

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии

УТВЕРЖДЕНО
протоколом заседания
Центрального координационного
учебно-методического совета
«02»апреля 2024 г. № 4

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине

Травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 32.05.01 «Медико-профилактическое
дело», утвержденной 17.04.2024 г

для студентов 6 курса
по специальности 32.05.01 «Медико-профилактическое дело»

рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
«01» апреля 2024 г., протокол № 9

Заведующий кафедрой
травматологии и ортопедии

д.м.н. проф С.С. Сабаев

г. Владикавказ 2024 г.

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
1. Рецензия на оценочные материалы
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных материалов:
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)
 - вопросы к модулю
 - билеты к зачету
 - банк рентгенограмм

МПД-19

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ
на оценочные материалы**

по дисциплине Травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

для студентов VI курсов

по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело (специалитет)

Оценочные материалы составлены на кафедре травматологии и ортопедии на основании рабочей программы учебной дисциплины «Травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия», утвержденной 17.04.2024 года и соответствует требованиям ФГОС ВО по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело, утвержденный Министерством образования и науки РФ «15» июня 2017 г. № 552

Оценочные материалы включают в себя:

- вопросы к модулю
- билеты к зачету
- банк рентгенограмм
- эталоны тестовых ответов

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе «Травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия» и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество тестовых заданий составляет 294. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Вопросы для оценки знаний по модулям позволяют адекватно оценить уровень подготовки студентов по дисциплине.

Количество билетов к зачету составляет 50, что достаточно для проведения зачета и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время зачета в одной академической группе в один день. Билеты к зачету выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет к зачету включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагаются 30 рентгенограмм. Рентгенограммы, включенные в билет, дают возможность объективно оценить уровень усвоения студентом теоретического материала.

Сложность вопросов в билетах к зачету распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по дисциплине «Травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия» способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине «Травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия» могут быть рекомендованы к использованию для промежуточной аттестации на Медико-профилактическом факультете у студентов 6 курса.

*Председатель ЦУМК хирургических дисциплин,
доцент кафедры хирургических болезней № 2*

к.м.н. М.В. Калицова

Паспорт оценочных материалов по дисциплине

Травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

№п/п	Наименование контролируемого раздела(темы)дисциплины/ модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного материала
1	2	1	4
Вид контроля	Входной контроль знаний		
	Травматология и ортопедия	-----	Тестовые задания
	Текущий/Промежуточный		
	Особенности обследования пациентов с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. Травматическая болезнь.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталон тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
1.	Регенерация костной ткани. Принципы и методы лечения переломов костей	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталон тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
2.	Повреждения надплечья, плеча, грудины и ребер	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталон тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
3.	Повреждения предплечья, кистевого сустава и кисти	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталон тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
4.	Переломы костей таза. Повреждения позвоночника	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталон тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.

5.	Повреждения бедра и тазобедренного сустава	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
6.	Повреждения и заболевания коленного сустава	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
7.	Повреждения голени и стопы	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
8.	Осложнения при лечении переломов - несросшиеся переломы, ложные суставы. Посттравматический остеомиелит.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
9.	Врожденные ортопедические заболевания у детей: врожденный вывих бедра, врожденная косолапость, врожденная кривошея.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
10.	Дегенеративные заболевания позвоночника.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
11.	Приобретенные ортопедические заболевания у взрослых: деформирующие артрозы, статические деформации стопы - вальгусная деформация I пальца, молоткообразные пальцы, продольное и поперечное плоскостопие.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.

12.	Организация оказания помощи в чрезвычайных ситуациях	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
13.	Методы и средства обезболивания при ранениях на этапах медицинской эвакуации.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
14.	Огнестрельные раны, хирургическая обработка огнестрельных ран.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
15.	Инфекционные осложнения боевых хирургических травм.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
16.	Кровотечение и острая кровопотеря. Методы временной остановки наружного кровотечения.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
17.	Синдром длительного сдавления.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
18.	Боевая термическая травма	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.

19.	Боевая травма черепа и головного мозга, позвоночника и спинного мозга	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
20.	Боевая травма груди.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
21.	Боевая травма живота	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
22.	Боевая травма таза и тазовых органов	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.
23.	Боевая травма конечностей	УК-1 ОПК-5 ОПК-6	эталоны тестовых заданий; ситуационные задачи, билеты к зачету.

№ МПД-19

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Травматологии и ортопедии

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине Травматология, Ортопедия, Военно-Полевая Хирургия

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело,
утвержденной 17.04.2024 г.

для студентов 6 курса

по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело

г. Владикавказ 2024 г.

Тест №1 - Клиника и диагностика переломов и вывихов

1. К комбинированным переломам относятся:

- 1.открытый перелом переднего отдела таза
- 2.перелом вертлужной впадины и термический ожог промежности и ягодиц
- 3.перелом лонной и седалищных костей с разрывом мочевого пузыря
- 4.перелом лонной кости с разрывом уретры
- 5.перелом подвздошной кости и разрывом тонкого кишечника

2. В норме ось нижней конечности во фронтальной плоскости проходит:

- 1.через нижнюю переднюю подвздошную ость, медиальный край надколенника и I палец стопы
- 2.через верхнюю переднюю подвздошную ость, медиальный край надколенника и II палец стопы
- 3.через верхнюю переднюю подвздошную ость, середину надколенника и II палец стопы
- 4.через верхнюю переднюю подвздошную ость, латеральный край надколенника и III палец стопы
- 5.через верхнюю переднюю подвздошную ость, латеральный край надколенника и IV палец стопы

3. Отведение и приведение конечностей – это движения:

- 1.в сагитальной плоскости
- 2.во фронтальной плоскости
- 3.в аксиальной плоскости
- 4.внутреннее движение вокруг продольной оси
- 5.наружное движение вокруг продольной оси

4. Разгибание и сгибание конечности – это движения

1. в сагитальной плоскости
2. во фронтальной плоскости
3. в аксиальной плоскости
4. внутреннее движение вокруг продольной оси
5. наружное движение вокруг продольной оси

5. Выделите симптомы, абсолютные для перелома костей

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

6. Из перечисленных повреждений выберите множественное

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

7. "Свисающая стопа" – симптом повреждения наружной боковой связки коленного сустава.

1. Да
2. Нет

8. Рентгенографическое исследование дает возможность установить

перечисленное, кроме

- 1.наличия костных переломов и степени их консолидации
- 2.характера смещения отломков
- 3.изменения структуры костной ткани
- 4.степени регенерации поврежденного хряща
- 5.разрывов крупных сухожилий, мягкотканых опухолей

9. Для выявления повреждения используются все приведенные ниже диагностические приемы, кроме

- 1.сбора анамнеза
- 2.осмотра
- 3.взвешивания массы тела
- 4.определения механизма травмы
- 5.рентгенологического исследования

10.Сочетанные травмы – это сочетание:

- 1.термических и механических повреждений
- 2.лучевых и механических повреждений
- 3.нескольких повреждений в пределах опорно-двигательного аппарата
- 4.повреждение одним фактором нескольких органных систем
- 5.однотипные повреждения на смежных конечностях

11. К симптомам перелома относится все кроме,

- 1.крепитации костных отломков
- 2.патологической подвижности
- 3.деформации сегмента конечности
- 4.пружинящего сопротивления

12. Костный анкилоз сустава – это

- 1.качательные движения в суставе
- 2.ограничение сгибания в суставе
- 3.полная неподвижность
- 4.ограничение разгибания в суставе

13.Эпифизарный перелом относится к

- 1.внутрисуставным переломам
- 2.диафизарным переломам
- 3.внесуставным переломам

14.Для измерения длины верхней конечности, опознавательными точками на руке являются все кроме:

- 1.акромион
- 2.локтевой отросток
- 3.шиловидные отростки локтевой и лучевой костей
- 4.ладьевидная кость

15.К первичным осложнениям переломов относят все кроме:

- 1.смещение костных фрагментов
- остеомиелит
- 2.повреждение магистральных сосудов и периферических нервов
- первичное микробное загрязнение раны

16.При вывихах укорочение конечности может быть:

- 1.истинным
- 2.относительным
- 3.суммарным

4.проекционным

17.Ранними симптомами артериальной непроходимости являются все симптомы кроме:

- 1.боли в дистальном отделе конечности, усиливающиеся при укладывании ее на шину для вытяжения
- 2.похолодание стопы или кисти, явно заметное при сравнении с температурой неповрежденной конечности
- 3.отсутствие пульса на артериях дистальнее места перелома или вывиха (сравнивают со здоровой конечностью)
- 4.бледность кожи и западение подкожных вен
- 5.контрактура мышц

18.«Полая стопа» характерна для повреждения

- 1.малоберцового нерва
- 2.срединного нерва
- 3.большеберцового нерва
- 4.лучевого нерва

19.При каких переломах высок риск развития жировой эмболии?

- 1.перелом плюсневой кости
- 2.перелом лучевой кости
- 3.перелом лопатки
- 4.перелом обеих бедренных костей

20.Укажите, какие дополнительные методы исследования считаются инвазивными:

- 1.Рентгенография
- 2.Артроскопия

3.Компьютерная томография

4.Пункция

5.Электрофизиологическое обследование

6.Магнитно-резонансная томография

7.Биопсия

8.УЗИ-исследование

9.Ангиография

21.Локализация боли всегда точно соответствует локализации повреждения

1.да

2.нет

22.Какое повреждение не характерно для кататравмы:

1.Перелом пяточной кости

2.«Хлыстовая» травма шейного отдела позвоночника

3.Перелом нижнегрудных позвонков

4.Перелом верхнепоясничных позвонков

23.При прямом механизме травмы место повреждения и точка приложения силы совпадают

1.да

2.нет

24.Результатом прямой травмы является:

1.перелом хирургической шейки в результате падения на кисть отведенной руки

2.перелом обеих костей голени на одном уровне в результате «бамперного перелома»

25. При неадекватно оказанной первой помощи могут возникнуть ранние осложнения, кроме:

1. нарушения периферического кровоснабжения и иннервации в результате сдавления неправильно наложенной шиной или повязкой
2. развития остеомиелита в результате введения антибиотиков без учета чувствительности флоры
3. образования эпидермальных пузырей из-за нарастающего отека
4. развития жировой эмболии из-за транспортировки без иммобилизации

26. Приводящие или которые могут привести к нарушениям структуры костной ткани и изменениям репаративной способности являются состояния, кроме

1. Туберкулез
2. Сахарный диабет
3. Стенокардия
4. Климакс

27. При косолапости характерна походка:

1. «Утиная»
2. «Петушинная»
3. «Подпрыгивающая»
4. «Работа мельничного колеса»

28. При параличе малоберцового нерва характерна походка:

1. «Утиная»
2. «Петушинная»
3. «Подпрыгивающая»
4. «Работа мельничного колеса»

29. При врожденном вывихе бедра характерна походка:

1. «Утиная»
2. «Петушинная»
3. «Подпрыгивающая»
4. «Работа мельничного колеса»

30. Какие виды смещения отсутствуют на представленном рисунке?

1. по длине
2. по ширине
3. под углом
4. ротационный

31. Какие виды смещения отсутствуют на представленном рисунке?

1. по длине
2. по ширине
3. под углом
4. ротационный

32. Какие виды смещения отсутствуют на представленном рисунке?

1. по длине
2. по ширине
3. под углом
4. ротационный

33. Какой вид перелома представлен на рисунке?

1. Поперечный
2. Косой
3. Винтообразный
4. Оскольчатый
5. Вколоченный
6. Двойной

34. Какой вид перелома представлен на рисунке?

1. Поперечный
2. Косой
3. Винтообразный
4. Оскольчатый
5. Вколоченный
6. Двойной

35. Какой вид перелома представлен на рисунке?

1. Поперечный
2. Косой
3. Винтообразный
4. Оскольчатый
5. Вколоченный
6. Двойной

36. Какой вид перелома представлен на рисунке?

1. Поперечный
2. Косой
3. Винтообразный
4. Оскольчатый
5. Вколоченный
6. Двойной

37. Какой вид перелома представлен на рисунке?

1. Поперечный
2. Косой
3. Винтообразный
4. Оскольчатый
5. Вколоченный
6. Двойной

38. Какой вид перелома представлен на рисунке?

1. Поперечный
2. Косой
3. Винтообразный
4. Оскольчатый
5. Вколоченный
6. Двойной

39. Укажите локализацию перелома на следующем рисунке?

1. Диафизарный
2. Метафизарный
3. Эпифизарный

40. Укажите локализацию перелома на следующем рисунке?

1. Диафизарный
2. Метафизарный
3. Эпифизарный

41. Укажите локализацию перелома на следующем рисунке?

1. Диафизарный
2. Метафизарный
3. Эпифизарный

42. На туловище опознавательными точками для сравнительных измерений

служат образования, кроме:

1. мечевидный отросток
2. углы лопаток
3. остистые отростки позвонков
4. соски

43. На ноге опознавательными точками для сравнительных измерений служат образования, кроме:

1. передняя верхняя подвздошная ость
2. большой вертел бедра
3. головка малоберцовой кости
4. латеральная и медиальная лодыжки
5. таранная кость

44. К первичным осложнениям относят:

1. синдром Зудека
2. смещение костных фрагментов
3. неправильно сросшийся перелом
4. повреждение магистральных сосудов и периферических нервов+
5. контрактура Фолькмана

45. К первичным осложнениям не относят:

1. синдром Зудека
2. смещение костных фрагментов
3. неправильно сросшийся перелом
4. повреждение магистральных сосудов и периферических нервов
5. контрактура Фолькмана

Тест №2 – Лечение переломов и вывихов.

1. Укажите правильную последовательность периодов скелетного вытяжения:
 1. Регенерация
 2. Ретенция
 3. репозиция
2. Укажите правильную последовательность оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе:
 1. первая врачебная помощь
 2. доврачебная медицинская помощь
 3. первая помощь

3. К общим условиям для формирования костной мозоли относят:
 1. обмен веществ
 2. питание
 3. наличие сопутствующих заболеваний
 4. состояние мягких тканей и периферического кровообращения

4. К местным факторам необходимым для формирования полноценной костной мозоли относят:
 1. локализация перелома
 2. конституция пациента
 3. характер повреждения
 4. присутствие интерпозиции

5. Какие виды смещения костных отломков представлены на рисунке:
 1. с захождением костных отломков
 2. с угловой деформацией
 3. с расхождением костных отломков

6. Какие виды смещения костных отломков представлены на рисунке:
 1. с захождением костных отломков
 2. с угловой деформацией
 3. с расхождением костных отломков

7. Какие виды смещения костных отломков представлены на рисунке:
 1. с захождением костных отломков
 2. с угловой деформацией
 3. с расхождением костных отломков

8. Какие виды репозиции относятся к одномоментному виду манипуляций:
 1. ручная репозиция
 2. аппаратная репозиция
 3. скелетное вытяжение

9. При поперечном диафизарном переломе отломки смещаются по ширине, затем по длине. Какова будет последовательность действий при репозиции:
 1. сначала устранить смещение по длине, затем по ширине
 2. сначала устранить смещение по ширине, затем по длине

- 10.Создание неподвижности поврежденной части тела с помощью разнообразных средств – это:
1. Иммобилизация
 2. Демобилизация
 3. Редрессация
 4. Реклинация
- 11.Показаниями для транспортной иммобилизации являются:
1. массивное повреждение мягких тканей
 2. синдром длительного сдавления
 3. повреждения кровеносных сосудов, нервных стволов
 4. повреждения костей и суставов
 5. все перечисленное верно
- 12.Целью временной иммобилизации является все перечисленное, кроме:
1. профилактики шока
 2. вторичных повреждений тканей
 3. вторичных кровотечений
 4. инфекционных осложнений
 5. репозиция и удержание костных отломков
- 13.Медицинская сортировка – это распределение потока раненных и больных на группы:
1. по признаку нуждаемости в однородных лечебных мероприятиях
 2. по половому признаку
 3. по возрастным группам
- 14.Определите правильный порядок современной системы этапного лечения с эвакуацией по назначению:
1. первая помощь
 2. доврачебная помощь
 3. первая врачебная помощь
 4. квалифицированная помощь
 5. специализированная помощь
 6. медицинская реабилитация
- 15.Какие виды помощи оказываются средним медицинским персоналом:
1. первая помощь
 2. доврачебная помощь
 3. первая врачебная помощь
 4. квалифицированная помощь

5. специализированная помощь
6. медицинская реабилитация

16. Первую помощь оказывается:

1. в виде самопомощи
2. взаимопомощи
3. только медицинским работником с использованием некоторого медицинского оснащения

17. Доврачебная помощь включает в себя:

1. проведение простейших мероприятий в очаге в виде само- и взаимопомощи
2. помощь пострадавшим с использованием некоторого медицинского оснащения
3. оказание специализированной врачебной помощи

18. Перечислите мероприятия, входящие в объем первой медицинской и доврачебной помощи:

1. прекращение воздействия внешних повреждающих факторов на пострадавшего
2. удаление больного из неблагоприятных условий, в которые он попал
3. оказание первой медицинской и доврачебной помощи пострадавшему в зависимости от вида травмы
4. быстрейшая транспортировка пострадавшего в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) на любом транспорте
5. выполнение первичной хирургической обработки

19. Осложнениями при лечении переломов лонгетно-циркулярной гипсовой повязкой являются все, кроме:

1. пролежни и изъязвления кожи от сдавления
2. ишемическая контрактура Фолькмана
3. контрактура суставов в порочном положении
4. вторичное смещение отломков
5. рефрактура

20. Назовите осложнение, прямое следствие ошибок лечения скелетным вытяжением:

1. ишемическая контрактура
2. неправильное сращение

3. спицевой остеомиелит
4. ложный сустав

21. Какое патологическое состояние не представляется возможным устранить при лечении скелетным вытяжением:

1. смещение фрагментов по длине
2. смещение фрагментов по ширине
3. интерпозиция костного отломка
4. отек мягких тканей
5. болевой синдром

22. Рентгенографическое исследование дает возможность установить все перечисленное, кроме:

1. наличия костных переломов и степени их консолидации
2. характера смещения отломков
3. изменения структуры костной ткани
4. степени регенерации поврежденного хряща
5. разрывов крупных сухожилий, наличия свободного газа и жидкости в полостях, мягкотканых опухолей

23. Для выявления повреждения используются все приведенные ниже диагностические приемы, кроме:

1. сбора анамнеза
2. осмотра
3. взвешивания массы тела
4. определения механизма травмы
5. рентгенологического исследования

24. Как замедлить скорость затвердевания гипса?

1. снизив температуру воды
2. повысив температуру воды

25. К основным принципам метода компрессионно-дистракционного остеосинтеза относятся:

1. точная репозиция фрагментов с надежной стабилизацией
2. сохранение кровоснабжения и источников репаративной регенерации тканей

3. возможность дозированного воздействия (коррекции) на ткани
4. возможность ранней нагрузки на поврежденный сегмент
5. все перечисленное

26. У больного через 3 часа после наложения циркулярной гипсовой повязки появился отек пальцев, чувствительность пальцев кисти нарушена, цвет кожи багрово-синий, боли в пальцах. Что надо делать в первую очередь?

