленный сустав функционирует удовлетворительно. Какой вариант лечения целесообразнее?**

- а эндопротезирование сустава
- б продолжать консервативное лечение (обезболивающие, инъекционная терапия, физиотерапевтическое лечение, массаж)
- в показан артродез сустава
- г ампутировать конечность выше коленного сустава и протезировать конечность

**Основные клинические признаки деформирующего артроза коленного сустава**

- а боли в коленном суставе
- б ограничение движений
- в хруст в суставе при движениях
- г варусная или вальгусная деформация коленного сустава
- д все вышеперечисленное

**По отношению к коленному суставу истинны следующие утверждение из приведенных:**



- а в образовании коленного сустава кроме бедренной и большеберцовой костей принимает участие малоберцовая кость
- б медиальный и латеральный мениски полностью разделяют полость сустава на верхний и нижний отделы
- в передняя и задняя крестообразные связки являются внутренним связочным аппаратом сустава

**Фиброзная оболочка капсулы коленного сустава на бедренной кости прикрепляется:**

- а по краю суставного хряща
- б на расстоянии 0,5-1 см от края суставного хряща
- в на расстоянии 1-2 см от края суставного хряща
- г покрывает надмыщелки бедренной кости

**При вскрытии задне-латеральных заворотов коленного сустава возможно повреждение нерва:**

- а большеберцового
- б общего малоберцового
- в бедренного
- г седалищного

**Какая операция наиболее рациональна повреждении мениска в прикапсулярной зоне?**

- а удаление
- б пластика оторванной части
- в резекция
- г операция не показана
- д шов мениска

**Какой из перечисленных синдромов патологии коленного сустава наиболее характерен для повреждения мениска?**

- а "переднего выдвигного ящика"
- б "заднего выдвигного ящика"

- в "блокады"
- г нестабильности

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

- а пункции сустава с внутрисуставным введением гормональных препаратов
- б артродез
- в артроскопическая синовэктомия
- г иммобилизация гипсовой повязкой

**В полости плечевого сустава проходит сухожилие:**

- а длинной головки двуглавой мышцы
- б короткой головки двуглавой мышцы
- в сухожилия в полости сустава нет
- г клювовидно-плечевой мышцы
- д трехглавой мышцы

**При артроскопии тазобедренного сустава с помощью 70-градусного артроскопа удобно осматривать:**

- а периферическую часть дна вертлужной впадины и головки бедренной кости
- б круглую связку
- в верхний отдел вертлужной впадины
- г центральные части вертлужной впадины и головки бедренной кости

**В какой стране впервые был предложен метод артроскопии?**

- а Германия
- б Швейцария
- в Япония
- г Россия

**Оптимальное количество жидкости в полости сустава при артроскопии коленного сустава:**

- а 100 – 120 мм.вод.ст.
- б 90 – 100 мм.вод.ст.
- в 60 – 80 мм.вод.ст.
- г 40 – 60 мм.вод.ст.

**Выберете оптимальный угол сгибания в коленном суставе для определения точки прикрепления трансплантата передней крестообразной связки (точки бедренного канала) при артроскопической пластике:**

- а 60\*
- б 80\*
- в 90\*
- г 110\*

**Какой угол сверления необходим для формирования канала в большеберцовой кости при артроскопической пластике передней крестообразной связки?**

- а 20- 40\*
- б 50-70\*
- в 80-100\*
- г 100-120\*

**Какой степени поражения суставного хряща (по Оутербридж) соответствует описание артроскопической картины: «разволокнение до 1/2 слоя, глубокие трещины, поверхностные лоскутные отслоения»?**

- а 1-я степень
- б 2-я степень
- в 3-я степень
- г 4-я степень

**В какой зоне при артроскопии коленного сустава целесообразно проводить дренирование кисты Бейкера?**

- а в области тела наружного мениска
- б в области тела внутреннего мениска
- в в области заднего рога наружного мениска
- г пространстве между крестообразными связками

