

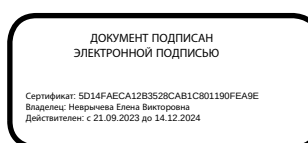
Министерство здравоохранения Хабаровского края
Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования
"ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"
(КГБОУ ДПО ИПКСЗ)

ОДОБРЕНО
педагогическим советом
12.09.2022, протокол № 5

УТВЕРЖДАЮ
И.о. проректора управления
по учебной работе

Е.В. Неврычева

13 сентября 2022 г.



**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.66 Травматология и ортопедия
Укрупненная группа специальностей 31.00.00 Клиническая медицина

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»
Б3 (108 часов, 3 з.е.)

Хабаровск

2022

Оглавление

I.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	4
II.	ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ.....	4
III.	ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ.....	7

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы 31.08.66 Травматология и ортопедия соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре.

Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации по образцу, установленному Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация является заключительным этапом оценки качества освоения обучающимся основной профессиональной образовательной программы и должна дать объективную оценку наличию у выпускника подготовленности к самостоятельной профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация ординаторов по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия относится к блоку 3 базовой части основной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации и завершается присвоением квалификации.

Имеет трудоемкость 3 ЗЕТ (108 часов).

II. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель государственной итоговой аттестации: объективном выявлении уровня подготовленности выпускника к компетентностному выполнению следующих видов профессиональной деятельности: профилактическая, диагностическая, лечебная, реабилитационная, психолого-педагогическая, организационно-управленческая.

1.1. Задачи государственной итоговой аттестации:

- оценка уровня сформированности у выпускников необходимых универсальных и профессиональных компетенций;
- определение уровня теоретической и практической подготовки для выполнения функций профессиональной деятельности;
- выявление уровня профессиональной подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач различной степени сложности.
- принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-травматолог-ортопед – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Института с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

1.2. Результаты освоения программы ординатуры

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных и профессиональных компетенций:

1.1. Универсальные компетенции и индикаторы их достижения:

Таблица 1

Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
УК-1. Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
	УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
УК-2. Готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	УК-2.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
	УК-2.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
	УК-2.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
УК-3. Готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	УК-3.1 Планирует педагогическую деятельность
	УК-3.2 Осуществляет педагогическую деятельность

1.2. Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
Профилактическая деятельность	ПК-1. Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	ПК-1.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ПК-1.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ПК-2. Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	ПК-2.1 Проводит профилактику (в том числе профилактические медицинские осмотры) по профилю «травматология и ортопедия» ПК-2.2 Проводит диспансеризацию и диспансерное наблюдение

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
	ПК-3. Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	ПК-3.1 Проводит противоэпидемические мероприятия ПК-3.2 Организует защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
	ПК-4. Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	ПК-4.1 Применяет социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков
Диагностическая деятельность	ПК-5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	ПК-5.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ПК-5.2 Направляет пациентов (или проводить самостоятельно) на лабораторные и инструментальные обследования
Лечебная деятельность	ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании ортопедической медицинской помощи	ПК-6.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ПК-6.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ПК-7. Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	ПК-7.1 Оценивает состояния пациентов ПК-7.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
Реабилитационная деятельность	ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	ПК-8.1 Применяет методы медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях ПК-8.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях
Психолого-педагогическая деятельность	ПК-9. Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9 Применяет психолого-педагогические методы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Организационно-управленческая деятельность	ПК-10. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПК-10.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ПК-10.2 Участвует в управлении медицинской организацией и ее структурными подразделениями
	ПК-11. Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических	ПК-11.1 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
	показателей	
	ПК-12. Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	ПК-12.1 Участвует в организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

III. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ

1.3. Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

1.4. Формы проведения

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственные аттестационные испытания проходят в три этапа:

- тестирование;
- оценка уровня освоения практических навыков;
- собеседование.