1. рассечь нижний край повязки
2. рассечь повязку по всей длине
3. вырезать «окно»
4. придать конечности возвышенное положение
5. дать мочегонные средства

27. Назовите причины образования привычного вывиха:

1. иммобилизация после вправления вывиха
2. отсутствие иммобилизации после вправления вывиха
3. грубое вправление вывиха
4. раннее начало ЛФК
5. позднее начало ЛФК

28. Ушиб – это:

1. повреждения тканей без нарушения целостности кожи
2. нарушение целостности покровных тканей, нередко и глубжележащих, вызванное механическим воздействием
3. полное смещение суставных концов соединенных между собой костей
4. нарушение целостности кости, вызванное внешним насилием

29. Рана – это:

1. повреждения тканей без нарушения целостности кожи
2. нарушение целостности покровных тканей, нередко и глубжележащих, вызванное механическим воздействием
3. полное смещение суставных концов соединенных между собой костей
4. нарушение целостности кости, вызванное внешним насилием

30. Травматический вывих – это:

1. повреждения тканей без нарушения целостности кожи
2. нарушение целостности покровных тканей, нередко и глубжележащих, вызванное механическим воздействием
3. полное смещение суставных концов соединенных между собой костей
4. нарушение целостности кости, вызванное внешним насилием

31. Перелом – это:

1. повреждения тканей без нарушения целостности кожи
2. нарушение целостности покровных тканей, нередко и глубже лежащих, вызванное механическим воздействием
3. полное смещение суставных концов соединенных между собой костей
4. нарушение целостности кости, вызванное внешним насилием

32. Растяжение – это:

1. опасная для жизни общая реакция организма, возникающая рефлекторным путем в ответ на тяжелое механическое повреждение и сопровождающаяся угнетением и расстройством функций всех жизненно важных физиологических систем
2. закрытое повреждение мягких тканей без нарушения их анатомической целостности, возникающие при непрямом насилии
3. патологическое состояние, возникающее в результате массивного длительного сдавления мягких тканей нижних и верхних конечностей

33. «Демпферное» вытяжение – это разновидность скелетного вытяжения с использованием:

1. Лейкопластыря
2. Пружины
3. жесткой фиксации

34. Для скелетного вытяжения применяют:

1. стержень Богданова
2. спицу Киршнера
3. штифт Кюнчера
4. канюлированный винт

Тест №3 – Повреждение ключицы и плеча.

1. За счет какой мышцы происходит смещение центрального отломка при переломе ключицы:

1. дельтовидная
2. передняя зубчатая мышца
3. грудино-ключично-сосцевидная
4. трапециевидная

2. В каком направлении смещается центральный отломок при переломе

ключицы:

1. Кверху
2. Книзу
3. Кзади
4. кпереди

3. Какой из перечисленных симптомов характерен для полного вывиха ключицы:

1. симптом «треугольной подушки»
2. симптом «клавиши»
3. болевой симптом

4. Какие из перечисленных состояний можно отнести к абсолютным показаниям для оперативного лечения переломов ключицы:

1. закрытый перелом ключицы, осложнившийся ранением сосудисто-нервного пучка
2. открытый перелом
3. опасность перфорации кожи изнутри острым концом отломка
4. сдавление нервного сплетения
5. все перечисленное
6. ничего из перечисленного

5. Свежим вывихом считают вывих от:

1. нескольких часов до 1 дня
2. нескольких часов до 6 дней
3. не более 3 дней
4. от 3 дней до 3 недель

6. Несвежим вывихом считают вывих от:

1. 1 до 3 дней
2. 3 дней до 3 недель
3. 3 до 6 недель
4. 6 недель и более

7. Застарелым вывихом считают вывих от:

1. 3 недель и больше
2. 3 месяцев и больше
3. 2 недель и больше

8. Каким швом фиксируют ключицу к грудины при вывихе грудинного конца

ключицы:

1. Z – образным
2. П – образным чрескостным швом
3. X – образным чрескостным швом
4. Y – образным

9. Какие вывихи плеча по отношению к лопатке, различают:

1. передние, нижние и задние
2. передние, верхние, нижние и задние
3. латеральные, медиальные, верхние и нижние
4. верхние, нижние, латеральные

10. В каких проекциях выполняют рентгенограмму плечевого сустава:

1. прямой, боковой
2. боковой, аксиальной
3. прямой, аксиальной

11. Признаки переломов ключицы:

1. плечо опущено, прижато к туловищу и ротировано внутрь
2. подключичная ямка сглажена
3. активные движения не ограничены
4. безболезненна в месте перелома

12. Аддукционный перелом возникает при:

1. падении на отведенную руку
2. падении на согнутую и приведенную в плечевом суставе руку
3. ни то, ни другое

13. Угол между передней продольной осью плечевой кости и горизонтальной линии, соединяющей оба надмыщелка, равен в норме:

1. 60°
2. 45°
3. 90°
4. 180°

14. При каком механизме травмы возникает абдукционный перелом хирургической шейки плеча:

1. при падении на отведенную руку
2. при падении на локтевой сустав отведенной руки
3. при ударе в область плечевого сустава

4. при падении на согнутую и приведенную в плечевом суставе руку
15. Какая шина создает надежную фиксацию отломков при переломах ключицы:
1. шина Беллера
 2. шина Кузьминского
 3. отводящая шина
 4. шина ЦИТО
16. К надбугорковым переломам проксимального конца плечевой кости относят:
1. переломы головки плеча
 2. переломы хирургической шейки
 3. переломы анатомической шейки
 4. чрезбугорковые переломы
 5. изолированные переломы большого и малого бугорков
17. К подбугорковым переломам проксимального конца плечевой кости относят:
- переломы головки плеча
1. переломы хирургической шейки
 2. переломы анатомической шейки
 3. чрезбугорковые переломы
 4. изолированные переломы большого и малого бугорков
18. Назовите основной симптом при вывихе ключицы:
1. симптом «клавиши»
 2. симптом Вайнштейна
 3. симптом «ножниц»
19. Сколько продолжается период иммобилизации при переломах ключицы:
1. 1-2 недели
 2. 4-6 месяцев
 3. 4-6 недель
20. За счет воздействия каких мышц происходит смещение отломков при переломе ключицы:
1. грудино-ключично-сосцевидной и трапецевидной
 2. трапецевидной и передней зубчатой

3. грудино-ключично-сосцевидной и дельтовидной
 4. передний зубчатой и дельтовидной
-
21. При вывихах предплечья, при которых происходит отрыв внутреннего надмыщелка с ущемлением его в полости сустава, необходимо:
 1. консервативное лечение
 2. срочная операция
 3. плановая операция

 22. При переломах тела плечевой кости со смещением отломков иммобилизация длится:
 1. 1-2 недели
 2. 4-6 недель
 3. 8-10 недель

 23. Оперативное лечение переломов плечевой кости заключается в открытой репозиции и фиксации отломков одним из способов:
 1. Накостным
 2. Внутрикостным
 3. Комбинированным
 4. Чрескостным
 5. все верно
 6. все не верно

 24. Изменяется ли биохимический состав крови при переломе:
 1. Да
 2. нет

 25. По времени прошедшему с момента получения травмы вывихи делятся на:
 1. свежие, несвежие, застарелые
 2. ранние, поздние
 3. осложненные, неосложненные

 26. Разрыв только акромиально-ключичной связки характерен для вывиха:
 1. Неполного
 2. Полного

 27. Какой вид смещения возможен при переломе ключицы у детей:

1. по длине
2. по ширине
3. под углом
4. по оси

28. Ключица относится к:

1. длинным трубчатым костям
2. коротким трубчатым костям
3. плоским костям
4. губчатым костям
5. смешанным костям

29. Основным методом лечения при переломах ключицы является:

1. оперативный
2. консервативный

30. При полном вывихе ключицы происходит:

1. повреждение акромиально-ключичной связки
2. повреждение клювовидно-ключичной связки
3. повреждение клювовидно-акромиальной связки

31. Симптом «клавиши» определяется при:

1. вывихе ключицы
2. переломе ключицы
3. вывихе плеча
4. переломе хирургической шейки плеча

32. Наиболее частый механизм вывиха плеча:

1. прямой
2. не прямой

33. Наиболее частый механизм вывиха ключицы:

- 1 прямой
- 2 не прямой

34. Какие повреждения могут сопровождать вывих плечевой кости:

1. отрыв большого бугорка
2. отрыв малого бугорка

3. отрыв надостной мышцы
4. перелом хрящевой губы

35. Неполный разрыв акромиально-ключичной связки соответствует повреждению:

1. I степени
2. II степени
3. III степени

36. Полный разрыв акромиально-ключичной связки соответствует повреждению:

1. I степени
2. II степени
3. III степени

37. Разрыв акромиально-ключичной связки и клювовидно-ключичной связки соответствует повреждению:

1. I степени
2. II степени
3. III степени

38. Оперативный метод лечения является основным при повреждении акромиального конца ключицы:

1. I степени
2. II степени
3. III степени

39. Выделите симптомы характерные для вывиха акромиального конца ключицы:

1. симптом пружинящего сопротивления
2. ступенеобразная деформация надплечья
3. выстояние акромиального отростка
4. западение дельтовидной мышцы
5. «симптом падающей руки»

40. Выделите симптомы характерные для вывиха плечевой кости:

1. симптом пружинящего сопротивления
2. ступенеобразная деформация надплечья
3. выстояние акромиального отростка
4. западение дельтовидной мышцы

5. «симптом падающей руки»

41. Укажите способ вправления, изображенный на рисунке:

1. по Кохеру
2. по Моту
3. по Джанелидзе
4. по Гипократу

42. Укажите способ вправления, изображенный на рисунке

1. по Кохеру
2. по Моту
3. по Джанелидзе
4. по Гипократу

43. Укажите способ вправления, изображенный на рисунке

1. по Кохеру
2. по Моту
3. по Джанелидзе
4. по Гипократу

44. Укажите при переломах какой локализации возможно повреждение локтевого нерва

1. перелом хирургической шейки плеча
2. перелом диафиза плеча на границе средней и нижней трети
3. перелом внутреннего надмыщелка
4. перелом наружного надмыщелка

45. Укажите при переломах какой локализации возможно повреждение лучевого нерва

1. перелом хирургической шейки плеча
2. перелом диафиза плеча на границе средней и нижней трети
3. перелом внутреннего надмыщелка
4. перелом наружного надмыщелка

46. Укажите какие мышцы являются абдукторами плечевой кости

1. Надостная
2. Дельтовидная
3. двуглавая
4. трехглавая

Тест №4 – Повреждение локтевого сустава и предплечья.

1. Перелом Колеса – это результат:
 1. не прямой травмы, падение на разогнутую в лучезапястном суставе руку
 2. падения на кисть согнутую в лучезапястном суставе
 3. все перечисленное

2. При переломо-вывихах Монтеджи сгибательного типа:
 1. кости смещены под углом, открытым в тыльную сторону, а вывих происходит в ладонную сторону
 2. кости смещены под углом, открытым в тыльную сторону и вывих происходит в тыльную сторону
 3. кости смещены под углом, открытым в ладонную сторону и вывих происходит в ладонную сторону
 4. кости смещены под углом, открытым ладонную сторону, а вывих происходит в тыльную сторону

3. При сгибательном переломе Смита:
 1. периферический отломок смещается в тыльную сторону, а центральный в ладонную
 2. и периферический и центральный отломок смещены в ладонную сторону
 3. периферический отломок смещен в ладонную сторону, а центральный в тыльную
 4. и периферический и центральный отломок смещены в тыльную сторону

4. При переломовывихах Галеацци происходит:
 1. перелом лучевой кости и вывих головки локтевой кости
 2. перелом лучевой кости и вывих головки плечевой кости
 3. перелом локтевой кости и вывих головки лучевой кости
 4. перелом плечевой кости и вывих её же головки

5. Что не относится к переломо-вывихам костей предплечья:
 1. повреждение Монтеджи
 2. повреждения Галеацци
 3. переломы Колеса
 4. переломы Смита

6. Какие виды повреждения Монтеджи встречаются:
 1. Сгибательные
 2. Разгибательные
 3. ротационные
 4. осевые

7. Переломо-вывих Галеацци – это когда происходит:
 1. перелом локтевой кости в верхней трети с вывихом головки лучевой кости
 2. перелом лучевой кости в нижней трети с вывихом головки локтевой кости
 3. перелом локтевой кости в средней трети и вывих головки лучевой кости

8. Как по автору называют разгибательный перелом лучевой кости в типичном месте:
 1. Смита
 2. Галеацци
 3. Монтеджи
 4. Колеса

9. При переломо-вывихе Монтеджи наложение гипсовой повязки производится:
 1. от верхней трети плеча до пястно-фалангового сочленения
 2. от нижней трети плеча до пястно-фалангового сочленения
 3. от верхней трети локтевой кости до пястно-фалангового сочленения
 4. от верхней трети плеча до средней трети локтевой кости

10. Переломо-вывих Монтеджи сгибательного типа повреждения характеризуется:
 1. переломом лучевой кости в нижней трети и вывихом головки локтевой кости, со смещением отломков под углом, открытым в ладонную сторону
 2. переломом локтевой кости в средней трети и вывихом лучевой кости, со смещением отломков под углом, открытым в ладонную сторону
 3. переломом лучевой кости в нижней трети и вывихом головки локтевой кости, со смещением отломков под углом, открытым в тыльную сторону

11. Экстензионный перелом лучевой кости это:
 1. перелом при падении на кисть согнутую в лучезапястном суставе
 2. перелом при падении на разогнутую в лучезапястном суставе руку

12. Вывих обеих костей предплечья кзади – это результат:
1. падения на вытянутую руку с переразгибанием в локтевом суставе
 2. на согнутую руку в результате удара
 3. чрезмерной ротации
13. Повреждения Галеацци – это:
1. изолированный перелом локтевой кости
 2. изолированный перелом лучевой кости
 3. перелом локтевой кости и вывих головки лучевой кости
 4. перелом лучевой кости и вывих головки локтевой кости
14. При чрезмыщелковых разгибательных переломах плечевой кости:
1. перифирический отломок смещается кпереди и книзу, центральный – кзади и кверху
 2. перифирический отломок смещается кзади и кверху, центральный – кпереди и книзу
 3. перифирический отломок смещается кзади и книзу, центральный – кпереди и кверху
15. При чрезмыщелковых сгибательных переломах плечевой кости:
1. перифирический отломок смещается кпереди и книзу, центральный – кзади и кверху
 2. перифирический отломок смещается кпереди и кверху, центральный – кзади и книзу
 3. перифирический отломок смещается кзади и книзу, центральный – кпереди и кверху
16. Укажите вид повреждения изображенный на рисунке:
1. разгибательный чрезмыщелковый перелом
 2. сгибательный чрезмыщелковый перелом
 3. передний вывих предплечья
 4. задний вывих предплечья
17. Укажите вид повреждения изображенный на рисунке?
- разгибательный чрезмыщелковый перелом
1. сгибательный чрезмыщелковый перелом
 2. передний вывих предплечья
 3. задний вывих предплечья

18. Укажите рентгенологический признак изображенный на рисунке
1. линия Маркса
 2. линия Гютера
19. Укажите рентгенологический признак изображенный на рисунке?
1. линия Маркса
 2. треугольник Гютера
 3. линия Гютера
20. Укажите рентгенологический признак изображенный на рисунке?
1. линия Маркса
 2. линия Гютера
21. Укажите симптомы характерные для разгибательных чрезмыщелковых переломов плеча:
1. рука в разогнутом положении в локтевом суставе
 2. рука в согнутом положении в локтевом суставе
 3. предплечье укорочено
 4. предплечье удлинено
 5. западение над верхушкой локтевого отростка
 6. симптом удвоения локтевого отростка
 7. симптом пружинящего сопротивления
22. Укажите симптомы характерные для сгибательных чрезмыщелковых переломов плеча:
1. рука в разогнутом положении в локтевом суставе
 2. рука в согнутом положении в локтевом суставе
 3. предплечье укорочено
 4. предплечье удлинено
 5. западение над верхушкой локтевого отростка
 6. симптом удвоения локтевого отростка
 7. симптом пружинящего сопротивления
23. Укажите симптомы характерные для передних вывихов предплечья:
1. рука в разогнутом положении в локтевом суставе
 2. рука в согнутом положении в локтевом суставе
 3. предплечье укорочено
 4. предплечье удлинено
 5. западение над верхушкой локтевого отростка
 6. симптом удвоения локтевого отростка
 7. симптом пружинящего сопротивления

24. Укажите симптомы характерные для задних вывихов предплечья:

1. рука в разогнутом положении в локтевом суставе
2. рука в согнутом положении в локтевом суставе
3. предплечье укорочено
4. предплечье удлинено
5. западение над верхушкой локтевого отростка
6. симптом удвоения локтевого отростка
7. симптом пружинящего сопротивления

25. При надмыщелковом переломе:

1. линия Маркса нарушена
2. линия Маркса не нарушена
3. треугольник и линия Гютера нарушены
4. треугольник и линия Гютера не нарушены

26. При вывихе предплечья:

1. линия Маркса нарушена
2. линия Маркса не нарушена
3. треугольник и линия Гютера нарушены
4. треугольник и линия Гютера не нарушены

27. Укажите вид повреждения изображенный на рисунке:
разгибательный чрезмыщелковый перелом

1. сгибательный чрезмыщелковый перелом
2. передний вывих предплечья
3. задний вывих предплечья

28. Задний вывих предплечья возникает при:

1. падении на разогнутую руку
2. при ударе по предплечью при согнутом локте

29. Передний вывих предплечья возникает при:

1. падении на разогнутую руку
2. при ударе по предплечью при согнутом локте

30. Какие из перечисленных переломов области локтевого сустава могут быть и внутри-, и внесуставными?