**Виды разрывов менисков, выберите один неверный ответ.**

- а лоскутный
- б по типу «ручки лейки»
- в горизонтальный
- г Z-образный

**Артроскопическая операция Латарже показана при:**

- а Повреждение сухожилия подлопаточной мышцы
- б костный дефект суставной впадины лопатки
- в повреждения сухожилия подостной мышцы
- г повреждение сухожилия надостной мышцы
- д повреждение хрящевой губы

**К показаниям для артроскопических вмешательств на голеностопном суставе относятся все перечисленные, кроме:**

- а расслаивающего остеохондрита купола таранной кости
- б переднего синовиального импинджмента таранной кости
- в повреждение таранно-пяточной связки
- г свободного хондромного тела голеностопного сустава
- д дефекта хряща купола таранной кости

**На какие сутки возможно проведение ранних реабилитационных мероприятий после артроскопической пластики ПКС:**

- а на 3 сутки
- б на 2 сутки
- в на 7 сутки
- г на 1 сутки

**Под какими видами обезболивания проводят артроскопические вмешательства на плечевом суставе:**

- а СМА
- б местная анестезия
- в КОА
- г сочетанная анестезия

**Ограничение активных движений в плечевом суставе после артроскопической операции Банкарта:**

- а 1 неделя
- б до 2-х недель
- в до 6 недель
- д 4 недели

**Иммобилизация после артроскопического шва вращательной манжеты:**

- а 2 дня
- б до 2-х месяцев
- в 3 недели
- г до 6 месяцев

**Укажите показание для проведения артроскопической операции Банкарта:**

- а повреждение сухожилия подлопаточной мышцы
- б повреждения сухожилия подостной мышцы
- в повреждение сухожилия надостной мышцы

- г повреждение хрящевой губы без костного дефекта суставной впадины лопатки

**Укажите показания для проведения артроскопического тенодеза, тенотомии сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча:**

- а повреждение сухожилия подлопаточной мышцы
- б SLAP-синдром
- в хронический теносиновит сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча
- г повреждение хрящевой губы суставной впадины лопатки в передне-нижнем секторе

**При отграниченном дефекте хрящевой поверхности внутреннего мыщелка бедренной кости площадью 1,5 \*1,5см показана:**

- а санационная артроскопия
- б иммобилизация конечности до 4-х недель
- в микрофрактурирование
- г мозаичная хондропластика

**К видам шва вращательной манжеты относят:**

- а однорядный
- б трехрядный
- в двухрядный
- г четырехрядный

**Какие виды артроскопических вмешательств используют при повреждениях типа SLAP:**

- а оефиксация сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча
- б реимплессаж
- в тенодез, тенотомия сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча
- г операция Латарже

**Какие артроскопические вмешательства выполняют при привычном вывихе плеча:**

- а шов вращательной манжеты
- б операция Латарже
- в тенodes, тенотомия сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча
- г операция Банкарта

**Показаниями к артроскопии локтевого сустава являются все перечисленные, исключая:**

- а неясную клинику повреждения локтевого сустава
- б подозрение на наличие свободных хондромных тел
- в подозрение на связочного аппарата локтевого сустава
- г наличие инфекционного процесса в локтевом суставе

**Какие инструменты необходимы для обработки мягких тканей в плечевом суставе:**

- а артроскопический крючок – щуп.
- б холодноплазменный аблятор
- в шейвер с насадкой для мягких тканей
- г шейвер с насадкой бур

**К показаниям для артроскопических вмешательств на плечевом суставе относятся все, кроме:**

- а повреждения сухожилия подлопаточной мышцы
- б повреждения сухожилия подостной мышцы
- г повреждения сухожилия надостной мышцы
- д повреждения большой круглой мышцы

**Не ранее какого срока возможны спортивные нагрузки на коленный сустав после артроскопической пластики ПКС:**

- а 2 месяцев
- б 6 месяцев
- г 3 месяца
- д 4 месяцев

**К факторам риска при аутопластике ПКС следует отнести:**

- а вес пациента более 95 кг
- б вес пациента менее 80 кг
- в наличие выраженных признаков артроза
- г отсутствие признаков артроза
- д гиперэластичность соединительной ткани