1.5. Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится основной образовательной программы по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия, результаты освоения которой имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Таблица 4

Этапы государственной итоговой аттестации

№ п/п	Наименование этапа	Предмет проверки	Особенности проведения
1.	Тестирование	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 100 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Института в соответствии с расписанием.
2.	Оценка уровня освоения практических навыков	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры	При проверке практических навыков обучающемуся предоставляются данные лабораторных и инструментальных обследований. В процессе ответа обучающийся должен провести анализ представленных обследований и дать свое заключение. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут.

			Проверка практических навыков проводится на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.
3.	Собеседование	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях, так и на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке.

Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

1.1. Основная литература

1. Аддитивные технологии при первичном и ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава : учеб. пособие / В. А. Базлов, М. В. Ефименко, А. А. Корыткин [и др.]. – Новосибирск : Изд-во ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна, 2022. – 48 с. : ил.

2. Алгоритм хирургического лечения рецидивирующей наружной нестабильности надколенника у детей и подростков : учеб. пособие / А. И. Араке-лян, В. И. Зорин, Я. Н. Проценко, М. С. Никитин. – СПб., 2022. – 28 с. : ил.

3. Ампутация и протезирование : учеб. пособие / Д. А. Тихомиров, Я. В. Ненахова, Н. Б. Щеколова, В. Г. Козюков. – Пермь : Изд-во ПГМУ им. Е. А. Вагнера, 2018. – 88 с. : ил.

4. Асептический некроз головки бедренной кости у взрослых : методические рекомендации / М-во здравоохранения Хабаров. края, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения ; сост. А. В. Антонов, В. Е. Воловик. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2020. – 28 с. : ил.

5. Бактерицидные свойства фагоцитов крови при сочетанной и ожоговой травмах : учеб. пособие / Л. П. Пивоварова, А. Н. Тулупов, И. В. Осипова [и др.]. – СПб. : Изд-во СПб.НИИСП им. И. И. Джанелидзе, 2021. – 38 с. : ил.

6. Блокады в травматологии и ортопедии : учеб. пособие / С. Н. Куценко, Т. В. Войно-Ясенецкая, Л. Л. Полищук, Д. А. Митюнин. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2018. – 96 с. : ил.

7. Бондаренко, Е.Г. Методика применения активного, роботизированного, программируемого, медицинского изделия (комплекса) для восстановления навыков ходьбы «ЕхоАтлет I» у пациентов с травматической болезнью спинного мозга® : учеб. пособие / Е. Г. Бондаренко. – Архангельск : [Изд-во СГМУ], 2018. – 46 с. : ил.

8. Венозные тромбозомболические осложнения при осложнённой травме шейного отдела позвоночника в ОРИТ : учеб. пособие / М. Н. Лебедева, С. А. Первухин, И. Н. Витковская [и др.]. – Новосибирск : Изд-во ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна, 2022. – 48 с. : ил.

9. Вывихи плеча : учеб. пособие / А. М. Файн, А. Ю. Ваза, С. Ф. Гнетецкий [и др.] ; Науч. инновац. центр Междунар. ин-т стратег. исслед. – М : НИЦ МИСИ, 2020. – 104 с. : ил.