1. Чрезнадмыщелковые

2. Т- и У-образные чрезмыщелковые
3. блока плечевой кости
4. головки луча
5. венечного отростка
6. локтевого отростка

31. В локтевом суставе возможны:

1. Сгибание
2. Разгибание
3. Отведение
4. Приведение

32. При переломе локтевого отростка с большим расхождением страдает активная функция:

1. Сгибания
2. Разгибания

33. Непрямой механизм перелома локтевого отростка обусловлен действием

1. двуглавой мышцы
2. трехглавой мышцы
3. плече-лучевой мышцы

34. Какие функции выполняет двуглавая мышца плеча:

1. сгибание предплечья
2. разгибание предплечья
3. пронация предплечья
4. супинация предплечья

35. При переломах диафиза костей предплечья в верхней трети:

1. оба отломка в положении супинации
2. оба отломка в положении пронации
3. ротационного смещения нет
4. проксимальный отломок в положении супинации, дистальный – пронации
5. проксимальный отломок в положении пронации, дистальный – супинации

36. При переломах диафиза костей предплечья в средней трети:

1. оба отломка в положении супинации
2. оба отломка в положении пронации

3. ротационное смещение не характерно
 4. проксимальный отломок в положении супинации, дистальный – пронации
 5. проксимальный отломок в положении пронации, дистальный – супинации
37. При переломах диафиза костей предплечья в дистальной трети:
1. оба отломка в положении супинации
 2. оба отломка в положении пронации
 3. ротационного смещения нет
 4. проксимальный отломок в положении супинации, дистальный – пронации
 5. проксимальный отломок в положении пронации, дистальный – супинации
38. При репозиции переломов диафиза костей предплечья в верхней трети предплечью придают положение:
1. супинации
 2. пронации
 3. среднее между пронацией и супинацией
39. При репозиции переломов диафиза костей предплечья в нижней трети предплечью придают положение:
1. супинации
 2. пронации
 3. среднее между пронацией и супинацией
40. При репозиции переломов диафиза костей предплечья в средней трети предплечью придают положение:
1. супинации
 2. пронации
 3. среднее между пронацией и супинацией
41. Укажите тип повреждения на рисунке?
разгибательный переломовывих Монтеджи
1. сгибательный переломовывих Монтеджи
 2. повреждение Галеацци
42. Укажите тип повреждения на рисунке?

1. разгибательный переломовывих Монтеджи
2. сгибательный переломовывих Монтеджи
3. повреждение Галеацци

43. Сгибательный тип повреждения Монтеджи это:

1. перелом локтевой кости с углом смещения открытым кпереди и вывихом головки лучевой кости кзади
2. перелом локтевой кости с углом смещения открытым кзади и вывихом головки лучевой кости кпереди
3. перелом лучевой кости и вывихом головки локтевой кости кпереди
4. перелом лучевой кости и вывихом головки локтевой кости кзади

44. Разгибательный тип повреждения Монтеджи это:

1. перелом локтевой кости с углом смещения открытым кпереди и вывихом головки лучевой кости кзади
2. перелом локтевой кости с углом смещения открытым кзади и вывихом головки лучевой кости кпереди
3. перелом лучевой кости и вывихом головки локтевой кости кпереди
4. перелом лучевой кости и вывихом головки локтевой кости кзади

45. Перелом луча в типичном месте это:

1. перелом головки лучевой кости
2. перелом шейки лучевой кости
3. перелом дистального метаэпифиза лучевой кости
4. перелом диафиза лучевой кости на границе верхней и нижней трети

46. Перелом Колеса это:

1. разгибательный перелом дистального метаэпифиза лучевой кости
2. сгибательный перелом дистального метаэпифиза лучевой кости
3. перелом лучевой кости и вывихом головки локтевой
4. перелом локтевой кости и вывихом головки лучевой

47. Перелом Смита это:

1. разгибательный перелом дистального метаэпифиза лучевой кости
2. сгибательный перелом дистального метаэпифиза лучевой кости
3. перелом лучевой кости и вывихом головки локтевой
4. перелом локтевой кости и вывихом головки лучевой

48. При репозиции перелома Колеса:

1. дистальный отломок смещают в ладонную сторону и устанавливают

- кисть в положении локтевой девиации
2. дистальный отломок смещают в ладонную сторону и устанавливают кисть в положении лучевой девиации
 3. дистальный отломок смещают в тыльную сторону и устанавливают кисть в положении локтевой девиации
 4. дистальный отломок смещают в тыльную сторону и устанавливают кисть в положении лучевой девиации
49. При репозиции перелома Смита:
1. дистальный отломок смещают в ладонную сторону и устанавливают кисть в положении локтевой девиации
 2. дистальный отломок смещают в ладонную сторону и устанавливают кисть в положении лучевой девиации
 3. дистальный отломок смещают в тыльную сторону и устанавливают кисть в положении локтевой девиации
 4. дистальный отломок смещают в тыльную сторону и устанавливают кисть в положении лучевой девиации

Тест №5 – Повреждение бедра.

1. Какой анатомический ориентир изображен на рисунке?
 1. линия Шумахера
 2. треугольник Бриана
 3. линия Розер-Нелатона
2. Какой анатомический ориентир изображен на рисунке?
 1. линия Шумахера
 2. треугольник Бриана
 3. линия Розер-Нелатона
3. Какой анатомический ориентир изображен на рисунке?
 1. линия Шумахера
 2. треугольник Бриана
 3. линия Розер-Нелатона
4. Подвздошным вывихом считается:
 1. задне-верхний
 2. задне-нижний
 3. передне-верхний
 4. передне-нижний

5. Запирательным вывихом считается:

1. задне-верхний
2. задне-нижний
3. передне-верхний
4. передне-нижний

6. Надлонным вывихом считается:

1. задне-верхний
2. задне-нижний
3. передне-верхний
4. передне-нижний

7. Седалищным вывихом считается:

1. задне-верхний
2. задне-нижний
3. передне-верхний
4. передне-нижний

8. Анатомо-функциональными особенностями тазобедренного сустава предохраняющих его от возникновения травматических вывихов являются все, кроме:

1. полное соответствие суставных поверхностей
2. прочные связки, укрепляющие капсулу сустава
3. отсутствие внутрисуставных связок
4. мощный мышечный слой, окружающий сустав
5. большой объем возможных движений при значительно меньших функциональных потребностях

9. Для возникновения переднего вывиха бедра необходимо:

1. сгибание в сочетании с наружной ротацией бедра
2. сгибание в сочетании с внутренней ротацией бедра
3. разгибание в сочетании с наружной ротацией бедра
4. разгибание в сочетании с внутренней ротацией бедра

10. Для возникновения заднего вывиха бедра необходимо:

1. сгибание в сочетании с наружной ротацией бедра
2. сгибание в сочетании с внутренней ротацией бедра
3. разгибание в сочетании с наружной ротацией бедра
4. разгибание в сочетании с внутренней ротацией бедра

11. Для задних вывихов характерны:

1. приведение и внутренняя ротация
2. отведение и наружная ротация
3. приведение и наружная ротация
4. отведение и внутренняя ротация

12. Для передних вывихов характерны:

1. приведение и внутренняя ротация
2. отведение и наружная ротация
3. приведение и наружная ротация
4. отведение и внутренняя ротация

13. Определите правильную последовательность вправления заднего вывиха бедра по Кохеру:

1. ногу максимально приводят, сгибают в тазобедренном суставе и осуществляют тракцию по оси
2. бедро медленно ротируют кнаружи
3. ногу разгибают, отводят и ротируют кнутри

14. Для профилактики асептического некроза головки бедренной кости сразу после вправления вывиха:

1. больному рекомендуется нагрузка на поврежденную ногу
2. проводится разгрузка сустава в течение 4-6 недель с помощью скелетного вытяжения
3. больному рекомендуется ходьба с помощью костылей без опоры на поврежденную конечность

15. Внутрисуставными переломами проксимального отдела бедра являются переломы:

1. Головки
2. шейки бедренной
3. медиальные
4. вертельной области
5. латеральные

16. Внесуставными переломами проксимального отдела бедра являются переломы:

1. Головки
2. шейки бедренной

3. медиальные
4. вертельной области
5. латеральные

17. К медиальным переломам шейки бедра относятся:

1. субкапитальный перелом
2. трансцервикальный
3. базальный
4. межвертельный
5. чрезвертельный
6. вертельно-подвертельный

18. К латеральным переломам шейки бедра относятся:

1. субкапитальный перелом
2. трансцервикальный
3. базальный
4. межвертельный
5. чрезвертельный
6. вертельно-подвертельный

19. Выделите аддукционный перелом из вариантов предложенных на рисунке?

1. А
2. Б
3. В

20. Выделите абдукционный перелом из вариантов предложенных на рисунке?

1. А
2. Б
3. В

21. Для лечения медиальных переломов шейки бедра используют:

1. лечение скелетным вытяжением
2. лечение кокситной повязкой
3. остеосинтез металлическими конструкциями
4. эндопротезирование тазобедренного сустава

22. Укажите симптомы, характерные для аддукционного перелома шейки бедра:

1. симптом пружинящего сопротивления
2. симптом «прилипшей пятки
3. удлинение ноги
4. укорочение ноги
5. наружная ротация поврежденной ноги
6. внутренняя ротация поврежденной ноги
7. большой вертел бедра расположен выше линии Розера-Нелатона

23. Укажите симптомы, характерные для абдукционного перелома шейки бедра:

1. симптом пружинящего сопротивления
2. симптом «прилипшей пятки
3. укорочение ноги
4. больной может ходить
5. наружная ротация поврежденной ноги
6. большой вертел бедра расположен выше линии Розера-Нелатона
7. активные движения в суставе возможны

24. В каком направлении смещается дистальный отломок при переломах бедренной кости в верхней трети:

1. Кпереди
2. Кзади
3. Кнутри
4. Кнаружи

25. Какой отдел головки бедренной кости не прикрыт гиалиновым хрящом:

1. Передний
2. Задний
3. на границе с шейкой бедренной кости
4. ямка головки бедренной кости

26. Укажите симптомо-комплекс при поражении бедренного нерва:

1. выпадает функция мышц на задней поверхности бедра
2. выпадает функция мышц на передней поверхности бедра
3. выпадает функция подвздошно-поясничной мышцы
4. полный паралич стопы и пальцев

27. Какая мышца обуславливает смещение дистального отломка при переломе бедренной кости в нижней трети:

1. большая ягодичная мышца
2. подвздошно-поясничная мышца

3. наружная запирающая мышца
4. икроножная мышца

28.Симптомами перелома малого вертела являются:

1. припухлость и болезненность по внутренней поверхности бедра
2. движения в суставе болезненные
3. симптом «прилипшей пятки»
4. крепитация отломков

29.Какой вывих бедра наблюдается значительно чаще остальных:

1. седалищный вывих
2. подвздошный вывих
3. надлонный вывих
4. запирающий вывих

30.Вид вывиха бедра, при котором головка прощупывается над паховой связкой:

1. Центральный
2. передне-верхний
3. передне-нижний
4. задне-верхний
5. задне-нижний

31.Какой из перечисленных вывихов не может произойти без перелома вертлужной впадины?

1. Седалищный
2. Надлонный
3. Центральный
4. Подвздошный
5. Запирающий

32.Наиболее опасное осложнение при низком диафизарном переломе бедра:

1. кровоизлияние в полость коленного сустава
2. повреждение седалищного нерва
3. разрыв сухожилия четырехглавой мышцы бедра
4. повреждение подколенной артерии
5. прорыв кожи концом центрального отломка (превращение закрытого перелома в открытый)

33. При абдукционных переломах шейки бедра шеечно-диафизарный угол может составлять:

1. 127°
2. 140°
3. 110°

Тест №6 – Повреждение коленного сустава.

1. Сколько костей участвуют в образовании коленного сустава:

1. 2
2. 3
3. 4
- 4.

2. Мениски гистологически представлены:

1. хрящевой тканью
2. соединительной тканью
3. фиброзно-хрящевой тканью

3. Какой мениск имеет полулунную форму:

1. Медиальный
2. латеральный

4. Какие из перечисленных связок располагаются в полости сустава:

1. lig. cruciatum anterius
2. lig. collaterale tibiale
3. lig. Patellae
4. retinaculum patellae laterale et mediale
5. lig. meniscomemorale anterius et posterius
6. lig. popliteum obliquum

5. Какие из перечисленных связок располагаются вне полости сустава:

1. lig. cruciatum posterius
2. lig. collaterals fibulare
3. lig. meniscomemorale anterius et posterius
4. retinaculum patellae laterale et mediale
5. lig. transversum genus

6. Какие из перечисленных суставных сумок связаны с суставной полостью коленного сустава:

1. bursa praepatellaris subfascialis
2. bursa suprapatellaris
3. bursa praepatellaris subaponeurotica
4. bursa gastrocnemiosemimembranacea
5. bursa m. poplitei
6. bursa infrapatellaris profunda

7. Какие движения голени относительно бедра не возможны в коленном суставе:

1. Сгибание
2. Разгибание
3. Отведение
4. Приведение
5. Ротация

8. Какая из мышц является разгибателем коленного сустава:

1. Полуперепончатая
2. Двуглавая
3. Четырехглавая
4. Полусухожильная

9. Какие из перечисленных связок являются элементами разгибательного аппарата голени:

1. lig. cruciatum anterius
2. lig. cruciatum posterius
3. lig. collaterale tibiale
4. lig. collaterals fibulare
5. lig. Patellae
6. retinaculum patellae mediale
7. retinaculum patellae laterale
8. lig. popliteum obliquum

10. Боль часто иррадирует за пределы коленного сустава

1. Да
2. нет

11. Иннервация передней поверхности колена осуществляется корешками:

1. L1
2. L2
3. L3
4. L4
5. L5
6. S1
7. S2

12. Локализованная припухлость перед надколенником указывает на:

1. инфрапателлярный бурсит
2. препателлярный бурсит
3. большую инфрапателлярную жировую подушку

13. Воспаление гусиной сумки (bursa anserina) характеризуется припухлостью, которая локализуется:

1. латерально и выше суставной щели
2. латерально и ниже суставной щели
3. медиально и ниже суставной щели
4. медиально и выше суставной щели

14. «Блокирование» сустава может быть обусловлено:

1. повреждением мениска
2. «суставной мышью»
3. повреждением крестообразной связки
4. слабостью квадрицепса

15. Сгибательная контрактура коленного сустава это:

1. колено не может полностью разогнуться
2. колено не может полностью согнуться

16. Разгибательная контрактура коленного сустава это:

1. колено не может полностью разогнуться
2. колено не может полностью согнуться

17. Симптом «переднего выдвижного ящика» определяется при:

1. повреждении задней крестообразной связки
2. повреждении передней крестообразной связки
3. повреждении собственной связки надколенника
4. повреждении мениска

18.Симптом «заднего выдвижного ящика» определяется при:

1. повреждении задней крестообразной связки
2. повреждении передней крестообразной связки
3. повреждении собственной связки надколенника
4. повреждении мениска

19.Положительный тест Лахмана характерен для:

1. повреждения задней крестообразной связки
2. повреждения передней крестообразной связки
3. повреждения собственной связки надколенника
4. повреждения мениска

20.«Большой палец одной руки устанавливают на область внутренней суставной щели коленного сустава. Коленный сустав в среднем положении между сгибанием и разгибанием. Противоположной рукой обхватывается стопа, производится разгибание и наружная ротация с одновременным давлением по оси голени. Больной отмечает усиление боли» описанный прием это:

1. тест MacMurray
2. тест Лахмана
3. тест Apley
4. положительный симптом «разгибания» Н.И. Байкова

21.«Надавливание пальцем на суставную щель при одновременном разгибании голени усиливает боль». Описанный прием это:

1. тест MacMurray
2. тест Лахмана
3. тест Apley
4. положительный симптом «разгибания» Н.И. Байкова

22.«Пациент на животе. Колено сгибается под прямым углом.

Осуществляется давление по оси голени и ротация. Возникновение боли снаружи предполагает повреждение внутреннего мениска, кнутри – внутреннего». Описанный прием это:

1. тест MacMurray
2. тест Лахмана
3. тест Apley
4. положительный симптом «разгибания» Н.И. Байкова

23.«Колено слегка согнуто (30 градусов) и расслаблено. Обхватите одной рукой бедро, а второй верхнюю часть голени и тяните последнюю вперед для выявления избыточной подвижности и мягкого «конечного ощущения». Описанный прием это:

1. тест MacMurray
2. тест Лахмана
3. тест Arley
4. положительный симптом «разгибания» Н.И. Байкова

24.Фиброзное перерождение жировой ткани крыловидных складок коленного сустава – это:

1. болезнь Гоффа
2. болезнь Кенига

25.Асептический некроз участка суставного хряща и кости медиального мыщелка бедра – это:

1. болезнь Гоффа
2. болезнь Кенига

26.Какая функция нарушена при переломах надколенника со смещением отломков:

1. разгибание голени
2. сгибание голени
3. ротация голени

27.Функция разгибания коленного сустава при переломах надколенника может быть сохранена при условии целостности:

1. lig. Cruciatum
2. lig. Collaterale
3. retinaculum patellae
4. lig. Patellae

28.Источником регенерации удаленного полностью мениска после минискэктомии могут быть:

1. сгустки крови в области коленного сустава
2. остатки хряща
3. капсула коленного сустава
4. паракапсулярная зона и каемочка мениска шириной до 1-2 мм
5. синовиальная жидкость

29. К симптомам повреждения крестообразных связок коленного сустава относятся все, кроме:

1. Гемартроз
2. симптом «баллотирования» надколенника
3. симптом «выдвижного ящика»
4. симптом «прилипшей пятки»

30. При внутрисуставном переломе бедренной и/или большеберцовой костей определяются все симптомы, кроме:

1. варусная или вальгусная деформация коленного сустава
2. гемартроз
3. крепитация
4. баллотирование надколенника
5. симптом «выдвижного ящика»
6. положительный симптом осевой нагрузки
7. безболезненность пассивных движений в коленном суставе

31. Какого правила следует придерживаться при лечении внутрисуставных переломов:

1. «ранняя функция и ранняя нагрузка»
2. «поздняя функция и поздняя нагрузка»
3. «ранняя функция и поздняя нагрузка»

Тест №7 – Повреждение голени.

1. При переломе одной или двух лодыжек без смещения до момента спадения отека накладывают:

1. циркулярную гипсовую повязку
2. повязку Дезо
3. заднюю корытообразную лонгету
4. U – образную лонгету

2. В каком направлении смещается проксимальный отломок при переломе обеих костей голени в средней трети:

1. Кпереди
2. Кзади
3. Кнутри
4. Кнаружи

3. При консервативном лечении переломов голени со смещением отломков скелетное вытяжение накладывают:

1. за пяточную кость
2. за надлодыжечную область
3. за таранную кость
4. за лодыжки

4. Укажите симптомокомплекс при переломе со смещением медиального мыщелка большеберцовой кости:

1. хорошо определяется медиальный мыщелок большеберцовой кости
2. хорошо определяется латеральный мыщелок большеберцовой кости
3. выпуклость медиального мыщелка большеберцовой кости увеличивается и опускается книзу и кнутри
4. колено устанавливается в варусное положение
5. колено устанавливается в вальгусное положение

5. Укажите симптомокомплекс при поражении большеберцового нерва:

1. нарушение функций сгибателей стопы и пальцев
2. нарушение функций разгибателей стопы и пальцев
3. стопа разогнута (пяточная)
4. стопа опущена (конская)
5. пальцы приобретают когтеобразное положение
6. трофические расстройства
7. нарушение кожной чувствительности на заднее – внутренней области голени, подошве стопы

6. Сколько костей участвуют в образовании голеностопного сустава

1. 2
2. 3
3. 4

7. Укажите симптомокомплекс при поражении общего малоберцового нерва:

1. нарушение функции сгибателей стопы и пальцев
2. нарушение функции разгибателей стопы и пальцев
3. стопа опущена
4. трофические расстройства
5. «петушиная походка»

8. Какие движения в голеностопном суставе представлены на рисунке

1. супинация и пронация
2. флексия и экстензия
3. аддукция и абдукция

9. Какие повреждения представлены на рентгенограмме:

1. перелом внутренней лодыжки
2. перелом наружной лодыжки
3. разрыв межберцового синдесмоза
4. перелом заднего края большеберцовой кости
5. разрыв дельтовидной связки
6. разрыв таранно-малоберцовой связки

10. Какие повреждения представлены на рентгенограмме:

1. перелом внутренней лодыжки
2. перелом нижней трети малоберцовой кости
3. разрыв межберцового синдесмоза
4. перелом заднего края большеберцовой кости
5. разрыв дельтовидной связки
6. разрыв таранно-малоберцовой связки
7. перелом нижней трети большеберцовой кости

Военно-полевая хирургия

Тест №1 – Катастрофы.