**Укажите показания для артроскопической аутопластики ПКС:**

- а вес пациента менее 80 кг
- б вес пациента более 95 кг
- в наличие выраженных признаков артроза
- г отсутствие признаков артроза

**Какие виды оперативного вмешательства наиболее часто используется при повреждении мениска:**

- а шов мениска
- б аллопротезирование
- в менискэктомия
- г резекция мениска

**Показаниями для артроскопической пластики ПКС являются все, кроме:**

- а нестабильность коленного сустава при бытовых нагрузках
- б при повреждении ПКС у спортсменов



в при повреждении ПКС у людей не занимающихся спортом, и не испытывающих нестабильность коленного сустава

г наличие выраженных артрозных изменений

**Костнопластической артроскопической операцией является:**

- а операция Банкарта
- б артротарже
- в операция Вайнштейна
- г операция Бойчева

**К большому бугорку плечевой кости прикрепляются сухожилия кроме:**

- а подлопаточной мышцы
- б надостной мышцы
- в малой круглой мышцы
- г подостной мышцы

**Медиализацией надколенника по Ямомото является:**

- а медиальная капсулопатия и латерорелиз надколенника
- б пластика медиальной повдешивающей связки надколенника
- в транспозиция бугристости большеберцовой кости
- г ничего из перечисленного

**Для артроскопии коленного сустава обычно используют :**

- а 0\* артроскоп
- б 30\* артроскоп
- в 70\* артроскоп

**В качестве ауто трансплантата для пластики передней крестообразной связки используют:**

- а В-Т-В
- б сухожилия подколенных сгибателей
- в сухожилие прямой мышцы бедра

г все перечисленное

**Для фиксации трансплантата в бедренном канале используют следующее:**

- а кросс-пин фиксация
- б интерферентный винт
- в эндобаттон
- г все перечисленное

**Какая техника формирования бедренного канала может быть использована при пластике ПКС:**

- а транстибиальная
- б формирование канала через антеромедиальный порт
- в формирование двух каналов в бедренной кости
- г все перечисленное

**Патогноманичным признаком адгезивного капсулита считают**

- а ограничение пассивных движений в плечевом суставе
- б выявленное на УЗИ утолщение капсулы сустава в области ротаторного интервала до 8-10 мм
- в боль в плечевом суставе в покое
- г все вышеперечисленное

**Для повреждения сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча характерным клиническим симптомом является:**

- а деформация Папайя
- б подкожная гематома в верхней трети плеча
- в невозможность активного сгибания в локтевом суставе.
- г все перечисленное

**Наиболее частая локализация медиальных переломов бедренной кости**

- а капитальный
- б субкапитальный
- в трансцервикальный

**Выберите метод лечения субкапитальных переломов шейки бедренной кости.**

- а консервативный
- б остеосинтез
- в функциональный
- г эндопротезирование.

**Какой исход консервативного лечения перелома шейки бедренной кости.**

- а консолидация
- б ложный сустав
- в остеомаляция
- г укорочение конечности
- д нарушение опороспособности

**Причиной возникновения ложного сустава шейки бедренной кости является**

- а возраст
- б консервативное лечение
- в несостоятельный остеосинтез
- г недостаточность кровоснабжения
- д остеопороз

**Какая контрактура формируется при ложном суставе шейки бедренной кости**

- а сгибательная
- б сгибательно-приводящая
- в приводящая
- г разгибательная

**Какие факторы при переломе шейки бедренной кости влияют на тактику лечения**

- а возраст
- б мнестико-интеллектуальный статус пациента
- в хронические сопутствующие заболевания

- г наличие тромбоза вен нижних конечностей
- д остеопороз

**При принятии решения о невозможности эндопротезирования тазобедренного сустава при переломе шейки бедренной кости каких рекомендаций по консервативному лечению необходимо придерживаться.**

- а постельный режим
- б фиксация конечности в деротационном сапожке
- в ранняя активизация пациента
- г эластическое бинтование нижних конечностей
- д антикоагулянты

**Какие типичные ранние осложнения при переломе шейки бедренной кости возможно ожидать.**

- а подвертельный перелом бедренной кости на стороне перелома.
- б тромбоз вен нижних конечностей
- в артериальный тромбоз на стороне перелома
- г эрозивно-язвенные процессы в желудке и 12-типерстной кишке.
- д ДВС-синдром