10. Гузева, В. В. Особенности последствий нейротравмы у детей в остром,

- промежуточном и отдалённом периодах. Учебное пособие. В 2 частях. Часть 2 / В. В. Гузева, О. В. Гузева, В. Р. Касумов. – СПб. : Изд-во СПбГПМУ, 2023. – 56 с. : ил.
11. Гузева, В. В. Особенности последствий нейротравмы у детей в остром, промежуточном и отдалённом периодах. Учебное пособие. В 2 частях. Часть 1 / В. В. Гузева, О. В. Гузева, В. Р. Касумов. – СПб. : Изд-во СПбГПМУ, 2023. – 36 с. : ил.
12. Жила, Н. Г. Травматология детского возраста : учеб. пособие для клин. ординаторов и врачей / Н. Г. Жила, В. И. Зорин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 128 с. : ил.
13. Замещение аллокостью дефектов костной ткани при доброкачественных опухолях и опухолеподобных заболеваниях : учеб. пособие / И. А. Кириллова, Е. А. Анастасиева, Е. В. Губина, Л. А. Черданцева. – Новосибирск : [Изд-во ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна], 2021. – 60 с. : ил.
14. Кишечная и нутриционная недостаточность при осложнённой травме шейного отдела позвоночника : учеб. пособие / С. И. Кирилина, С. А. Перву-хин, Е. Ю. Иванова [и др.]. – Новосибирск : Изд-во ННИИТО им. Я. Л. Ци-вьяна, 2023. – 36 с.
15. Клиника, рентгенодиагностика, лечение, медицинское освидетельство-вание лиц с плоскостопием и другими деформациями стопы : учеб. пособие / М-во здравоохранения Хабаров. края, Ин-т повышения квалификации специа-листов здравоохранения ; сост. В. П. Янчук, Е. А. Янчук, В. Е. Воловик. – 2-е изд., доп. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2021. – 44 с. : ил.
16. Легенды травматологии и ортопедии : учеб. пособие / М. А. Панин, Н. В. Загородний, А. П. Призов [и др.]. – М. : Изд-во РУДН, 2020. – 68 с. : ил.
17. Объективизация оценки тяжести травмы : учеб. пособие для врачей / Ю. С. Александрович, К. В. Пшениснов, А. Г. Баиндурашвили, С. В. Висса-рионов. – СПб. : Изд-во СПбГПМУ, 2019. – 24 с.
18. Осмотр травматологических и ортопедических пациентов: верхняя ко-нечность : учеб. пособие / А. К. Дулаев, Ф. С. Григорян, И. Г. Беленький [и др.]. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2020. – 40 с. : ил.
19. Осмотр травматологических и ортопедических пациентов: нижняя ко-нечность : учеб. пособие / А. К. Дулаев, Ф. С. Григорян, И. Г. Беленький [и др.]. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2020. – 36 с. : ил.
20. Отдельнов, Л. А. Абдоминальный компартмент-синдром : учеб. посо-бие / Л. А. Отдельнов, А. С. Мухин, В. В. Паршиков. – Н. Новгород : Изд-во ПИМУ, 2020. – 68 с. : ил.
21. Пахомов, И. А. Лечение пациентов с остеохондральными поражениями блока таранной кости : учеб. пособие / И. А. Пахомов, С. М. Гуди, И. А. Ки-рилова. – Новосибирск : Изд-во ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна, 2023. – 44 с. : ил.
22. Пахомов, И. А. Хирургическая коррекция фиксированной молоткооб-разной деформации малых пальцев стопы : учеб. пособие / И. А. Пахомов, С. М. Гуди, И. А. Кириллова. – Новосибирск : Изд-во ННИИТО им. Я. Л. Ци-вьяна, 2022. – 52 с. : ил.
23. Переломы плечевой кости : учеб. пособие / А. К. Дулаев, Ф. С. Григо-рян, И. Г. Беленький [и др.]. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2020. – 20 с. : ил.
24. Позвоночно-спинномозговая травма шейного отдела позвоночника : учеб. пособие / В. А. Мануковский, А. В. Верещако, В. М. Драгун [и др.]. - Санкт-Петербург : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2021. – 76 с. : ил.
25. Применение бактериофагов при лечении глубокой перипротезной ин-фекции тазобедренного сустава : учеб. пособие / В. В. Павлов, Е. А. Фёдоров, А. А. Корыткин, С. О. Кретъен. – Новосибирск : Изд-во ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна, 2023. – 32 с. : ил.
26. Профилактика и лечение тромбоэмболии лёгочных артерий в травма-тологии и ортопедии : учеб. пособие для уровня ординатуры по специаль-ностям 31.08.66 «Травматология и ортопедия», 31.08.63 «Сердечно-сосудистая хирургия», 31.08.67 «Хирургия» / Н. С. Николаев, Н. А. Трофимов, З. А. Ка-чаева [и др.] ; ред. В. Н. Диомидова. – Чебоксары : Изд-во ЧГУ, 2020. – 107 с. : рис., табл.