1. Катастрофы, не зависящие от деятельности человека называются:

1. Естественными+
2. искусственными

2. Функциональной подсистемой единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций в настоящее время является:

1. Служба экстренной медицинской помощи (СЭМП)
2. Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК)+

3. Расположите последовательность уровней структуры Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК):
 1. Федеральная³
 2. Региональная²
 3. Территориальная¹

4. Всероссийская служба медицины катастроф на базе областных (краевых), городских многопрофильных и специализированных больниц имеет формирования:
 1. линейные и специализированные бригады скорой медицинской помощи
 2. бригады экстренной медицинской помощи
 3. медицинские отряды
 4. специализированные медицинские бригады постоянной готовности⁺
 5. бригады экстренной специализированной медицинской помощи⁺

5. Всероссийская служба медицины катастроф на базе городских, центральных и районных больниц имеет формирования:
 1. линейные и специализированные бригады скорой медицинской помощи
 2. бригады экстренной медицинской помощи
 3. медицинские отряды⁺
 4. специализированные медицинские бригады постоянной готовности
 5. бригады экстренной специализированной медицинской помощи

6. Укажите последовательность организации и координации хирургической помощи при катастрофах:
 1. планирование работы ЛПУ
 2. активизация деятельности ЛПУ
 3. непосредственное оказание хирургической помощи

7. В основе организации хирургической помощи при катастрофах лежат следующие положения, кроме:
 1. единое понимание патологического процесса, происходящего в организме человека, получившего то или иное повреждение
 2. использование наиболее сложных методов диагностики⁺
 3. единые взгляды на способы лечения пораженных и профилактику осложнений
 4. своевременность, преемственность и последовательность проведения хирургических мероприятий
 5. грамотное ведение единой медицинской документации на всех этапах лечения пострадавших

8. В какой фазе оказания помощи пострадавшим при катастрофах население проблему выживания решает путем оказания само- и взаимопомощи?

1. в фазе изоляции+
2. в фазе спасения
3. в фазе восстановления

9. В какой фазе оказания помощи пострадавшим проводится первичная хирургическая обработка ран?

1. в фазе изоляции
2. в фазе спасения
3. в фазе восстановления+

10. Укажите уровень подготовки медицинских работников, соответствующий первой врачебной помощи:

1. Фельдшер
2. врач общего профиля+
3. врач-хирург общего профиля
4. врач-специалист (травматолог, торакальный хирург, ангиохirurg и др.)
5. врач-анестезиолог

11. Укажите уровень подготовки медицинских работников, соответствующий специализированной медицинской помощи:

1. Фельдшер
2. врач общего профиля
3. врач-хирург общего профиля
4. врач-специалист (травматолог, торакальный хирург, ангиохirurg и др.)+
5. врач-анестезиолог

12. Укажите уровень подготовки медицинских работников, соответствующий доврачебной медицинской помощи:

1. Фельдшер+
2. врач общего профиля
3. врач-хирург общего профиля
4. врач-специалист (травматолог, торакальный хирург, ангиохirurg и др.)
5. врач-анестезиолог

13. Укажите уровень подготовки медицинских работников,

соответствующий квалифицированной медицинской помощи:

1. Фельдшер
2. врач общего профиля
3. врач-хирург общего профиля+
4. врач-специалист (травматолог, торакальный хирург, ангиохирург и др.)
5. врач-анестезиолог

14. При оказании какого вида медицинской помощи могут быть выполнены полостные операции?

1. первой врачебной
2. квалифицированной+
3. специализированной+

15. Какие мероприятия при оказании первой врачебной помощи могут быть отложены из-за большого потока пострадавших?

1. катетеризация мочевого пузыря при задержке мочи
2. введение антибиотиков+
3. введение противостолбнячного анатоксина+
4. ревизия ранее наложенного жгута
5. пункция плевральной полости при напряженном пневмотораксе

16. Какие мероприятия при оказании квалифицированной медицинской помощи могут быть отсрочены из-за большого потока пострадавших (свыше 400 в сутки)?

1. ампутация конечности при необратимой ишемии+
2. трепанация черепа при наличии внутричерепной гематомы
3. первичная хирургическая обработка ран мягких тканей+
4. шинирование при переломах нижней челюсти+
5. наложение эпицистостомы при внебрюшинном повреждении мочевого пузыря+

17. Какие мероприятия при оказании квалифицированной медицинской помощи могут быть отсрочены из-за большого потока пострадавших (от 200 до 400 в сутки)?

1. ампутация конечности при необратимой ишемии
2. трепанация черепа при наличии внутричерепной гематомы
3. первичная хирургическая обработка ран мягких тканей+
4. шинирование при переломах нижней челюсти+
5. наложение эпицистостомы при внебрюшинном повреждении мочевого пузыря

18. Куда при оказании первой врачебной помощи должны быть направлены пострадавшие с проникающим ранением брюшной полости без признаков декомпенсированного шока?

1. в перевязочную
2. в операционную
3. на площадку для агонирующих
4. в эвакуационную+
5. в противошоковую

19. Укажите мероприятия, которые не входят в объем первой медицинской помощи:

1. временная остановка наружного кровотечения
2. устранение механической асфиксии
3. внутривенные инфузии при наличии шока+
4. введение кардиотонических и сосудосуживающих средств при критическом падении артериального давления+
5. инъекция обезболивающего раствора
6. наложение асептической повязки на рану и ожоговую поверхность
7. наложение окклюзионной повязки на грудную клетку
8. иммобилизация поврежденной области
9. прием внутрь антидотов и антибиотика

20. Укажите мероприятия, которые не входят в объем доврачебной помощи:

1. внутривенные инфузии при наличии шока
2. введение кардиотонических и сосудосуживающих средств при критическом падении артериального давления
3. инъекция обезболивающего раствора
4. криотиреотомия+
5. выполнение пункции плевральной полости (или торакоцентеза) при напряженном пневмотораксе+
6. катетеризация или пункция мочевого пузыря при задержке мочи+
7. профилактическое введение антибиотиков и противостолбнячного анатоксина+
8. наложение окклюзионной повязки на грудную клетку

21. Какие мероприятия можно отнести только к первой врачебной помощи с элементами квалифицированной?

1. криотиреотомия;
2. противошоковые мероприятия при развившемся шоке для обеспечения транспортабельности пострадавших (инфузионная терапия, новокаиновые блокады, исправление иммобилизации)

3. наложение герметичной повязки при открытом пневмотораксе или выполнение пункции плевральной полости (или торакоцентеза) при напряженном пневмотораксе
4. катетеризация или пункция мочевого пузыря при задержке мочи
5. интубация трахеи с последующим проведением искусственной вентиляции легких+
6. подкожное прошивание сосудисто-нервных пучков на протяжении для окончательной остановки кровотечения из артерий конечностей+
7. фасциотомия или ампутация нежизнеспособной конечности при синдроме длительного сдавления+

22. Укажите мероприятия, которые не входят в объем первой врачебной помощи:

1. временная остановка наружного кровотечения и ревизия жгута
2. устранение всех видов асфиксии, включая крикотиреотомию
3. противошоковые мероприятия при развившемся шоке для обеспечения транспортабельности пострадавших (инфузионная терапия, новокаиновые блокады, исправление иммобилизации)
4. наложение герметичной повязки при открытом пневмотораксе или выполнение пункции плевральной полости (или торакоцентеза) при напряженном пневмотораксе
5. катетеризация или пункция мочевого пузыря при задержке мочи
6. резекционная трепанация черепа при наличии внутричерепной гематомы+
7. восстановление кровотока по магистральным сосудам+
8. торакотомия при гемопневмотораксе, открытом или напряженном пневмотораксе, ранении сердца+
9. лапаротомия при травмах живота с повреждением внутренних органов, внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря и прямой кишки+

23. Укажите учреждения или формирования которыми оказывается специализированная помощь:

1. выездной многопрофильный автономный госпиталь (ВМАГ)+
2. местные лечебно-профилактические учреждения+
3. усиленные бригады экстренной специализированной медицинской помощи (БЭСМП)+
4. специализированные отделения крупных больниц
5. медицинские центры

24. Укажите учреждения или формирования которыми оказывается специализированное лечение:

1. выездной многопрофильный автономный госпиталь (ВМАГ)

2. местные лечебно-профилактические учреждения
3. усиленные бригады экстренной специализированной медицинской помощи (БЭСМП)
4. специализированные отделения крупных больниц+
5. медицинские центры+

25. Сортировка, при которой выделяют группы пострадавших по степени опасности для окружающих и в соответствии с их нуждаемостью в однородных лечебно-профилактических мероприятиях, а также определяют, в какое именно функциональное подразделение данного этапа и в какую очередь должен быть направлен пострадавший, называется:

1. Внутрипунктовой+
2. эвакуотранспортной

26. Сортировка, которая проводится с целью распределения пострадавших на однородные группы и определения эвакуационного предназначения, очередности, вида транспорта и положения, называется:

1. Внутрипунктовой
2. Эвакуотранспортной+

Тест №2 – Обезболивание.

1. К регионарной анестезии относят способы, кроме:
 1. локальная гипотермия+
 2. проводниковая
 3. внутрикостная
 4. спинномозговая
 5. эпидуральная
 6. инфильтрационная+
2. Торможение периферических звеньев болевых анализаторов происходит при следующих видах анестезии:
 1. локальной гипотермии+
 2. проводниковой
 3. внутрикостной
 4. спинномозговой
 5. эпидуральной

6. инфильтрационной+

3. Какой вид анестезии нельзя считать самостоятельным элементом противошоковой терапии?

1. блокада места перелома
2. инфильтрационная анестезия
3. локальная гипотермия+

4. К анестетикам эфирного типа относятся:

1. Новокаин+
2. Дикаин+
3. Лидокаин
4. Тримекаин
5. Совкаин

5. К анестетикам амидного типа относятся:

1. Новокаин
2. Дикаин
3. Лидокаин+
4. Тримекаин+
5. Совкаин+

6. Для пролонгации обезболивающего эффекта местных анестетиков целесообразно добавлять во вводимые растворы:

1. Вазопрессоры+
2. Вазодилататоры
3. Спазмолитики
4. хлористый кальций
5. полиглюкин+
6. аутокровь+

7. При проведении неингаляционного мононаркоза используются препараты, кроме:

1. Дроперидол+
2. Фентанил+
3. тиопентал-натрий
4. гексенал
5. сомбревин
6. калипсол

8. Препараты листенон, ардуан используются с целью проведения:

1. Миореласации+
2. Нейролептанальгезии
3. регионарной анестезии
4. мононаркоза

9. Транспортное обезболивание производится при оказании помощи:

1. первой медицинской+
2. доврачебной +
3. первой врачебной+
4. квалифицированной
5. специализированной

10. Лечебное обезболивание производится при оказании помощи:

1. первой медицинской
2. доврачебной
3. первой врачебной
4. квалифицированной+
5. специализированной+

11. Расположите в правильном порядке очередность оказания помощи пострадавшим с повреждениями конечностей:

1. Обезболивание
2. Иммобилизация
3. Транспортировка

12. На этапе первой медицинской помощи обезболивание при переломах конечностей достигается мероприятиями, кроме:

1. введения промедола из шприц-тюбика
2. per os 50-80 мл спирта
3. иммобилизации
4. наложения асептической повязки
5. блокады места перелома+
6. проводниковой анестезии+

13. При выполнении анестезии области перелома вкол иглы производят:

1. в проекции сосудисто-нервного пучка
2. в неповрежденный участок кожи+
3. в месте, где отломки расположены непосредственно под кожей
4. в поврежденный участок кожи при открытых переломах

14. Критерием адекватности анестезии области перелома является:

1. достижение иглы кости
2. смешение анестетика с гематомой+
3. создание «лимонной корочки»

15. Взрывоопасными ингаляционными анестетиками являются:

1. Эфир+
2. Фторотан
3. Циклопропан+
4. закись азота

16. Блокаду межреберных нервов проводят:

1. отступя от места перелома ребра в сторону позвоночника по нижнему краю ребра+
2. отступя от места перелома ребра в сторону позвоночника по верхнему краю ребра
3. отступя от места перелома ребра в сторону грудины по верхнему краю ребра
4. отступя от места перелома ребра в сторону грудины по нижнему краю ребра

17. Триада Горнера возникает при выполнении:

1. вагосимпатической блокады+
2. паранефральной блокады
3. внутритазовой блокады

18. Какая анестезия может быть применена пострадавшему с повреждением грудной клетки при оказании первой врачебной помощи?

1. вагосимпатическая блокада+
2. паравертебральная блокада+
3. блокада по Школьникову
4. футлярная блокада
5. эндотрахеальный наркоз

19. Какая анестезия может быть применена при первичной хирургической обработке огнестрельной раны верхней трети бедра?

1. внутритазовая блокада по Школьникову
2. футлярная блокада
3. блокада бедренного нерва
4. наркоз+
5. блокада седалищного нерва

6. эпидуральная анестезия+

20. При оказании какого вида помощи может быть выполнена внутрикостная анестезия?

1. Доврачебной
2. первой врачебной
3. квалифицированной+
4. специализированной+

21. При оказании какого вида помощи выполняется анестезия методом тугого ползучего инфильтрата по Вишневскому?

1. Доврачебной
2. первой врачебной
3. квалифицированной+
4. специализированной+

22. Укажите действия медицинского работника при оказании им доврачебной помощи, направленные на уменьшение болевого синдрома у пострадавшего с переломом бедра:

1. анестезия области перелома
2. введение наркотических анальгетиков+
3. блокада седалищного нерва
4. транспортная иммобилизация+

23. Укажите наиболее эффективный способ обезболивания при оказании первой врачебной помощи пострадавшему с открытым переломом костей голени:

1. блокада места перелома
2. футлярная блокада+
3. эпидуральная анестезия

Тест №3 – Раны.

1. Внутренняя баллистика — это:

1. движение снаряда в канале оружия, в результате чего ему придается определенная скорость+
2. траектория движения ранящего снаряда в атмосфере
3. движение снаряда в тканях

2. Внешняя баллистика – это:

1. движение снаряда в канале оружия, в результате чего ему придается определенная скорость
2. траектория движения ранящего снаряда в атмосфере+
3. движение снаряда в тканях

3. Терминальная баллистика – это:

1. движение снаряда в канале оружия, в результате чего ему придается определенная скорость
2. траектория движения ранящего снаряда в атмосфере
3. движение снаряда в тканях+

4. Главным фактором, определяющим тяжесть ранения, является:

1. масса снаряда
2. скорость снаряда
3. кинетическая энергия снаряда
4. энергия, отданная тканям +

5. Отметьте зоны огнестрельной раны

1. молекулярного сотрясения +
2. бактериального загрязнения
3. первичного раневого канала +
4. первичного некроза +

6. Дефект мягких тканей, образовавшийся в результате непосредственного воздействия травмирующего снаряда является зоной:

1. раневого канала+
2. первичного некроза
3. молекулярного сотрясения

7. Ткани, образовавшиеся в результате разможнения, диффузного пропитывания кровью и омертвения при контакте с травмирующим снарядом, являются зоной:

1. раневого канала
2. первичного некроза+
3. молекулярного сотрясения

8. Патологические изменения с выраженным нарушением жизнедеятельности клеток, но без механического разрушения, возникающие в результате воздействия ударной волны являются зоной:

1. раневого канала
2. первичного некроза
3. молекулярного сотрясения+

9. Стадия раневого процесса, характеризующаяся спазмом окружающих рану сосудов с последующим их паралитическим расширением называется фазой:

1. первичного очищения раны+
2. воспалительной реакции
3. регенерации

10. Стадия раневого процесса, характеризующаяся формированием демаркационной линии, отграничивающей жизнеспособные ткани от некротизированных называется фазой:

1. первичного очищения раны
2. воспалительной реакции+
3. регенерации

11. Хирургическая обработка в первые 24 часа является:

1. ранней +
2. отсроченной
3. поздней

12. Хирургическая обработка, выполняемая через 24-48 часов является:

1. ранней
2. отсроченной +
3. поздней

13. Хирургическая обработка, выполняемая свыше 48 часов является:

1. ранней
2. отсроченной
3. поздней+

14. Хирургическая обработка выполняемая по поводу прямых и непосредственных последствий повреждений называется:

1. Первичной+
2. Вторичной
3. повторной

15. Хирургическая обработка, выполняемая по поводу осложнений, как правило, инфекционных, называется:

1. Первичной
2. Вторичной+
3. повторной

16. Хирургическая обработка, которая выполняется после предыдущего оперативного вмешательства, которое по каким-либо причинам было выполнено недостаточно полноценно, называется:

1. Первичной
2. Вторичной
3. Повторной+

17. Определите правильную последовательность выполнения первичной хирургической обработки:

1. рассечение тканей
2. иссечение тканей
3. реконструкция раны

18. Шов, накладываемый в тех случаях, когда имеется полная уверенность в абсолютно радикально проведенной первичной хирургической обработке называется:

1. Первичным+
2. Провизорным
3. ранним вторичным
4. поздним вторичным
5. отсроченным первичным

19. Шов, накладываемый в тех случаях, когда при завершении первичной хирургической обработки, отсутствует полная уверенность в ее радикальности, однако характер раны, степень ее загрязнения не внушают особых опасений называется:

1. Первичным
2. Провизорным+
3. ранним вторичным
4. поздним вторичным
5. отсроченным первичным

20. Шов, накладываемый в тех случаях, когда на 3—6-е сутки после ПХО окажется, что отек уменьшился или спал, окраска стенок раны не изменилась, стенки активно кровоточат, в ране нет гноя и некротических тканей, называется:

1. Первичным
2. Провизорным
3. отсроченным первичным+
4. ранним вторичным
5. поздним вторичным

21. Шов, накладываемый в тех случаях, когда после нагноения раны и последующего очищения от гноя ее дно и стенки выполняются грануляциями, называется:

1. Первичным
2. Провизорным
3. отсроченным первичным
4. ранним вторичным+
5. поздним вторичным

22. Шов, когда швы приходится накладывать спустя более длительный срок после ранения, стенки раны становятся ригидными, края раны и частично грануляции перерождаются в рубцовую ткань, называется:

1. Первичным
2. Провизорным
3. отсроченным первичным
4. ранним вторичным
5. поздним вторичным+

23. Ранее наложенные защитные повязки при оказании первой медицинской помощи снимают:

1. во всех случаях
2. в случаях необходимости ревизии жгута+
3. в случаях необходимости остановки кровотечения;+
4. в случаях загрязнения повязки отравляющими или радиоактивными веществами+

24. При пулевом ранении:

1. диаметр входного отверстия больше диаметра выходного
2. диаметр выходного отверстия больше диаметра входного +
3. диаметры входного и выходного отверстия приблизительно одинаковы

25. При наличии у пострадавшего слепой осколочной глубокой раны с узким входным отверстием первичную хирургическую обработку следует начинать с:

1. зондирования для определения глубины и направления раневого канала
2. иссечения разможженных краев раны
3. удаления инородных тел
4. рассечения раны +

26. Когда необходимо дренировать рану после первичной хирургической обработки?