**Какие современные методы оперативного лечения при переломах шейки бедренной кости применяются.**

- а остеосинтез 3-х лопастным гвоздем Смит-Петерсона
- б остеосинтез канюлированными винтами
- в эндопротезирование тазобедренного сустава
- г остеотомия по Мак-Маррею
- д артродез

**Какие особенности при эндопротезировании ложного сустава шейки бедренной кости?**

- а наличие остеопороза в зоне операции
- б компоненты эндопротеза должны быть только цементной фиксации
- в наличие выраженного укорочения конечности
- г большей интраоперационной кровопотерей
- д отсутствием интраоперационных переломов проксимального отдела бедренной кости

**Какие типы эндопротезов тазобедренного сустава предпочтительны у пациентов старческого возраста?**

- а гемипротезы
- б биполярные эндопротезы
- в эндопротезы цементной фиксации
- г эндопротезы бесцементной фиксации
- д эндопротезы гибридной фиксации

**Что определяет срок службы эндопротеза?**

- а компания-производитель.
- б корректность установки
- в вид материалов в узле трения
- г тип фиксации эндопротеза к кости
- д образ жизни пациента

**Какие жалобы пациента могут свидетельствовать о расшатывании эндопротеза тазобедренного сустава.**

- а гипертермия по утрам
- б боли в паховой области
- в боли по ходу бедра с иррадиацией в колено
- г боли в проекции седалищного бугра
- д боли в задне-наружном квадранте ягодичной области с иррадиацией по задней поверхности бедра.

**Какой наиболее долговечный узел трения при эндопротезировании тазобедренного сустава?**

- а металл-кость
- б металл-полиэтилен
- в металл-металл
- г полиэтилен-керамика
- д керамика – керамика

**Какие наиболее вероятные причины прогрессирующего перипротезного остеолита?**

- а инфекция
- б метастазирование опухоли
- в прогрессия остеопороза
- г износ пары трения
- д перелом

**Какие достоверные рентгенологические признаки расшатывания вертлужного компонента?**

- а инклинация более 60 градусов
- б инклинация менее 60 градусов
- в разрежение костной ткани в зонах Чанли более 2 мм
- г миграция компонента медиально и проксимально
- д вывих эндопротеза

**Какие достоверные рентгенологические признаки расшатывания бедренного компонента бесцементной фиксации?**

- а разрежение костной ткани в зонах Gruen
- б проседание компонента
- в стресс-шилдинг синдром
- г образование костного «пьедестала» под компонентом
- д отрыв большого вертела бедренной кости

**Какие достоверные рентгенологические признаки расшатывания бедренного компонента цементной фиксации?**

- а разрежение костной ткани в зонах Gruen
- б проседание компонента
- в перелом цементной мантии
- г образование костного «пьедестала» под компонентом
- д отрыв большого вертела бедренной кости

**Какие специфические осложнения можно ожидать у пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава с парой трения металл-металл?**

- а перипротезная инфекция
- б скрип в суставе
- в повышение уровня ионов кобальта и хрома в сыворотке
- г протирание компонента
- д образование металлогранулемы

**Какие обследования необходимо выполнить больному после эндопротезирования тазобедренного сустава с парой трения металл-металл при жалобах на дискомфорт в области оперированного тазобедренного от шести месяцев и далее с момента операции?**

- а УЗИ тазобедренного сустава
- б рентгенография
- в рентгеноденситометрия
- г МРТ перипротезной зоны
- д определение уровня СОЭ и CRP

**Какие основные причины раннего вывиха эндопротеза тазобедренного сустава?**

- а неправильное позиционирование компонентов эндопротеза
- б отрыв вертелов бедренной кости
- в удлинение конечности
- г укорочение конечности
- д нарушение режима пациентом

**Какие основные причины позднего вывиха эндопротеза тазобедренного сустава?**

- а износ компонентов эндопротеза в узле трения
- б перипротезные переломы бедренной кости
- в деменция
- г перипротезная инфекция
- д нарушение режима пациентом