27. Раны. Раневой процесс : учеб. пособие / Н. А. Бубнова, М. Е. Борискова, В. В. Васильев [и др.] ; под ред. В. П. Морозова. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2021. – 32 с.
28. Сальникова, М. В. Ультразвуковое исследование коленного сустава : учеб. пособие / М. В. Сальникова. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2020. – 32 с. : ил.
29. Сангинов, А. Д. Пластика дефекта фиброзного кольца при хирургическом лечении грыж поясничных межпозвонковых дисков : учеб. пособие / А. Д. Сангинов, А. В. Крутько, А. В. Пелеганчук. – Новосибирск : Изд-во ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна, 2022. – 52 с. : ил.
30. Сковычева, Л. Д. Лечебная физкультура при плоскостопии у детей : учеб. пособие, рекоменд. Координац. советом по обл. образования «Здраво-охранение и медицинские науки» для подгот. в ординатуре по специально-стям 31.08.19 «Педиатрия», 31.08.66 «Травматология и ортопедия», 31.08.39 «Лечебная физкультура и спортивная медицина», 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)» и доп. проф. образования врачей / Л. Д. Сковычева, С. М. Колесникова, А. Е. Кашкарова. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2021. – 88 с. : ил.
31. Скорая медицинская помощь при травматическом шоке и сочетанной травме у детей : учеб. пособие / А. Б. Бичун, Н. В. Петрова, Н. С. Сляднева, В. О. Божко. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2022. – 72 с.
32. Современные методы диагностики и лечения сколиоза : учеб. пособие / И. А. Мизиев, Х. Д. Баксанов, А. К. Жигунов, А. А. Келехсаева. – Нальчик : КБГУ, 2021. – 64 с. : ил.
33. Современные методы местного лечения ран : учеб. пособие / Г. В. Родоман, Д. А. Ермолова, В. Н. Оболенский [и др.]. – М. : Изд-во РНИМУ, 2021. – 46 с. : цв. ил.
34. Современные принципы диагностики и лечения внутрисуставных переломов дистального отдела плеча : учеб. пособие / А. Л. Жуликов, А. С. Трегубов, И. В. Володин, И. С. Бурка. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2023. – 56 с. : ил.
35. Травматические вывихи костей предплечья : учеб. пособие / С. Б. Королев, С. Г. Млявых, А. Е. Шаталин [и др.]. – Н. Новгород : Изд-во ПИМУ, 2022. – 88 с. : ил.)
36. Травматология детского возраста : учеб. пособие / И. А. Турабов, С. В. Брагина, А. Н. Баринов, С. Г. Бордиян. – Архангельск : Изд-во СГМУ, 2022. – 176 с. : ил.
37. Травматология челюстно-лицевой области : учеб. пособие / С. Б. Фищев, А. В. Севастьянов, А. Г. Климов [и др.]. – СПб. : Изд-во СПбГПМУ, 2022. – 60 с. : ил.
38. Ультразвуковое исследование плечевого сустава : учеб. пособие, рекоменд. Координац. советом по обл. образования «Здравоохранение и медицинские науки» для доп. проф. образования врачей по специальностям 31.08.11 «Ультразвуковая диагностика», 31.08.46 «Ревматология», 31.08.66 «Травматология и ортопедия» / М-во здравоохранения Хабар. края, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения ; сост. Е. В. Полухина. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2021. – 184 с. : ил.
39. Функциональная мультиспиральная компьютерная томография коленного сустава в диагностике патологии пателлофemorального сочленения : учеб. пособие, рекоменд. Координац. советом по обл. образования «Здраво-охранение и медицинские науки» для подгот. в ординатуре по специальностям 31.08.09 «Рентгенология», 31.08.66 «Травматология и ортопедия» и доп. проф. образования врачей по специальностям «Лучевая диагностика», «Травматология и ортопедия» / С. К. Терновой, Н. С. Серова, В. А. Бахвалова [и др.] ; под ред. Н. С. Серовой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 56 с. : ил.
40. Хирургическое лечение прогрессирующего идиопатического сколиоза у подростков 10–14 лет : учеб. пособие / В. В. Новиков, М. А. Чернядьева, А. С. Васюра, В. В. Рерих. – Новосибирск : Изд-во ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна, 2023. – 48 с. : ил.
41. Ямщиков, О. Н. Особенности обследования пациентов хирургического,