1. только в случае невозможности провести полноценный гемостаз
2. только в случае значительного загрязнения раны
3. только при отсутствии уверенности в полноценном иссечении нежизнеспособных тканей
4. только при отсутствии возможности проведения в дальнейшем адекватной антибиотикотерапии и динамического наблюдения
5. во всех случаях +

27. Можно ли при огнестрельном ранении после первичной хирургической обработки наложить первичные глухие швы?

1. можно при ранении лица +
2. можно при отсутствии огнестрельного перелома
3. можно на подошвенной поверхности стопы
4. можно при сопутствующем радиационном поражении +
5. наложение первичных швов при всех видах огнестрельных ран категорически запрещено

28. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?

1. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии
2. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии
3. в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки +
4. в госпитальную для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации

29. Основными элементами ПХО являются манипуляции, кроме:

1. рассечения тканей
2. иссечения тканей
3. гемостаза
4. дренирования
5. зондирования+

30. На этапе первой врачебной помощи при наличии раны выполняются мероприятия, кроме:

1. исправление повязки
2. первичной хирургической обработки+
3. серопрофилактика столбняка
4. обкалывание раны антибиотиками
5. кожной пластики+

31. На этапе квалифицированной помощи при наличии раны выполняются мероприятия, кроме:

1. исправления повязки
2. первичной хирургической обработки
3. серопрофилактики столбняка
4. кожной пластики+

Тест №4 – Раневая инфекция.

1. Возбудители раневой инфекции относятся в большей степени к:
 1. патогенной флоре
 2. условно-патогенной флоре+
 3. непатогенной флоре

2. Распределите в порядке убывания частоту присутствия микроорганизмов в микрофлоре случайных травматических ран:

1. Стафилококки
2. синегнойная палочка
3. анаэробы

3. Микробное число (количество бактерий на 1 грамм ткани), превышение которого вызывает нагноение, составляет:

1. 1 000 000
2. 100 000+
3. 10 000

4. Расположите правильную очередность развития раневого процесса:

1. фаза воспаления
2. фаза регенерации
3. фаза организации рубца и эпителизации

5. Гнойный процесс, отграниченный соединительно-тканной капсулой характерен для:

1. Флегмоны
2. Абсцесса+
3. Затека

6. Гнойный процесс, не имеющий четких границ и распространяющийся в неповрежденные участки путем диффузии по межтканевым щелям, характерен для:

1. Флегмоны+
2. Абсцесса
3. Затека

7. Гной, скопившийся в заднемедиальных отделах сегментов конечностей по ходу фасциальных влагалищ и межфасциальных щелей, характерен для:

1. Флегмоны
2. Абсцесса
3. Затека+

8. Для сепсиса всегда характерна бактериемия:

1. Да
2. Нет+

9. В фазе воспаления осуществляются мероприятия, исключая:

1. вскрытие и дренирование затека
2. промывание раны
3. частые перевязки с ферментами
4. кожная пластика+

10. В фазе регенерации осуществляются мероприятия, исключая:

1. промывание раны+
2. частые перевязки с ферментами+
3. бережное отношение к тканям
4. иммуностимуляция

11. При выполнении вторичной хирургической обработки гнойных ран выполняют следующие элементы, исключая:

1. местная инфильтрационная анестезия+
2. иссечение истонченных синюшных участков кожи
3. максимальное сохранение подкожно-жировой клетчатки+
4. вакуумная обработка раны

12. В центральной нервной системе тетаноспазм:

1. избирательно поражает структуры, ответственные за функцию центрального торможения, сохраняя процессы возбуждения+
2. избирательно поражает структуры, ответственные за функцию центрального возбуждения, сохраняя процессы торможения
3. избирательно поражает структуры, ответственные за функцию центрального торможения и возбуждения

13. Опистотонус – это

1. судорожное сокращение жевательных мышц
2. боли и затруднение при глотании
3. спастическая ригидность мышц туловища+

14. Какой вид иммунизации против столбняка проводится взрослому привитому человеку, получившему поверхностную резаную рану предплечья?

1. только активная+
2. только пассивная
3. никакая не проводится
4. и активная, и пассивная

15. Какой вид иммунизации против столбняка проводится взрослому привитому человеку, получившему обширную огнестрельную рану бедра, загрязненную землей?

1. только активная
2. только пассивная

3. никакая не проводится
4. и активная, и пассивная+

16. Укажите меры профилактики анаэробной инфекции на этапах медицинской эвакуации:

1. транспортная иммобилизация+
2. первичная хирургическая обработка раны+
3. отказ от наложения первичных швов+
4. адекватная анестезия

17. Что такое микробное число?

1. количество микробных колоний, выращенных на питательной среде при посеве экссудата из раны
2. количество микробных штаммов, высеянных из одной раны
3. количество микробных тел в 1 мм³ ткани+
4. количество микробных тел в поле зрения при микроскопии раневого экссудата при увеличении x200

18. Какова роль антибиотиков в лечении ран?

1. стерилизуют рану+
2. способствуют формированию грануляций
3. задерживают развитие раневой инфекции
4. уменьшают раневую экссудацию

19. К ранним клиническим признакам столбняка относятся:

1. значительный отек без признаков гиперемии в окружности раны
2. тризм жевательной мускулатуры+
3. затруднения при глотании+
4. тонические и клонические судороги
5. ригидность затылочных мышц+

20. Когда показано местное применение антисептиков?

1. при проведении первичной хирургической обработки раны+
2. при проведении вторичной хирургической обработки раны+
3. в стадии острого гнойного воспаления+
4. в стадии регенерации
5. в стадии эпителизации

21. Для газовой гангрены характерны следующие признаки:

1. гиперемия в окружности раны

2. отсутствие локальной гипертермии+
3. выраженная интоксикация+
4. газ скапливается в подкожной клетчатке и не скапливается в мышцах

22. Клиническая картина гнилостной инфекции представлена всеми перечисленными симптомами, за исключением:

1. зловонного гнойного расплавления тканей с пузырьками газа
2. общей интоксикации, высокой температуры
3. ясного сознания, субфебрильной температуры+
4. беспокойства
5. при разрезе в ране здоровые снабжаемые кровью мышцы

23. К клиническим проявлениям анаэробной инфекции относится все перечисленное, исключая:

1. боль в ране
2. отек, газообразование
3. токсикоз
4. анестезию в области раны, гипертермию+

24. К оперативным вмешательствам при газовой анаэробной инфекции относятся все перечисленные, исключая:

1. широкое рассечение пораженных тканей
2. иссечение пораженных тканей, в первую очередь мышц
3. ампутацию
4. пункционное дренирование раны+

25. Лечебной дозой антигангренозной сыворотки является:

1. по 10 000 МЕ против каждого из возбудителей
2. по 15 000 МЕ против каждого из возбудителей
3. по 20 000 МЕ против каждого из возбудителей
4. по 50 000 МЕ против каждого из возбудителей+
5. по 100 000 МЕ против каждого из возбудителей

26. Профилактической дозой антигангренозной сыворотки является:

1. по 10 000 МЕ против каждого из возбудителей+
2. по 15 000 МЕ против каждого из возбудителей
3. по 20 000 МЕ против каждого из возбудителей
4. по 50 000 МЕ против каждого из возбудителей
5. по 100 000 МЕ против каждого из возбудителей

27. К комплексу профилактических мероприятий при открытых повреждениях против газовой анаэробной инфекции относятся все

перечисленные, кроме:

1. противошоковых мероприятий
2. ранней первичной хирургической обработки (ПХО)
3. иммобилизации поврежденного сегмента
4. антибактериального лечения
5. обкалывания сегмента антибиотиками
6. ампутация конечности+

Тест №4 – Кровотечения.

1. Что относится к методам временной остановки кровотечения?
 1. перевязка сосуда в ране
 2. наложение кровоостанавливающего зажима+
 3. форсированное сгибание конечности+
 4. перевязка сосуда на протяжении

2. При оказании какого вида медицинской помощи может быть произведена окончательная остановка внутрибрюшного кровотечения?
 1. доврачебной помощи
 2. первой врачебной помощи
 3. квалифицированной помощи+
 4. специализированной помощи+

3. Какие пострадавшие в обратимой декомпенсированной стадии шока при оказании первой врачебной помощи должны быть немедленно эвакуированы, не задерживаясь для проведения лечебных манипуляций?
 1. с переломом костей таза и разрывом мочевого пузыря
 2. с огнестрельным переломом бедра
 3. с ранением легкого и клапанным пневмотораксом
 4. с продолжающимся внутрибрюшным кровотечением+
 5. эвакуация всех пострадавших при декомпенсированном шоке запрещена

4. Что при оказании квалифицированной медицинской помощи является противопоказанием к экстренной операции при продолжающемся внутрибрюшном кровотечении?
 1. обратимый компенсированный шок

2. обратимый некомпенсированный шок
3. агональное состояние+

5. Укажите мероприятия, проводимые при гемотрансфузионном шоке, относящиеся к квалифицированной медицинской помощи:

1. паранефральная блокада+
2. блокада по Школьникову
3. введение гепарина+
4. внутривенное введение кальция хлорида

6. В каких случаях переливают кровь при оказании первой врачебной помощи?

1. при продолжающемся внутрибрюшном кровотечении
2. при острой кровопотере в результате повреждения бедренной артерии после наложения на нее зажима+
3. при продолжающемся внутриплевральном кровотечении
4. гемотрансфузии при оказании первой врачебной помощи вообще не производятся

7. Компенсация острой кровопотери при оказании первой врачебной помощи проводится с использованием следующих инфузионно-трансфузионных сред:

1. только кристаллоидных растворов
2. только коллоидных растворов
3. и коллоидных, и кристаллоидных растворов+
4. основной объем вливаний составляют кровь и ее препараты

8. При какой степени ишемии конечности могут отсутствовать пассивные движения в суставах?

1. при компенсированной
2. при декомпенсированной+
3. при необратимой

9. При какой степени ишемии конечности отсутствуют показания к экстренному восстановлению поврежденного магистрального сосуда:

1. при компенсированной+
2. при декомпенсированной
3. при необратимой+

10. Временное шунтирование сосуда впервые может быть применено при оказании:

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

11. При какой степени ишемии конечности производят ампутацию?

1. при компенсированной
2. при декомпенсированной
3. при необратимой+

12. При какой степени ишемии конечности производят восстановление проходимости поврежденного сосуда?

1. при компенсированной
2. при декомпенсированной+
3. при необратимой

13. При какой степени ишемии конечности производят перевязку сосуда в ране или на протяжении?

1. при компенсированной+
2. при декомпенсированной
3. при необратимой

14. Перечислите состояния, при которых причиной кровотечения являются механические повреждения сосудистой стенки:

1. ранения сосудов при переломах ребер+
2. разрыв внутренних органов+
3. авитаминоз
4. некроз тканей
5. гемофилия
6. коагулопатия потребления

15. Перечислите состояния, при которых причиной кровотечения являются патологические состояния сосудистой стенки?

1. ранения сосудов при переломах ребер
2. разрыв внутренних органов
3. интоксикация+
4. опухолевый процесс+
5. некроз тканей+
6. гемофилия
7. коагулопатия потребления

16.Перечислите состояния, при которых причиной кровотечения являются нарушения различных звеньев системы свертывания крови?

1. ранения сосудов при переломах ребер
2. разрыв внутренних органов
3. авитаминоз
4. некроз тканей
5. гемофилия+
6. коагулопатия потребления+
7. тромбоцитопеническая пурпура+

17.Кровотечения, при которых кровь изливается во внешнюю среду, называются:

1. Наружными+
2. Внутренними

18.Кровотечения, при когда кровь скапливается в полостях тела, межтканевых пространствах, имбибирует ткани, называются:

1. Наружными
2. Внутренними+

19.Кровотечение обусловленное повреждением сосуда в момент травмы и возникающее непосредственно после называется:

1. Первичным+
2. вторично-ранним
3. вторично-поздним

20.Кровотечение вызванное повреждением сосудов или отрывом тромба из-за неполноценной иммобилизации при транспортировке, грубых манипуляций при репозиции костных отломков называется:

1. Первичным
2. вторично-ранним+
3. вторично-поздним

21.Кровотечение, являющееся следствием разрушения стенки сосуда в результате длительного давления костного отломка или инородного тела (пролежень), гнойного расплавления тромба, аррозии, разрыва аневризмы называется:

1. Первичным
2. вторично-ранним

3. вторично-поздним+

22. Тяжесть кровопотери по Г.А. Барашкову при величине гематокрита 40 % соответствует:

1. доклинической степени+
2. умеренной степени
3. средней степени тяжести
4. тяжелой степени

23. Тяжесть кровопотери по Г.А. Барашкову при величине гематокрита 36 % соответствует:

1. доклинической степени
2. умеренной степени+
3. средней степени тяжести
4. тяжелой степени

24. Тяжесть кровопотери по Г.А. Барашкову при величине гематокрита 28 % соответствует:

1. доклинической степени
2. умеренной степени
3. средней степени тяжести+
4. тяжелой степени

25. Тяжесть кровопотери по Г.А. Барашкову при величине гематокрита 18% соответствует:

1. доклинической степени
2. умеренной степени
3. средней степени тяжести
4. тяжелой степени+

26. Количественное (волемическое) влияние переливаемой среды зависит от его:

1. коллоидно-осмотической активности+
2. молекулярной массы+
3. длительности циркуляции в сосудистом русле+
4. скорости выведения из организма+
5. реологическом действии
6. восстановлении кислородной емкости крови
7. гемостатическом эффекте

27. Качественное влияние переливаемой среды зависит от его:

1. коллоидно-осмотической активности
2. молекулярной массы
3. длительности циркуляции в сосудистом русле
4. скорости выведения из организма
5. реологическом действии+
6. восстановлении кислородной емкости крови+
7. гемостатическом эффекте+

28. К кристаллоидным растворам относятся:

1. изотонический раствор натрия хлорида+
2. раствор Рингера-Локка+
3. лактасол+
4. трисоль+
5. полиглюкин
6. желатиноль
7. макродекс

29. К коллоидным растворам относятся:

1. изотонический раствор натрия хлорида
2. раствор Рингера-Локка
3. лактасол
4. трисоль
5. полиглюкин+
6. желатиноль+
7. макродекс+

30. Полная компенсация кровопотери проводится при оказании:

1. доврачебной помощи
2. первой врачебной помощи
3. квалифицированной помощи+
4. специализированной помощи+

31. Частичная компенсация кровопотери проводится при оказании:

1. доврачебной помощи+
2. первой врачебной помощи+
3. квалифицированной помощи при большом потоке раненых+
4. специализированной помощи

Тест №6 – Синдром длительного сдавления.

1. Состояние, вызываемое длительным нахождением пострадавшего в вынужденном неподвижном положении называется синдромом:

1. позиционного сдавления+
2. длительного сдавления
3. длительного раздавливания

2. Вызванное сдавлением тканей ишемия называется синдромом:

1. позиционного сдавления
2. длительного сдавления+
3. длительного раздавливания

3. Сочетание раздавливания с длительной компрессией называется синдромом:

1. позиционного сдавления
2. длительного сдавления
3. длительного раздавливания+

4. В норме миоглобин отсутствует

1. и в крови и в моче+
2. в крови
3. в моче

5. Эректильная фаза «компрессионного шока» в сравнении с травматическим шоком:

1. не характерна+
2. более выражена и продолжительна
3. менее выражена и кратковременна

6. В промежуточной стадии синдрома длительного сдавления ведущую роль играет:

1. острая почечная недостаточность+
2. интоксикация
3. азотемия
4. гнойно-некротические изменения мягких тканей

7. В I стадии синдрома длительного сдавления ведущую роль играет:

1. острая почечная недостаточность
2. интоксикация+

3. азотемия
4. гнойно-некротические изменения мягких тканей

8. В III стадии синдрома длительного сдавления ведущую роль играет:

1. острая почечная недостаточность
2. интоксикация
3. азотемия+
4. гнойно-некротические изменения мягких тканей

9. В стадии реконвалесценции синдрома длительного сдавления ведущую роль играет:

1. острая почечная недостаточность
2. интоксикация
3. азотемия
4. гнойно-некротические изменения мягких тканей+

10. Синдром длительного сдавления средней степени тяжести развивается при сдавлении:

1. голени и бедра в течение 6 ч
2. голени и бедра в течение 4 ч+
3. предплечья в течение 4 ч
4. голени в течение 4 ч
5. обоих бедер в течение 9 ч

11. Синдром длительного сдавления легкой степени тяжести развивается при сдавлении:

1. голени и бедра в течение 6 ч
2. голени и бедра в течение 4 ч
3. предплечья в течение 4 ч+
4. голени в течение 4 ч+
5. обоих бедер в течение 9 ч

12. Расположите в правильном порядке стадии синдрома длительного сдавления:

1. эндогенной интоксикации
2. острой почечной недостаточности
3. азотемической интоксикации
4. реконвалесценции

13. Какие мероприятия не входят в объем первой врачебной помощи при

явных признаках нежизнеспособности конечности при синдроме длительного сдавления:

1. ампутация конечности+
2. противошоковая терапия
3. двусторонняя паранефральная блокада
4. транспортная иммобилизация
5. наложение кровоостанавливающего жгута

14. Синдром длительного сдавления тяжелой степени развивается при сдавлении:

1. голени и бедра в течение 6 ч+
2. голени и бедра в течение 4 ч
3. предплечья в течение 4 ч
4. голени в течение 4 ч
5. обоих бедер в течение 9 ч

15. Синдром длительного сдавления крайне тяжелой степени развивается при сдавлении:

1. голени и бедра в течение 6 ч
2. голени и бедра в течение 4 ч
3. предплечья в течение 4 ч
4. голени в течение 4 ч
5. обоих бедер в течение 9 ч+

16. Непосредственно после высвобождения конечности из-под завала на нее накладывают резиновый жгут в случае:

1. сохраненных пассивных движений в суставах
2. сохраненных и активных, и пассивных движений в суставах
3. наличия отчетливой пульсации в дистальных отделах
4. явных признаках нежизнеспособности конечности+

17. При оказании первой медицинской помощи пострадавшим с синдромом длительного сдавления производится:

1. подфасциальное введение новокаина в зоне сдавления
2. проводниковая новокаиновая блокада проксимальнее сдавления+
3. внутрикостная анестезия
4. паранефральная блокада+

18. При отсутствии переломов и ран пострадавшим с синдромом длительного сдавления при оказании доврачебной помощи необходимо:

1. произвести эластичное бинтование конечности+
2. наложить жгут проксимальнее области сдавления
3. согреть пораженную конечность
4. произвести новокаиновую блокаду
5. наложить транспортные шины+

19. При оказании квалифицированной помощи пострадавшим с синдромом длительного сдавления могут быть выполнены следующие операции:

1. Некрэктомия+
2. Фасциотомия+
3. ампутация конечности+
4. при наличии ран – первичная хирургическая обработка+
5. восстановление кровотока наложением сосудистого анастомоза

Тест №7 – Ожоги.