**Какие основные пути снижения риска вывиха эндопротеза тазобедренного сустава?**

- а правильное позиционирование компонентов эндопротеза
- б применение пары трения большего диаметра
- в удлинение конечности
- г наложения тазобедренной гипсовой повязки в послеоперационном периоде
- д отсутствие интраоперационного повреждения большого и малого вертелов бедренной кости

**Какие основные показания к эндопротезированию тазобедренного сустава?**

- а дегенеративные заболевания суставов в крайних стадиях клинических проявлений
- б переломы шейки бедренной кости
- в оскольчатые переломы вертлужной впадины с повреждением головки бедренной кости.
- г аваскулярный некроз головки бедренной кости III-IV стадий.
- д ревматоидные деформации суставов



**Какие основные противопоказания к эндопротезированию крупных суставов?**

- а инфекционный артрит
- б пиодермия
- в оскольчатые переломы вертлужной впадины с повреждением головки бедренной кости.
- г деменция
- д ревматоидный артрит

**В какие сроки нужно рекомендовать пациенту эндопротезирование при остеоартрозе?**

- а срочно
- б сразу после выявления патологии на рентгенограмме
- в только после МРТ или КТ сустава.
- г при постоянном болевом синдроме.
- д при прогрессивном ухудшении качества жизни

**Какая основная рекомендация в отдаленные сроки после эндопротезирования?**

- а не кататься на лыжах
- б не кататься на велосипеде
- в не ходить в сауну.
- г выполнять рентгенографию каждые 2 года.
- д не принимать НПВС

**Укажите особенности анатомии ТБС при диспластическом коксартрозе.**

- а избыточная антеверсия шейки бедренной кости.
- б избыточная ретроверсия шейки бедренной кости
- в краниальное смещение головки бедренной кости
- г каудальное смещение головки бедренной кости

**Основные методы лечения  
диспластического коксартроза 3-4  
ст.**

- а внутрисуставные инъекции хондропротекторов
- б внутрисуставные инъекции гормональных препаратов
- в тотальное эндопротезирование
- г лечение препаратами группы НПВС
- д ФТЛ, ЛФК

**Какие виды реконструкции  
вертлужной впадины  
предпочтительны при  
эндопротезировании  
диспластического коксартроза?**

- а аугментация
- б костным цементом
- в костным аутотрансплантантом из резецированной головки бедренной кости
- г костным аллотрансплантантом

**Какой дополнительный  
технический прием необходим  
при эндопротезировании  
диспластического коксартроза  
CROW IV?**

- а остеотомия таза по Киари
- б остеотомия бедренной кости по Поваляйнен
- в укорачивающая остеотомия бедренной кости
- г остеотомия таза по Солтеру
- д применение чрескостного дистракционного остеосинтеза

**Какие осложнения часто  
встречаются при  
эндопротезировании  
диспластического коксартроза  
CROW IV?**

- а интраоперационные кровотечения
- б интраоперационные переломы проксимального отдела бедренной кости
- в повреждения органов малого таза

- г нейропатия седалищного нерва
- д избыточное удлинение конечности

**Какому типу перелома по классификации Vancouver соответствует перипротезный перелом большого вертела**

- а А
- б В1
- в В2
- г В3
- д С

**Какому типу перелома по классификации Vancouver соответствует перипротезный диафизарный перелом бедренной кости без нарушения стабильности ножки эндопротеза.**

- а А
- б В1
- в В2
- г В3
- д С

**Пациентка С. 54 лет, спустя 3 недели после эндопротезирования левого коленного сустава отметила подъем температуры тела до 38,5°C. Область левого коленного сустава отечна, при пункции получено 120 мл мутной синовиальной жидкости. Выберите оптимальную тактику лечения.**

- а удаление компонентов эндопротеза с санацией и установкой спейсера.
- б одномоментное ревизионное эндопротезирование с санацией и заменой всех компонентов эндопротеза.
- в удаление компонентов эндопротеза с санацией и выполнением артрореза коленного сустава.

- г санация без удаления эндопротеза.
- д санация с заменой полиэтиленовой прокладки.