1. При сливном ожоге передней поверхности груди, живота и циркулярном ожоге всей левой нижней конечности площадь ожога составит:

1. 45 %
2. 27 %
3. 36 %+
4. 42 %
5. 30 %

2. При ожоге IIIA степени поражаются:

1. только эпидермис
2. кожа до росткового слоя+
3. кожа на всю глубину
4. кожа и подкожная клетчатка
5. кожа, подкожная клетчатка и мышцы

3. При оказании первой врачебной помощи пострадавшим в состоянии ожогового шока производят:

1. введение наркотических анальгетиков+
2. двустороннюю паранефральную блокаду+
3. переливание кровезаменителей+
4. первичный туалет ожоговой раны

4. О выходе пострадавшего из состояния ожогового шока свидетельствует:
 1. нормализация диуреза
 2. гипертермия тела+
 3. повышение систолического давления до 80 мм рт. ст. и более
 4. полиурия+

5. Какие клинические признаки свидетельствуют о глубоких ожогах?
 1. отечность и гиперемия кожных покровов
 2. наличие на ожоговой поверхности струпа+
 3. наличие на ожоговой поверхности небольших и ненапряженных пузырей с жидкостью желтоватой окраски
 4. наличие на ожоговой поверхности пузырей с геморрагическим содержимым+

6. Определите прогностический индекс (ПИ) и прогноз у пострадавшего 48 лет со сливными ожогами обеих верхних конечностей, головы, шеи и верхних дыхательных путей.
 1. ПИ = 47 – прогноз благоприятный
 2. ПИ = 75 – прогноз относительно благоприятный
 3. ПИ = 85 – прогноз сомнительный
 4. ПИ = 103 – прогноз неблагоприятный+

7. У пострадавшего после термического ожога имеется сплошной циркулярный струп на всей правой верхней конечности; по всей поверхности левой верхней конечности и по всей поверхности правой нижней конечности — гиперемия, множественные пузыри со светлым содержимым. Определите индекс Франка (ИФ) и прогноз.
 1. ИФ = 27 – прогноз благоприятный
 2. ИФ = 54 – прогноз относительно благоприятный
 3. ИФ = 72 – прогноз сомнительный+
 4. ИФ = 99 – прогноз неблагоприятный

8. Эритема, поражение в пределах эпидермиса соответствует ожогу:
 1. I степени+
 2. II степени
 3. IIIA степени
 4. IIIB степени
 5. IV степени

9. Отслойка эпидермиса соответствует ожогу:

1. I степени
2. II степени+
3. IIIA степени
4. IIIB степени
5. IV степени

10. Поражение дермы с частичным сохранением эпителиальных элементов кожи соответствует ожогу:

1. I степени
2. II степени
3. IIIA степени+
4. IIIB степени
5. IV степени

11. Поражение дермы с полным поражением эпителиальных элементов кожи соответствует ожогу

1. I степени
2. II степени
3. IIIA степени
4. IIIB степени+
5. IV степени

12. Поражение кожи с подлежащими тканями до тотального обугливания соответствует:

1. I степени
2. II степени
3. IIIA степени
4. IIIB степени
5. IV степени+

13. При поверхностных ожогах эпителизация возможна за счет:

1. росткового слоя кожи+
2. протоков потовых желез+
3. сальных желез+
4. волосяных фолликулов+
5. эндотелия сосудов
6. нервных окончаний

14. Укажите очередность периодов ожоговой болезни:

1. ожоговый шок
2. острая ожоговая токсемия

3. септикотоксемия
4. реконвалесценция

15. Для периода ожогового шока характерны:

1. гемоконцентрация и олигурия+
2. полиурия, метаболический ацидоз, аутосенсibilизация
3. пневмонии, эрозии и язвы пищеварительного тракта
4. рубцовые контрактуры, остеомиелит

16. Для периода ожоговой токсемии характерны:

1. гемоконцентрация и олигурия
2. полиурия, метаболический ацидоз, аутосенсibilизация+
3. пневмонии, эрозии и язвы пищеварительного тракта
4. рубцовые контрактуры, остеомиелит

17. Для периода ожоговой септикотоксемии характерны:

1. гемоконцентрация и олигурия
2. полиурия, метаболический ацидоз, аутосенсibilизация
3. пневмонии, эрозии и язвы пищеварительного тракта+
4. рубцовые контрактуры, остеомиелит

18. Для периода реконвалесценции ожоговой болезни характерны:

1. гемоконцентрация и олигурия
2. полиурия, метаболический ацидоз, аутосенсibilизация
3. пневмонии, эрозии и язвы пищеварительного тракта
4. рубцовые контрактуры, остеомиелит+

19. Первая медицинская и доврачебная помощь при ожогах призваны решить задачи:

1. прекращение действия травмирующего агента+
2. профилактика вторичного инфицирования ожоговой раны+
3. лечение ожогового шока

20. На этапе первой медицинской помощи при ожогах необходимо:

1. снять одежду+
2. наложить защитную повязку+
3. удалить прилипшие к обожженной поверхности кусочки одежды
4. произвести туалет раны
5. наложить мазевую повязку

21. Укажите очередность эвакуации пораженных с ожогами из очага поражения:

1. тяжелообожженные дети
2. пострадавшие с нарушениями дыхания при ожоге верхних дыхательных путей и сопутствующими повреждениями сосудов с наружным артериальным (наложен жгут) или продолжающимся внутренним кровотечением
3. пострадавшие в тяжелом состоянии с обширными ожогами

Тест №8 – Грудная клетка.

1. Наиболее тяжело протекают флотирующие переломы:

1. передние билатеральные +
2. левосторонние переднелатеральные +
3. правосторонние переднелатеральные
4. задние латеральные
5. задние билатеральные

2. Пневмоторакс, при котором плевральная полость не сообщается с внешней средой и количество воздуха, попавшего в нее при травме, не меняется во время экскурсии грудной клетки, называется:

1. Открытым
2. Напряженным
3. Закрытым +
4. клапанным

3. Пневмоторакс, при котором имеется свободная связь плевральной полости с внешней средой, называется:

1. Открытым +
2. Напряженным
3. Закрытым
4. клапанным

4. Пневмоторакс, при котором во время выдоха сообщение плевральной полости с внешней средой уменьшается или полностью прекращается из-за смещения тканей, называется:

1. Открытым
2. Напряженным

3. Закрытым
4. клапанным +

5. Для решения вопроса о продолжающемся кровотечении используется:

1. проба Рувилуа-Грегуара+
2. проба Петрова
3. сравнение содержания гемоглобина в пунктате с количеством гемоглобина в кровяном русле

6. Для решения вопроса об объеме кровопотери используется:

1. проба Рувилуа-Грегуара
2. проба Петрова
3. сравнение содержания гемоглобина в пунктате с количеством гемоглобина в кровяном русле+

7. Для определения наличия крови в плевральной полости используется:

1. проба Рувилуа-Грегуара
2. проба Петрова+
3. сравнение содержания гемоглобина в пунктате с количеством гемоглобина в кровяном русле

8. При закрытой травме грудной клетки (переломы ребер), осложненной пневмотораксом, могут определяться следующие симптомы:

1. Одышка+
2. Кровохарканье+
3. подкожная эмфизема+
4. притупление перкуторного звука

9. Подкожная эмфизема при закрытых переломах ребер является достоверным признаком:

1. Гемопневмоторакса+
2. Пневмоторакса+
3. ушиба легкого
4. повреждения легкого+

10. При закрытом повреждении грудной клетки (переломы ребер), осложненном гемотораксом, могут определяться следующие симптомы:

1. Брадикардия
2. ослабление дыхания+

3. подкожная эмфизема
4. притупление перкуторного звука на стороне повреждения+

11. В объем первой врачебной помощи пострадавшим с проникающим ранением грудной клетки входит:

1. вагосимпатическая блокада+
2. инфузионная терапия+
3. пункция плевральной полости+
4. торакотомия при наличии показаний

12. Показанием к торакотомии при оказании квалифицированной медицинской помощи является:

1. ранение сердца+
2. открытый пневмоторакс
3. продолжающееся внутриплевральное кровотечение+
4. закрытый пневмоторакс

13. Наложение окклюзионной повязки показано пострадавшему при:

1. закрытом пневмотораксе
2. открытом пневмотораксе+
3. наружном клапанном пневмотораксе+
4. внутреннем клапанном пневмотораксе

14. Обширная, нарастающая подкожная эмфизема характерна для:

1. закрытого пневмоторакса+
2. открытого пневмоторакса
3. клапанного пневмоторакса+
4. большого гемоторакса

15. Укажите оптимальное место пункции плевральной полости при пневмотораксе:

1. в седьмом межреберье по заднеподмышечной линии
2. во втором межреберье по среднеключичной линии+
3. в десятом межреберье по лопаточной линии
4. в области, где подкожная эмфизема наиболее выражена
5. во втором межреберье по лопаточной линии

16. Укажите оптимальное место пункции плевральной полости при гемотораксе:

1. в седьмом межреберье по заднеподмышечной линии+

2. во втором межреберье по среднеключичной линии
3. в десятом межреберье по лопаточной линии
4. в центре зоны притупления перкуторного звука
5. во втором межреберье по лопаточной линии

17. Ограниченным считают пневмоторакс при:

1. спадении легкого менее чем на $1/3$ +
2. спадении легкого от $1/3$ до $1/2$
3. спадении легкого от $1/2$ до $2/3$

18. Средним считают пневмоторакс при:

1. спадении легкого менее чем на $1/3$
2. спадении легкого от $1/3$ до $1/2$ +
3. спадении легкого от $1/2$ до $2/3$

19. Тотальным считают пневмоторакс при:

1. спадении легкого менее чем на $1/3$
2. спадении легкого от $1/3$ до $1/2$
3. спадении легкого от $1/2$ до $2/3$ +

20. В каком случае гемоторакс будет считаться малым?

1. скопление излившейся крови составляет в плевральной полости 200 мл+
2. скопление излившейся крови составляет в плевральной полости 400 мл+
3. скопление излившейся крови составляет в плевральной полости 600 мл
4. скопление излившейся крови составляет в плевральной полости 800 мл
5. скопление излившейся крови составляет в плевральной полости 1200 мл

21. В каком случае гемоторакс будет считаться средним?

1. скопление излившейся крови составляет в плевральной полости 200 мл
2. скопление излившейся крови составляет в плевральной полости 400 мл
3. скопление излившейся крови составляет в плевральной полости 600 мл+
4. скопление излившейся крови составляет в плевральной полости 800 мл+
5. скопление излившейся крови составляет в плевральной полости 1200 мл

22. В каком случае гемоторакс будет считаться большим?

1. скопление излившейся крови составляет в плевральной полости 200 мл
2. скопление излившейся крови составляет в плевральной полости 400 мл
3. скопление излившейся крови составляет в плевральной полости 600 мл
4. скопление излившейся крови составляет в плевральной полости 800 мл
5. скопление излившейся крови составляет в плевральной полости 1200

мл+

23. Рентгенологическим признаком малого гемоторакса является:

1. снижение прозрачности половины грудной клетки на стороне гемоторакса в положении лежа+
2. уровень жидкости достигает нижнего угла лопатки
3. затемнение выше нижнего угла лопатки
4. затемнение до верхушки легкого
5. средостение смещено в здоровую сторону

24. Рентгенологическим признаком среднего гемоторакса является:

1. снижение прозрачности половины грудной клетки на стороне гемоторакса в положении лежа
2. уровень жидкости достигает нижнего угла лопатки+
3. затемнение выше нижнего угла лопатки
4. затемнение до верхушки легкого
5. средостение смещено в здоровую сторону

25. Рентгенологическим признаком большого гемоторакса является:

1. снижение прозрачности половины грудной клетки на стороне гемоторакса в положении лежа
2. уровень жидкости достигает нижнего угла лопатки
3. затемнение выше нижнего угла лопатки +
4. затемнение до верхушки легкого+
5. средостение смещено в здоровую сторону+

26. При ранении сердца и развитии тампонады характерна триада Бека, которая включает все, кроме:

1. ослабление, глухость сердечных тонов на фоне значительного расширения границ сердечной тупости
2. падение артериального давления
3. повышение венозного давления
4. понижение венозного давления+

27. При оказании первой медицинской и доврачебной помощи

пострадавшим с ранениями грудной клетки показано все, кроме:

1. очистки полости рта, носа от сгустков крови, инородных частиц
2. наложения герметизирующей окклюзионной повязки при подозрении на наличие открытого или клапанного пневмоторакса
3. строгого горизонтального положение+

28. При неосложненных изолированных или двойных переломах ребер показаны:

1. блокада области перелома+
2. блокада межреберных нервов +
3. паравертебральная новокаиновая блокада+
4. шейная вагосимпатическая блокада по Вишневскому
5. за грудиной блокада

29. При множественных переломах ребер, а также переломах, осложненных повреждением плевры и легкого, травматической асфиксии показана:

1. блокада области перелома
2. блокада межреберных нервов
3. паравертебральная новокаиновая блокада
4. шейная вагосимпатическая блокада по Вишневскому+
5. за грудиной блокада

30. При переломах тела грудины показаны:

1. блокада области перелома+
2. блокада межреберных нервов
3. паравертебральная новокаиновая блокада
4. шейная вагосимпатическая блокада по Вишневскому
5. за грудиной блокада+

31. Безопасной зоной при повреждении легкого является:

1. подплевральная часть легкого+
2. корень легкого и его прикорневая часть
3. центральную часть легкого

32. Угрожающей зоной при повреждении легкого является:

1. подплевральная часть легкого
2. корень легкого и его прикорневая часть
3. центральную часть легкого+

33. Опасной зоной при повреждении легкого является:

1. подплевральная часть легкого
2. корень легкого и его прикорневая часть+
3. центральную часть легкого

Тест №9 – Живот и таз.

1. При оказании первой медицинской помощи пострадавшему с проникающим ранением брюшной полости и эвентрацией внутренних органов необходимо:
 1. сделать инъекцию наркотического анальгетика+
 2. вправить эвентрированные органы в брюшную полость
 3. наложить защитную повязку+
 4. смочить повязку водой+
2. Первичная хирургическая обработка раны передней брюшной стенки без клинических признаков повреждения внутренних органов при оказании квалифицированной медицинской помощи должна производиться:
 1. в перевязочной
 2. в операционной+
3. Достоверными признаками проникающего ранения брюшной полости являются:
 1. выпадение сальника из раны+
 2. положительный симптом Щеткина-Блюмберга
 3. истечение кишечного содержимого из раны+
 4. локализация раны в области передней брюшной стенки
4. При проникающем ранении живота при оказании квалифицированной медицинской помощи в первую очередь должны быть оперированы пациенты:
 1. с признаками кровотечения в брюшную полость+
 2. с разлитым перитонитом
 3. в удовлетворительном состоянии+
 4. с клинической картиной травматического шока
5. Напряжение передней брюшной стенки может отмечаться при:
 1. разрывах кишки+

2. переломах костей таза+
 3. переломах позвонков в поясничном отделе+
 4. поверхностных ранах брюшной стенки+
 5. переломах ребер
-
6. Какие из перечисленных состояний не относятся к проникающим огнестрельным ранениям брюшной полости:
 1. забрюшинная гематома+
 2. повреждение брюшины без повреждения внутренних органов
 3. повреждение брыжейки
 4. повреждение тонкого кишечника
-
7. Повреждения каких из перечисленных органов всегда являются признаком проникающего ранения брюшной полости:
 1. тонкого кишечника+
 2. мочевого пузыря
 3. двенадцатиперстной кишки+
 4. прямой кишки
 5. печени+
-
8. Укажите возможные ориентиры выполнения лапароцентеза
 1. в точке на 2-2,5 см ниже пупка по средней линии+
 2. слева на уровне пупка, отступя от него на 2-2,5 см+
 3. в точке на 2-2,5 см выше пупка по средней линии
 4. справа на уровне пупка, отступя от него на 2-2,5 см
-
9. При оказании первой медицинской помощи пострадавшему с проникающим ранением брюшной полости в сочетании с заражением отравляющими веществами необходимо:
 1. дать таблетку антидота
 2. наложить защитную повязку+
 3. сделать инъекцию наркотического анальгетика
-
10. В первые двое суток после проникающего ранения в живот основными причинами смертельных исходов на первых этапах медицинской помощи являются:
 1. шок +
 2. кровопотеря+
 3. перитонит
 4. пневмония

11. На этапе первой врачебной помощи подлежат эвакуации все раненые в живот, кроме:

1. агонирующих больных+
2. пострадавших с признаками внутреннего кровотечения
3. пострадавших с признаками шока

12. При каких переломах таза целесообразна анестезия места перелома с введением анестетика непосредственно в зону повреждения:

1. изолированных переломах крестца+
2. изолированных переломах копчика+
3. разрывах симфиза+
4. перелом дна вертлужной впадины
5. при множественных переломах костей таза

13. На этапе первой врачебной помощи пункцию мочевого пузыря производят:

1. всем больным с переполненным мочевым пузырем
2. при уретроррагии+
3. при неудачных попытках катетеризации+
4. при внутрибрюшинном повреждении мочевого пузыря

14. К достоверным признакам повреждения прямой кишки относятся, кроме:

1. непроизвольное отхождение кала
2. зияние заднего прохода при ранениях промежности
3. кровь в испражнениях
4. выделение кала или (и) отхождение газов через рану
5. позывы на дефекацию+

15. Уретроррагия вне акта мочеиспускания характерна для повреждения:

1. передней уретры
2. задней уретры+

16. Для внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря не характерно:

1. при повороте притупление не перемещается в сторону наклона+
2. напряжение передней брюшной стенки
3. положительный симптом «ваньки-встаньки»

17. При внебрюшинных повреждениях мочевого пузыря для притупления не характерно:

1. распространяется на одну или обе надпаховые области
2. уменьшается после катетеризации пузыря+
3. не перемещается при поворотах больного
4. появляется спустя некоторое время после травмы

18. Укажите локализацию повреждения мочевого пузыря при котором моча изливается в паравезикальное пространство:

1. боковая стенка+
2. передняя стенка+
3. отрыв мочевого пузыря от уретры+
4. верхняя

19. Задержка мочеиспускания характерна для повреждения уретры:

1. Проникающего+
2. непроникающего

20. При проникающих ранениях уретры повреждаются ее:

1. одна оболочка
2. две оболочки
3. три оболочки+

21. К краевым переломам относятся повреждения таза, кроме:

1. перелом передне-верхней ости подвздошной кости
2. поперечный перелом крестца ниже крестцово-подвздошного сочленения
3. поперечный перелом крестца выше крестцово-подвздошного сочленения+

22. К повреждениям с нарушением непрерывности тазового кольца относятся переломы, кроме:

1. перелом обеих ветвей лобковой кости с одной или двух сторон
2. перелом лобковой и седалищной костей с одной стороны
3. перелом лобковой и седалищной костей с двух сторон
4. разрыв симфиза
5. перелом одной из ветвей лобковой кости с одной стороны и седалищной кости с другой+

23. К переломам тазового кольца без нарушения его непрерывности относятся повреждения, кроме:

1. перелом горизонтальной ветви лонной кости

2. перелом обеих седалищных костей
3. перелом одной из ветвей лобковой кости с одной стороны и седалищной кости с другой
4. перелом лобковой и седалищной костей с одной стороны+
5. разрыв крестцово-подвздошного сочленения+

24. Перелом таза типа Мальгенья — это:

1. перелом лобковой и седалищной костей с одной стороны
2. двусторонний перелом лобковых и седалищных костей
3. перелом костей таза с нарушением целостности заднего полукольца
4. перелом подвздошной кости с повреждением верхнего отдела вертлужной впадины
5. перелом костей таза с нарушением целостности переднего и заднего полуколец+

25. Укажите клинические симптомы при переломах костей таза:

1. относительное укорочение бедра на стороне перелома
2. положительный симптом разводящей нагрузки на крылья подвздошных костей+
3. положительный симптом сдавливающей нагрузки на крылья подвздошных костей+
4. положительный симптом прилипшей пятки+

26. Выберите правильную тактику при оказании квалифицированной медицинской помощи при разрыве уретры:

1. шов уретры
2. эпицистостомия+
3. дренирование паравезикальной клетчатки
4. пункция мочевого пузыря
5. выведение мочи катетером

27. Какие факторы обуславливают тяжесть состояния пострадавшего при закрытых переломах таза типа Мальгенья?