**Пациент А. 76 лет, спустя 6 месяцев после эндопротезирования правого коленного сустава открылся свищ в области коленного сустава. Данных за расшатывание импланта нет. Выберите оптимальную тактику лечения.**

- а удаление компонентов эндопротеза с санацией и установкой спейсера.
- б одномоментное ревизионное эндопротезирование с санацией и заменой всех компонентов эндопротеза.
- в удаление компонентов эндопротеза с санацией и выполнением артрореза коленного сустава.
- г санация без удаления эндопротеза.
- д санация с заменой полиэтиленовой прокладки.

**Пациент с перипротезным переломом бедренной кости Vancouver C. Ваша тактика.**

- а остеосинтез бедренной кости без замены компонентов эндопротеза.
- б остеосинтез бедренной кости с заменой бедренного компонента.
- в остеосинтез бедренной кости с тотальной заменой эндопротеза тазобедренного сустава.

**Пациент с тотальным эндопротезом коленного сустава и полной несостоятельностью внутренней боковой связки. Выберите тип эндопротеза для ревизионной операции**

- а CR (не связанный)
- б ССК (констрэинт система)
- в Hinge

г PS (полусвязанный)

**Укажите сроки иммобилизации после вправления раннего вывиха эндопротеза тазобедренного сустава.**

- а 2 – 3 недели.
- б 4 – 6 недель.
- в 8 – 10 недель.
- г 10 – 12 недель.

**Укажите оптимальные сроки антибиотикотерапии после санации области эндопротеза коленного сустава без удаления компонентов.**

- а 1 неделя.
- б 2 – 3 недели.
- в 4 недели.
- г 6 – 8 недель
- д 12 – 14 недель.

**Укажите оптимальные сроки антибиотикотерапии после санации области эндопротеза коленного или тазобедренного сустава с удалением компонентов.**

- а 1 неделя.
- б 2 – 3 недели.
- в 4 недели.
- г 6 – 8 недель
- д 12 – 14 недель.

**Укажите наиболее оптимальный метод обезболивания при вправлении вывиха эндопротеза тазобедренного сустава.**

- а местная инфильтрационная анестезия.
- б блокада бедренного и седалищного нервов.
- в эпидуральная анестезия.
- г внутривенный наркоз.

**Пациентка с разрушением керамического вкладыша эндопротеза тазобедренного сустава. Пожалуйста, выберите пару трения для ревизионной операции.**

- а полиэтиленовый вкладыш, металлическая головка.
- б металлический вкладыш, металлическая головка.
- в керамический вкладыш, керамическая головка.
- г полиэтиленовый вкладыш, керамическая головка.

**Какие лабораторные показатели Вы будете использовать для диагностики перипротезной инфекции коленного сустава**

- а количество лимфоцитов в крови.
- б СОЭ.
- в количество нейтрофилов в синовиальной жидкости.
- г количество полиморфноядерных нейтрофилов в синовиальной жидкости.
- д CRP

**Укажите возможных возбудителей глубокой перипротезной инфекции коленного сустава.**

- а Staphylococcus Aureus
- б Staphylococcus Epidermidis
- в Propionibacterium Acnes
- г Enterobacter Cloacae
- д Micrococcus Luteus.

**Укажите антибиотики, которые возможно применять для добавления в костный цемент при изготовлении спейсера тазобедренного сустава.**

- а цефазолин
- б цефотаксим
- в гентамицин

- г эритромицин
- д ванкомицин
- е ципрофлоксацин

**Какие признаки на рентгенограмме могут указывать на расшатывание компонентов эндопротеза коленного сустава?**

- а остеолиз под компонентами
- б латерализация надколенника
- в миграция одного или нескольких компонентов
- г ощущение щелчка при движении в суставе

**Какие обследования необходимо выполнить для исключения или подтверждения пателло-фemorального импиджмента после тотального эндопротезирования коленного сустава?**

- а рентгенограммы в прямой и боковой проекциях
- б тангенциальные рентгенограммы коленного сустава при сгибании 30, 60, 90 градусов
- в МРТ коленного сустава
- г КТ коленного сустава
- д УЗИ коленного сустава