1. болевой синдром+
2. атония мочевого пузыря
3. острая кровопотеря+

28. При переломах таза псевдоабдоминальный синдром обусловлен:

1. внутрибрюшинным разрывом мочевого пузыря
2. переполнением мочевого пузыря при повреждении уретры
3. забрюшинной гематомой+

4. повреждением прямой кишки

29. Дренаж паравезикальной клетчатки по Буяльскому — Мак-Уортеру осуществляют:

1. через запирательное отверстие+
2. через промежность
3. между задним проходом и копчиком
4. над пупартовой связкой

30. Дренаж паравезикальной клетчатки по Куприянову осуществляют:

1. через запирательное отверстие
2. через промежность+
3. между задним проходом и копчиком
4. над пупартовой связкой

31. Дренаж паравезикальной клетчатки по Шапиро осуществляют:

1. через запирательное отверстие
2. через промежность
3. между задним проходом и копчиком+
4. над пупартовой связкой

32. Дренаж паравезикальной клетчатки по методу Старкова осуществляют:

1. через запирательное отверстие
2. через промежность
3. между задним проходом и копчиком
4. над пупартовой связкой+

33. К объему первой врачебной помощи относятся манипуляции:

1. катетеризация мочевого пузыря+
2. пункция мочевого пузыря+
3. эпицистостомия
4. дренирование паравезикальной клетчатки

ОТВЕТЫ

ТРАВМАТОЛОГИЯ

Клиника и диагностика переломов

1-2	2-2	3-2	4-1	5-1,6	6-3	7-2	8-5	9-3	10-4
11-4	12-3	13-1	14-4	15-2	16-2	17-5	18-3	19-4	20-2,4,7
21-2	22-2	23-1	24-2	25-2	26-3	27-4	28-2	29-1	30-3,4
31-3,	32-3,4	33-1	34-2	35-3	36-4	37-5	38-6	39-3	40-2
41-1	42-4	43-5	44-2,4	45-1,3,5					

Лечение переломов и вывихов.

1-2-3-1	2-3-2-1	3-1,2	4-1,3,4	5-1	6-2	7-3	8-1,	9-1	10-1
11-5	12-5	13-1	14-1-2-3-4-5-6	15-1,2	16-1,2	17-2	18-1,2,3,4	10-5	20-3
21-3	22-4	23-3	24-1	25-5	26-2	27-2,3,4	28-1	29-2	30-3
31-4	32-2	33-2	34-2						

Повреждение ключицы и плеча

1-3	2-1,3	3-2	4-5	5-3	6-2	7-1	8-2	9-1	10-3
11-1,2	12-2	13-3	14-1	15-2	16-1,3	17-2,4,5	18-1	10-3	20-3
21-2	22-3	23-5	24-1	25-1	26-1	27-3	28-2	29-2	30-1,2
31-1	32-2	33-2	34-1,3,4	35-1	36-2	37-3	38-3	39-1,2	40-1,3,4

41-2	42-3	43-1	44-3	45-3	46-1,2
------	------	------	------	------	--------

Повреждение локтевого сустава и предплечья

1-1	2-4	3-2	4-1	5-3,4	6-1,2	7-2	8-4	9-1	10-2
11-2	12-1	13-4	14-2	15-2	16-1	17-2	18-1	10-2	20-2
21-1,3,5	22-2,4,6	23-1,4,7	24-2,3,7	25-1,4	26-2,3	27-4	28-1	29-2	30-1,6
31-1,2	32-2	33-2	34-1,4	35-4	36-3	37-2	38-1	39-2	40-3
41-1	42-3	43-1	44-2	45-3	46-1	47-2	48-1	49-4	

Повреждение бедра

1-3	2-2	3-1	4-1	5-4	6-3	7-2	8-4	9-1	10-2
11-2	12-1	13-4	14-2	15-2	16-1	17-2	18-1	19-2	20-3
21-3,4	22-2,4,5,7	23-4,7	24-1,4	25-4	26-2,3	27-4	28-1,2	29-2	30-3
31-3	32-4	33-2							

Повреждение коленного сустава

1-2	2-3	3-1	4-1,5	5-2,4	6-2,4,5	7-3,4	8-3	9-5,6,7	10-2
11-2,3	12-2	13-3	14-1,2	15-3	16-2	17-2	18-1	19-2	20-1

21-4	22-3	23-2	24-1	25-2	26-1	27-3,4	28-4	29-4	30-5,7
31-3									

Повреждение голени

1-4	2-1,2	3-1,3	4-3,4	5-1,3,5,7	6-2	7-1,3,5	8-3	9-1,2,3,4	10-2,3,5
-----	-------	-------	-------	-----------	-----	---------	-----	-----------	----------

ОТВЕТЫ

ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

Катастрофы

1-1	2-2	3-3-2-1	4-4,5	5-3	6-1-2-3	7-2	8-1	9-3	10-2
11-4	12-1	13-3,5	14-2,3	15-2,3	16-1,3,4,5	17-3,4	18-4	19-3,4	20-4,5,6,7
21-5,6,7	22-6,7,8,9	23-1,2,3	24-4,5	25-1	26-2				

Обезболивание

1-1,6	2-1,6	3-3	4-1,2	5-3,4,5	6-1,5,6	7-1,2	8-1	9-1,2,3	10-4,5
-------	-------	-----	-------	---------	---------	-------	-----	---------	--------

11-1- 2-3	12- 5,6	13-2	14-2	15-1,3	16-1	17-1	18- 1,2	19-4,5	20- 3,4
21- 3,4	22- 2,4	23-2							

Раны

1-1	2-2	3-3	4-4	5- 1,3,4	6-1	7-2	8-3	9-1	10-2
11-1	12-2	13-3	14-1	15-2	16-3	17-1- 2-3	18-1	19-2	20-3
21-4	22-5	23- 2,3,4	24-2	25-4	26-5	27- 1,4	28-3	29-4	30- 2,5
31-4									

Раневая инфекция

1-2	2- 1-2-3	3-2	4- 1-2-3	5-2	6-1	7-3	8-2	9-4	10-1,2
11- 1,2	12-1	13-3	14-1	15-4	16- 1,2,3	17-3	18-1	19- 2,3,5	20- 1,2,3
21- 2,3	22-3	23-4	24-4	25-4	26-1	27-6			

Кровотечения

1-2,3	2-3,4	3-4	4-3	5-1,3	6-2	7-3	8-2	9-1,3	10-2
11-3	12-2	13-1	14- 1,2	15- 3,4,5	16- 5,6,7	17-1	18-2	19-1	20-2

Живот и таз

1- 1,3,4	2-2	3-1,3	4-1,3	5- 1,2,3,4	6-1	7- 1,3,4	8-1,2	9-2	10- 1,2
11-1	12- 1,2,3	13- 2,3	14-5	15-2	16-2	17-2	18- 1,2,3	19-1	20-3
21-3	22-5	23- 4,5	24-5	25- 2,3,4	26-2	27- 1,3	28-3	29-1	30-2
31-1	32-4	33- 1,2							

Вопросы к модулю

Травматология

1. Травматизм как социальная проблема. Виды травматизма. Краткая история развития травматологии и ортопедии. Современные достижения травматологии и ортопедии.
2. Схема клинического обследования пациентов с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. Значение жалоб, анамнеза, данных осмотра, перкуссии, аускультации, пальпации в постановке диагноза.
3. Определение длины и окружности конечностей. Значение этого исследования для диагностики повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.
4. Определение объема движений в суставах конечностей. Значение этого исследования для диагностики повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.
5. Современные инструментальные методы обследования пациентов с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. Их возможности и значение для уточнения диагноза.
6. Достоверные и вероятные признаки перелома и вывиха. Осложнения закрытых переломов и вывихов, их профилактика.
7. Стадии регенерации костной ткани, виды костной мозоли, ориентировочные сроки в которые происходит сращение кости.
8. Факторы, влияющие на сращение кости при переломе. Оптимальные условия для консолидации.
9. Основные методы лечения закрытых переломов.
10. Виды гипсовых повязок, показания к их применению. Возможные осложнения при наложении гипсовых повязок, их раннее определение и профилактика.
11. Лечение переломов методом скелетного вытяжения. Виды вытяжения, показания к применению. Определение величины груза. Контроль за вытяжением, возможные ошибки и осложнения метода.
12. Лечение переломов методом остеосинтеза. Виды остеосинтеза. Показания и противопоказания. Понятие о стабильном остеосинтезе.
13. Замедленная консолидация перелома. Ложный сустав. Факторы, способствующие их возникновению, клинические и рентгенологические признаки. Общие принципы лечения.
14. Открытые переломы. Классификация А.В. Каплана и О.Н. Марковой.
15. Осложнения открытых переломов, травматический остеомиелит: профилактика, диагностика и лечение.
16. Классификация травм груди. Изменения механизма дыхания при нарушении каркасности грудной клетки. Травматическая асфиксия.
17. Диагностика и лечение неосложненных переломов ребер. Профилактика осложнений. Способы обезболивания.
18. Переломы грудины: диагностика, лечение, возможные осложнения.
19. Повреждения лопатки: классификация, диагностика, лечение. Переломы и вывихи ключицы: диагностика, лечение. Виды иммобилизирующих повязок при повреждениях ключицы.
20. Вывихи плеча: классификация, диагностика, лечение (способы вправления, последующая фиксация). Значение артроскопии для диагностики и лечения данных повреждений.
21. Переломы проксимального отдела плечевой кости: классификация, диагностика, лечение.
22. Переломы диафиза плечевой кости: диагностика, возможные осложнения, лечение.
23. Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости: классификация, способы клинической диагностики, лечебная тактика.
24. Переломы и переломо-вывихи предплечья. Классификация, диагностика, лечение. Вывихи предплечья. Классификация, диагностика, лечение, сроки иммобилизации.
25. Переломы локтевого отростка. Классификация, диагностика, лечение. Показания к операции. Переломы головки и шейки плечевой кости. Диагностика, лечение.
26. Переломы дистальных метаэпифизов костей предплечья ("бунтующие" переломы). Классификация, диагностика, лечение.
27. Переломы и вывихи пястных костей и фаланг пальцев кисти: диагностика, лечение.
28. Повреждения сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев кисти: диагностика, принципы лечения.
29. Переломы проксимального отдела бедренной кости: классификация, анатомические особенности, клиническая диагностика. Функциональное лечение переломов проксимального отдела бедренной кости: показания, лечебные мероприятия, исходы.
30. Медиальные переломы шейки бедренной кости: классификация, диагностика, выбор и обоснование лечебной тактики, исходы. Латеральные переломы шейки бедренной кости: классификация, диагностика, выбор и обоснование лечебной тактики.

31. Вывихи бедра: классификация, диагностика, методы вправления, последующее лечение.
 32. Переломы диафиза бедренной кости. Клиника, диагностика, возможные осложнения. Консервативные и оперативные методы лечения и их оптимальные сроки.
 33. Гемартроз коленного сустава: причины, клинические признаки, дифференциальная диагностика, лечение.
 34. Повреждение менисков коленного сустава: клинические признаки, лечебная тактика. Определение понятия "блок коленного сустава". Значение артроскопии для диагностики и лечения данных повреждений.
 35. Повреждение связочного аппарата коленного сустава: причины, клиническая и рентгенологическая диагностика, принципы лечения. Роль артроскопии в диагностике и лечении данных повреждений.
 36. Вывихи в коленном суставе: вывих голени и надколенника. Диагностика, лечение.
 37. Переломы мыщелков бедра и большеберцовой кости: классификация, диагностика, лечение.
 38. Внесуставные переломы костей голени, механизмы повреждения, классификация, диагностика, варианты консервативного и оперативного лечения – их достоинства и недостатки.
 39. Классификация переломов лодыжек. Механизм травмы. Механизм повреждений при которых может произойти вывих или подвывих стопы.
 40. Диагностика и лечение наиболее часто встречающихся переломов лодыжек (типа Дюпюитрена, типа Десто).
 41. Переломы пяточной кости: классификация, диагностика, лечение.
 42. Переломы и вывихи таранной кости, костей предплюсны, плюсневых костей: классификация, диагностика, лечение.
 43. Повреждения позвоночника. Классификация, механизмы повреждения. Возможные осложнения и исходы. Определение стабильных и нестабильных переломов.
 44. Способы лечения стабильных и нестабильных переломов позвоночника.
 45. Диагностика и принципы лечения осложненных повреждений позвоночника. Клинические проявления осложненной травмы позвоночника в различные периоды травматической болезни спинного мозга.
 46. Переломы таза: механизм повреждений, классификация, диагностика. Диагностика и лечение краевых переломов таза и переломов тазового кольца без нарушения его непрерывности.
 47. Диагностика и лечение переломов таза с нарушением непрерывности тазового кольца. Возможные осложнения, их дифференциальная диагностика.
 48. Переломы вертлужной впадины: диагностика и лечение.
 49. Политравма. Сочетанные и комбинированные поражения: определение, лечебная тактика. Травматическая болезнь.
 50. Показания к ампутации при травматических повреждениях конечностей. Экспресс-протезирование, виды протезов.
 51. Организация травматологической помощи в поликлинике (травмпункте), их структура, объем помощи. Возможные сроки амбулаторного лечения. Порядок направления на КЭК и МСЭК травматологических и ортопедических больных.
 52. Особенности лечения переломов у детей. Особенности лечения переломов у пожилых.
- Ортопедия
1. Общие принципы и методы лечения ортопедических заболеваний.
 2. Организация ортопедо-травматологической помощи в РФ.
 3. Роль отечественных ученых в развитии травматологии и ортопедии.
 4. Контрактуры и анкилозы. Классификация, этиология. Дифференциальная диагностика различных видов контрактур и анкилозов. Лечение.
 5. Применение компрессионно-дистракционных аппаратов в ортопедии.
 6. Причины минерального дисбаланса костной ткани. Понятие остеопороза, классификация, профилактика, диагностика, коррекция, лечение.
 7. Патологические и сенильные переломы. Диагностика, пути профилактики и лечение.
 8. Врожденная мышечная кривошея. Диагностика, принципы лечения.
 9. Врожденный вывих бедра. Этиология, патогенез. Ранняя диагностика.
 10. Консервативное лечение дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра.
 11. Оперативное лечение врожденного вывиха бедра.
 12. Отдаленные ортопедические последствия врожденного вывиха бедра, их профилактика.
 13. Врожденная косолапость и плоско-вальгусная стопа. Клиника и принципы лечения.
 14. Статические деформации стоп. Виды плоскостопия. Принципы диагностики и лечения.
 15. Вальгусное отклонение I пальца стопы. Молоткообразная деформация пальцев стоп. Диагностика, консервативное лечение, показания к оперативному лечению.
 16. Врожденные деформации верхних конечностей: косоурукость, синдактилия,

полидактилия, эктродактилия. Клиника, диагностика, принципы лечения.

17. Остеохондропатии. Этиология и патогенез. Остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Легг-Кальве-Пертеса) диагностика, принципы лечения.

18. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости (болезнь Осгуд-Шлаттера), рассекающий хондрит коленного сустава (болезнь Кенига) – диагностика, принципы лечения.

19. Остеохондропатии. Этиология и патогенез. Остеохондропатия позвонков (болезнь Шойермана-May) – диагностика, принципы лечения.

20. Врожденные системные заболевания скелета: хондродисплазия, спондило-эпифизарная дисплазия.

21. Врожденные системные заболевания скелета: экзостозная хондродисплазия, дисхондроплазия (болезнь Олье).

22. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника. Этиология и патогенез остеохондроза позвоночника.

23. Клиническое течение остеохондроза позвоночника, принципы диагностики каждого периода.

24. Особенности клинической картины шейного остеохондроза.

25. Особенности клинической картины грудного остеохондроза.

26. Особенности клинической картины поясничного остеохондроза.

27. Дифференциальная диагностика вертеброгенных болевых синдромов.

28. Комплексное лечение остеохондроза различной локализации.

29. Спондилолистез. Клинико-рентгенологическая картина, лечение.

30. Патологическая осанка. Ее виды и факторы, способствующие возникновению.

31. Сколиотическая болезнь. Этиология, патогенез. Классификация сколиозов.

32. Принципы клинической и рентгенологической диагностики сколиоза. Прогнозирование.

33. Комплексное консервативное лечение сколиоза. Оперативное лечение.

34. Принципы ортопедического лечения ревматоидного полиартрита.

35. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Этиопатогенез, классификация, диагностика, принципы лечения.

36. Варусная деформация шейки бедренной кости. Этиология, клиника, лечение.

37. Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов. Классификация, этиология, патогенез.

38. Клинико-рентгенологическая диагностика дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов. Особенности ранней диагностики дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного и коленного суставов.

39. Консервативное лечение остеоартроза крупных суставов. Методики кафедры.

40. Показания и варианты оперативного лечения остеоартроза крупных суставов. Методики кафедры.

41. Асептический некроз головки бедренной кости у взрослых. Ранняя диагностика и лечение. Методика кафедры.

42. Эндопротезирование крупных суставов при заболеваниях и повреждениях. Показания к эндопротезированию, типы эндопротезов.

43. Доброкачественные опухоли костей. Классификация, принципы лечения.

44. Злокачественные опухоли костей. Классификация, принципы лечения.

45. Виды операций при злокачественных новообразованиях костей. Современные взгляды на тактику оперативного лечения.

46. Центральные спастические параличи. Классификация, этиология, патогенез.

47. Клиническая картина, принципы лечения центрального спастического паралича.

48. Вялые параличи. Клиническая картина. Ортопедическое лечение на ранних сроках.

49. Хирургическое лечение вялых параличей. Лечение последствий полиомиелита.

50. Способы ампутации конечностей. Показания и противопоказания к протезированию. Болезни ампутационной культы.

51. Центры реабилитации. Протезно-ортопедическое предприятие.

52. Диспансеризация ортопедо-травматологических больных.

Кафедра	<u>травматологии и ортопедии</u>	
Факультет	<u>медико-профилактический</u>	<u>Курс 6</u>
Дисциплина	травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия	

1. Механизм повреждения и возникающие при этом переломы костей. Роль механизма травмы в возникновении различных повреждений опорно-двигательной системы. Типичные механизмы тяжелых повреждений.
2. Переломы проксимального конца костей предплечья. Клиника и лечение.
3. Врожденная косолапость. Этиопатогенез. Диагностика. Клиника и лечение.

С.С. Сабаяев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 2

1. Классификация переломов опорно-двигательной системы. Клинические симптомы перелома. Виды смещения фрагментов сломанной кости в зависимости от механизма травмы и локализации перелома.
2. Переломы проксимального отдела бедренной кости. Классификация. Диагностика и лечение.
3. Врожденная мышечная кривошея. Диагностика и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии

Факультет медико-профилактический

Курс 6

Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 3

1. Порядок клинического обследования больных с переломами. Определение оси и длины конечностей, амплитуды движений. Виды ограничения движений в суставах. Виды укорочений и деформаций конечностей.
2. Травматические вывихи и переломы ключицы. Классификация, механизм, диагностика, лечение.
3. Дефекты осанки и сколиозы. Классификация. Клиника. Профилактика. Принципы консервативного лечения

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина **травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия**

Билет к зачету № 4

1. Первичные и вторичные осложнения переломов. Общие осложнения при переломах. Симптомы повреждения магистральных артерий при переломах.
2. Переломы и вывихи фаланг пальцев стопы. Диагностика и лечение.
3. Остеохондропатия головки бедренной и другие наиболее часто встречающиеся локализации этой патологии. Диагностика. Лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина **травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия**

Билет к зачету № 5

1. Закрытые и открытые переломы костей конечностей. Клиника, диагностика и первая помощь. Основные клинические признаки переломов и вывихов.
2. Диафизарные переломы бедренной кости. Механизм. Типичные смещения отломков. Диагностика и лечение.
3. Деформирующие артрозы. Этиология и патогенез. Основные клинические и рентгенологические проявления. Методика обследования больного. Принципы лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 6

1. Функциональные методы исследования в травматологии. Правила выполнения рентгенографии при переломах.
2. Переломы проксимального отдела бедренной кости. Классификация.
Диагностика и лечение.
3. Дефекты осанки и сколиозы. Классификация. Клиника. Профилактика. Принципы консервативного лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина **травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия**

Билет к зачету № 7

1. Обезболивание при переломах и вывихах. Способы. Техника.
2. Сгибательные и разгибательные переломы дистального метаэпифиза лучевой кости. Механизм. Клиника и лечение.
3. Травматический шок. Теории этиопатогенеза. Классификация. Клиника и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 8

1. Гипсовая техника. Правила наложения гипсовых повязок. Виды гипсовых повязок. Осложнения при наложении гипсовых повязок.
2. Травматические вывихи бедра. Механизм. Виды вывихов. Диагностика и лечение.
3. Деформирующие артрозы. Этиология и патогенез. Основные клинические и рентгенологические проявления. Методика обследования больного. Принципы лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 9

1. Скелетное вытяжение. Инструментарий. Показания. Принципы. Фазы скелетного вытяжения. Противопоказания.
2. Повреждение связок коленного сустава. Клиника. Повреждение менисков коленного сустава. Механизм. Клинические симптомы и лечение.
3. Остеохондропатия головки бедренной и другие наиболее часто встречающиеся локализации этой патологии. Диагностика. Лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 10

1. Оперативное лечение переломов. Абсолютные и относительные показания. Способы.
2. Переломы дистального конца плечевой кости. Клиника. Диагностика и лечение.
3. Врожденный вывих бедра. Принципы ранней диагностики и лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 11

1. Виды операций на мягких тканях. Виды операций на суставах.
2. Переломы костей голени. Виды переломов. Диагностика и лечение.
3. Остеохондропатия головки бедренной и другие наиболее часто встречающиеся локализации этой патологии. Диагностика. Лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина **травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия**

Билет к зачету № 12

- 1.Способы консервативных методов лечения. Одномоментная репозиция: закрытая ручная репозиция, аппаратная репозиция. Временная и лечебная иммобилизация, средства достижения.
- 2.Травматические вывихи плеча. Механизм, клиника, диагностика и лечение.
3. Классификация, этиология и патогенез дегенеративных заболеваний позвоночника. Клинические и рентгенологические проявления дегенеративных заболеваний позвоночника.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 13

1. Общие и местные условия сращения переломов. Местные и общие причины, приводящие к образованию замедленной консолидации костных отломков при переломах. Понятие «несросшийся перелом» и «ложный сустав». Методы лечения несросшихся переломов и ложных суставов.
2. Сгибательные и разгибательные переломы дистального метаэпифиза лучевой кости. Механизм. Клиника и лечение.
3. Сколиозы. Классификация по этиологии и тяжести деформации. Оперативное лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина **травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия**

Билет к зачету № 14

1. Переломо-вывихи. Диагностика. Особенности лечебной тактики.
2. Диафизарные переломы плечевой кости. Клиника. Диагностика и лечение.
3. Врожденный вывих бедра. Принципы ранней диагностики и лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 15

1. Остеоэпифизеолизы. Виды. Клиническая и рентгенологическая диагностика. Лечение.
2. Переломы костей голени. Виды переломов. Диагностика и лечение.
3. Врожденный вывих бедра. Принципы ранней диагностики и лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии

Факультет медико-профилактический

Курс 6

Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 16

1. Обезболивание при переломах и вывихах. Способы. Техника.
2. Травматические вывихи плеча. Механизм, клиника, диагностика и лечение.
3. Классификация, этиология и патогенез дегенеративных заболеваний позвоночника. Клинические и рентгенологические проявления дегенеративных заболеваний позвоночника.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии

Факультет медико-профилактический

Курс 6

Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 17

1. Дистракционно-компрессионный остеосинтез как метод лечения переломов.
2. Переломы проксимального отдела бедренной кости. Классификация. Диагностика и лечение.
3. Сколиозы. Классификация по этиологии и тяжести деформации. Оперативное лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии

Факультет медико-профилактический

Курс 6

Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 18

1. Костная пластика. Показания. Виды костных трансплантатов.
2. Врожденный вывих бедра. Частота, теории этиопатогенеза. Ранние и более поздние симптомы. Рентгенодиагностика.
3. Классификация, этиология и патогенез дегенеративных заболеваний позвоночника. Клинические и рентгенологические проявления дегенеративных заболеваний позвоночника.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 19

1. Кожная пластика в травматологии и ортопедии. Виды кожной пластики. Показания и техника выполнения кожной пластики.
2. Переломы костей запястья. Механизм. Виды. Клиника и лечение.
3. Остеохондропатия головки бедренной и другие наиболее часто встречающиеся локализации этой патологии. Диагностика. Лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина **травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия**

Билет к зачету № 20

1. Понятие об ампутации, экзартикуляции, реампутации. Показания. Способы.
2. Травматические вывихи плеча. Механизм, клиника, диагностика и лечение.
3. Классификация, этиология и патогенез дегенеративных заболеваний позвоночника.
Клинические и рентгенологические проявления дегенеративных заболеваний позвоночника.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 21

1. Асептические некрозы костей. Частота. Локализация. Принципы лечения.
2. Переломы лодыжек. Механизм. Классификация. Клиника и лечение.
3. Врожденный вывих бедра. Частота, теории этиопатогенеза. Ранние и более поздние симптомы. Рентгенодиагностика

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 22

1. Классификация переломов опорно-двигательной системы. Клинические симптомы перелома. Виды смещения фрагментов сломанной кости в зависимости от механизма травмы и локализации перелома.
2. Повреждение сухожилий кисти и пальцев. Диагностика и лечение.
3. Повреждение таза и тазовых органов. Диагностика и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 23

1. Механизм повреждения и возникающие при этом переломы костей. Роль механизма травмы в возникновении различных повреждений опорно-двигательной системы. Типичные механизмы тяжелых повреждений.
2. Перелом дистального отдела бедренной кости. Диагностика и лечение.
3. Врожденная мышечная кривошея. Диагностика и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 24

1. Классификация переломов опорно-двигательной системы. Клинические симптомы перелома. Виды смещения фрагментов сломанной кости в зависимости от механизма травмы и локализации перелома.
2. .Переломы костей запястья. Механизм. Виды. Клиника и лечения
3. Врожденный вывих бедра. Частота, теории этиопатогенеза. Ранние и более поздние симптомы. Рентгенодиагностика.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина **травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия**

Билет к зачету № 25

1. Первичные и вторичные осложнения переломов. Общие осложнения при переломах. Симптомы повреждения магистральных артерий при переломах. Повреждения периферических нервов при переломах.
2. Повреждение сухожилий кисти и пальцев. Диагностика и лечение.
3. Врожденная мышечная кривошея. Диагностика и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 26

1. Порядок клинического обследования больных с переломами. Определение оси и длины конечностей, амплитуды движений. Виды ограничения движений в суставах. Виды укорочений и деформаций конечностей.
2. Травматические вывихи плеча. Механизм, клиника, диагностика и лечение.
3. Врожденный вывих бедра. Принципы ранней диагностики и лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная
медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской
Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 27

1. Первичные и вторичные осложнения переломов. Общие осложнения при переломах. Симптомы повреждения магистральных артерий при переломах. Повреждения периферических нервов при переломах.
2. Травматические вывихи и переломы ключицы. Классификация, механизм, диагностика, лечение.
3. Дефекты осанки и сколиозы. Классификация. Клиника. Профилактика. Принципы консервативного лечения

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина **травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия**

Билет к зачету № 28

1. Закрытые и открытые переломы костей конечностей. Клиника, диагностика и первая помощь. Основные клинические признаки переломов и вывихов.
2. Травматические вывихи плеча. Механизм, клиника, диагностика и лечение.
3. Дефекты осанки и сколиозы. Классификация. Клиника. Профилактика. Принципы консервативного лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра травматологии и ортопедии

Факультет медико-профилактический

Курс 6

Дисциплина **травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия**

Билет к зачету № 29

1. Функциональные методы исследования в травматологии. Правила выполнения рентгенографии при переломах.
2. Медиальные и латеральные переломы шейки бедра. Диагностика. Особенности течения и лечения.
- 3 Врожденный вывих бедра. Принципы ранней диагностики и лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 30

1. Способы консервативных методов лечения. Одномоментная репозиция: закрытая ручная репозиция, аппаратная репозиция. Временная и лечебная иммобилизация, средства достижения.
2. Повреждение менисков коленного сустава. Механизм. Клинические симптомы и лечение. Переломы надколенника. Виды. Диагностика и лечение.
3. Дефекты осанки и сколиозы. Классификация. Клиника. Профилактика. Принципы консервативного лечения

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии

Факультет медико-профилактический

Курс 6

Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 31

1. Первичные и вторичные осложнения переломов. Общие осложнения при переломах. Симптомы повреждения магистральных артерий при переломах. Повреждения периферических нервов при переломах.
2. Переломо-вывихи костей предплечья. Механизм. Виды. Диагностика и лечение.
3. Врожденная мышечная кривошея. Диагностика и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 32

1. Асептические некрозы костей. Частота. Локализация. Принципы лечения.
2. Переломы дистального конца плечевой кости. Клиника. Диагностика и лечение.
3. Врожденная косолапость. Этиопатогенез. Диагностика. Клиника и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 33

1. Понятие об ампутации, экзартикуляции, реампутации. Показания. Способы.
2. Повреждение Дюпюитрена голеностопного сустава. Механизм. Клиника и лечение.
3. Врожденная мышечная кривошея. Диагностика и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 34

1. Обезболивание при переломах и вывихах. Способы. Техника.
2. Травматические вывихи бедра. Механизм. Виды вывихов. Диагностика и лечение.
3. Статические деформации стоп (плоскостопие, отклонение большого пальца, молоткообразная деформация пальцев стоп). Этиология, диагностика, лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии

Факультет медико-профилактический

Курс 6

Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 35

1. Первичные и вторичные осложнения переломов. Общие осложнения при переломах. Симптомы повреждения магистральных артерий при переломах. Повреждения периферических нервов при переломах.
2. Повреждение Дюпюитрена голеностопного сустава. Механизм. Клиника и лечение.
- 3 Дефекты осанки и сколиозы. Классификация. Клиника. Профилактика. Принципы консервативного лечения

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 36

1. Понятие об ампутации, экзартикуляции, реампутации. Показания. Способы.
2. Перелом дистального отдела бедренной кости. Диагностика и лечение.
3. Врожденная мышечная кривошея. Диагностика и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии

Факультет медико-профилактический

Курс 6

Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 37

1. Общие и местные условия сращения переломов. Местные и общие причины, приводящие к образованию замедленной консолидации костных отломков при переломах. Понятие «несросшийся перелом» и «ложный сустав». Методы лечения несросшихся переломов и ложных суставов.
2. Переломы костей запястья. Механизм. Виды. Клиника и лечение. Травматические вывихи, переломо-вывихи и переломы костей кисти. Диагностика и лечение.
3. Врожденный вывих бедра. Принципы ранней диагностики и лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина **травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия**

Билет к зачету № 38

1. Оперативное лечение переломов. Абсолютные и относительные показания. Способы.
2. Переломы хирургической шейки плеча. Классификация, диагностика и лечение.
3. Врожденный вывих бедра. Принципы ранней диагностики и лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 39

1. Способы консервативных методов лечения. Одномоментная репозиция: закрытая ручная репозиция, аппаратная репозиция. Временная и лечебная иммобилизация, средства достижения.
2. Изолированные переломы костей голени. Диагностика и лечение.
3. Врожденная мышечная кривошея. Диагностика и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету № 40

1. Дистракционно-компрессионный остеосинтез как метод лечения переломов.
2. Травматические вывихи плеча. Механизм, клиника, диагностика и лечение
3. Врожденная мышечная кривошея. Диагностика и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина **травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия**

Билет к зачету № 41

1. Костная пластика. Показания. Виды костных трансплантатов.
2. Медиальные и латеральные переломы шейки бедра. Диагностика. Особенности течения и лечения.
3. Пневмоторакс при повреждениях груди. Классификация. Клиника. Диагностика. Первая помощь на поле боя и лечение пострадавших с клапанным пневмотораксом на этапах медицинской эвакуации.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина **травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия**

Билет к зачету № 42

1. Остеоэпифизеолизы. Виды. Клиническая и рентгенологическая диагностика. Лечение.
2. Повреждение связок коленного сустава. Клиника. Диагностика и лечение.
3. Методы временной и окончательной остановки кровотечения.
Современные кровезаменители. Показания к их применению на этапах медицинской эвакуации.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии

Факультет медико-профилактический

Курс 6

Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету №43

1. Порядок клинического обследования больных с переломами. Определение оси и длины конечностей, амплитуды движений. Виды ограничения движений в суставах. Виды укорочений и деформаций конечностей.
2. Переломо-вывихи костей предплечья. Механизм. Виды. Диагностика и лечение.
3. Классификация, этиология и патогенез дегенеративных заболеваний позвоночника. Клинические и рентгенологические проявления дегенеративных заболеваний позвоночника

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии
Факультет медико-профилактический **Курс 6**
Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету №44

1. Оперативное лечение переломов. Абсолютные и относительные показания. Способы.
2. Переломы костей голени. Виды переломов. Диагностика и лечение.
3. Ожоговая болезнь. Стадии.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии

Факультет медико-профилактический

Курс 6

Дисциплина **травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия**

Билет к зачету №45

1. Переломо-вывихи. Диагностика. Особенности лечебной тактики.
2. Переломы костей запястья. Механизм. Виды. Клиника и лечение.
Травматические вывихи, переломо-вывихи и переломы костей кисти.
Диагностика и лечение.
3. Врожденный вывих бедра. Принципы ранней диагностики и лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

**«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии

Факультет медико-профилактический

Курс 6

Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету №46

1. Первичные и вторичные осложнения переломов. Общие осложнения при переломах. Симптомы повреждения магистральных артерий при переломах. Повреждения периферических нервов при переломах.
2. Переломы проксимального отдела плечевой кости. Классификация, диагностика и лечение.
3. Остеохондропатия головки бедренной и другие наиболее часто встречающиеся локализации этой патологии. Диагностика. Лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

**«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии

Факультет медико-профилактический

Курс 6

Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету №47

1. Функциональные методы исследования в травматологии. Правила выполнения рентгенографии при переломах.

2. Сгибательные и разгибательные переломы дистального метаэпифиза лучевой кости.

Механизм. Клиника и лечение.

3. Врожденный вывих бедра. Этиология. Патогенез. Клиника.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

**«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии

Факультет медико-профилактический

Курс 6

Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету №48

1. Способы консервативных методов лечения. Одномоментная репозиция: закрытая ручная репозиция, аппаратная репозиция. Временная и лечебная иммобилизация, средства достижения.
2. Медиальные и латеральные переломы шейки бедра. Диагностика. Особенности течения и лечения.
3. Врожденная мышечная кривошея. Диагностика и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

***Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования***

**«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии

Факультет медико-профилактический

Курс 6

Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету №49

- 1.Оперативное лечение переломов. Абсолютные и относительные показания. Способы.
- 2.Переломы и вывихи фаланг пальцев стопы. Диагностика и лечение.
- 3.Повреждения грудной клетки. Диагностика лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

***Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования***

**«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра травматологии и ортопедии

Факультет медико-профилактический

Курс 6

Дисциплина травматология, ортопедия, военно-полевая хирургия

Билет к зачету №50

1. Способы консервативных методов лечения. Одномоментная репозиция: закрытая ручная репозиция, аппаратная репозиция. Временная и лечебная иммобилизация, средства достижения.
2. Диафизарные переломы бедренной кости. Механизм. Типичные смещения отломков. Диагностика и лечение.
3. Повреждение таза и тазовых органов. Диагностика и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

С.С. Сабаев

















