**Какие существуют основные показания к эндопротезированию коленного сустава?**

- а дегенеративные заболевания разной этиологии в крайних стадиях клинических проявлений
- б оскольчатые переломы метаэпифиза бедренной кости
- в оскольчатые переломы плато большеберцовой кости.
- г аваскулярный некроз мыщелков бедренной и большеберцовой костей.
- д ревматоидные деформации сустава

**Какие существуют основные показания к эндопротезированию плечевого сустава?**

- а дегенеративные заболевания разной этиологии в крайних стадиях клинических проявлений
- б оскольчатые переломы головки плечевой кости (Neer IV)
- в оскольчатые переломы суставного отростка лопатки.
- г асептический некроз головки плечевой кости.
  
- д ревматоидные деформации сустава
- е хронический бессимптомный разрыв ротаторной манжеты плеча.

**При каком типе перелома плечевой кости показано эндопротезирование плечевого сустава?**

- а Neer I
- б Neer II
- в Neer III
- г Neer IV

**При типе перелома плечевой кости Neer IV какой тип эндопротеза предпочтительно выбрать?**

- а однополюсный гемипротез
- б анатомический эндопротез
- в эндопротез с возможностью фиксации костных фрагментов к проксимальному отделу плечевого компонента.
- г реверсивный эндопротез

**Что определяет восстановление функции плечевого сустава после его эндопротезирования?**

- а рефиксация сухожилия m.subscapularis
- б оскольчатый характер перелома головки плечевой кости (Neer IV)
- в отсутствие субакромиального импиджмента компонентов



- г наличие сухожилия длинной головки m.biceps
- д сохранность ротаторной манжеты плеча.
- е сохранность n.axilaris

**Какие показания к эндопротезированию реверсивным типом эндопротеза плечевого сустава?**

- а ложные суставы проксимального отдела плечевой кости
- б оскольчатые переломы головки плечевой кости (Neer IV)
- в оскольчатые переломы суставного отростка лопатки
- г деформирующий артроз плечевого сустава с повреждением ротаторной манжеты
- д ревматоидные деформации сустава
- е посттравматический асептический некроз головки плечевой кости

**Что относится к рутинным процедурам для выявления остеопороза.**

- а анамнез и физикальный осмотр
- б формула крови, СОЭ, Са, альбумин, креатинин, фосфор, ЩФ и печёночные трансаминазы
- в костная денситометрия
- г боковая рентгенография поясничного и грудного отделов позвоночника
- д маркеры костного обмена

**Укажите рентгенологический признаки остеопороза**

- а изменение индекса Сингха
- б снижение кортикального индекса
- в наличие зон Лоозера
- г деструктивные изменения тел позвонков, выраженное сужение межпозвонковых дисков
- д «рамочная» структура тел позвонков

**Укажите наиболее часто встречающуюся локализацию переломов при остеопорозе.**

- а шейка бедра
- б лучевая кость
- в лодыжки
- г позвонки

**Назовите клетки кости.**

- а остеобласт
- б остеокласт
- в остеопат
- г остеоцит
- д подоцит

**Укажите группу людей, наиболее подверженных остеопорозу ( 1 ответ)**

- а женщины 35-50 лет
- б мужчины 35-50 лет
- в женщины 51-80 лет
- г мужчины 51-80 лет

**Укажите животных, передатчиков бешенства**

- а млекопитающие
- б хищные птицы
- в человек
- г ящерицы
- д змеи

**Укажите препараты для экстренной профилактики бешенства**

- а КоКАВ
- б АИГ
- в противовирусные препараты
- г антибиотики

**Укажите правильные способы обработки укушенных ран**

- а промывание проточной водой с мылом
- б иссечение краёв раны
- в наложение жгута
- г наложение асептической повязки

**Способы введения  
антирабической вакцины  
(КоКАВ)**

- а внутримышечно в дельтовидную мышцу
- б подкожно в живот
- в внутривенно, струйно
- г в таблетках под язык

**Противопоказания для  
антирабической вакцинации**

- а алкогольное опьянение
- б отягощённый аллергический анамнез
- в заболевания ЦНС
- г противопоказаний нет.