травматолого-ортопедического профиля : учеб. пособие / О. Н. Ямщиков, С. А. Емельянов. – Тамбов : Державинский, 2022. – 62 с. : ил.

42. Ямщиков, О. Н. Травматология и ортопедия: организация работы со студентами медицинских специальностей высших учебных заведений : учеб. пособие по травматологии и ортопедии для преподавателей и студентов мед. специальностей высш. учеб. заведений / О. Н. Ямщиков, С. А. Емельянов. – Тамбов : Державинский, 2022. – 37 с.

43. Ямщиков, О.Н. Травматология и ортопедия: стандартизированный метод исследования : учеб. пособие / О. Н. Ямщиков, С. А. Емельянов. – Тамбов : Державинский, 2022. – 60 с.

44. Янчук, В. П. Клиническая и рентгенодиагностика, медицинское освидетельствование лиц с деформациями позвоночника : учеб. пособие, рекоменд. Координац. советом по обл. образования «Здравоохранение и медицинские науки» для подгот. в ординатуре по специальностям 31.08.09 «Рентгенология», 31.08.66 «Травматология и ортопедия», 31.08.56 «Нейрохирургия» и доп. проф. образования для врачей / В. П. Янчук, В. Е. Воловик. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2021. – 100 с. : ил.

1.2. Дополнительная литература

45. 3D-печать шин и лонгет для иммобилизации переломов кисти и предплечья : метод. рекомендации / В. В. Хоминец, С. А. Пелешок, М. В. Титова [и др.]. – СПб. : Истор. ил., 2021. – 36 с. : ил.

46. Активно-корригирующее корсетирование при идиопатическом сколиозе у детей и подростков : метод. пособие / сост. Г. А. Леин, М. Г. Гусев, И. В. Павлов. – СПб. : Скифия-принт, 2020. – 56 с. : ил.

47. Антонов, А. В. Современные технологии в лечении остеонекроза головки бедра : моногр. / А. В. Антонов, В. Е. Воловик, С. Н. Березуцкий. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2022. – 112 с. : ил.

48. Батыгин, Г. Г. Рентгенодиагностический регистр по эндопротезированию тазобедренных суставов : метод. рекомендации / Г. Г. Батыгин. – М. : Высш. образование и наука, 2021. – 64 с. : ил.

49. Брод, А. Л. Этика прямохождения. Правильное воспитание как искусство предупреждения и коррекция деформации тела средствами, доступными каждому : учеб.-метод. пособие / А. Л. Брод, С. В. Дворников. – СПб. : Поли-тех-пресс, 2021. – 120 с. : ил.

50. Букуп, К. Клиническое исследование костей, суставов и мышц: тесты – симптомы – диагноз / К. Букуп. – 3-е изд. – М. : Мед. лит., 2018. – 384 с. : ил.

51. Весенние дни ортопедии : тез. междунар. конгр., г. Москва, 1–2 марта 2019 г. / Рос. ун-т дружбы народов, Федер. мед.-биол. агентство ; под ред. Н. В. Завгороднего. – М. : Изд-во РУДН, 2019. – 265 с.

52. Внеочаговый остеосинтез. История и современность : учеб.-метод. пособие / Я. М. Алсмади, Э. И. Солод, М. А. Абдулхабилов [и др.]. – М. : Изд-во РУДН, 2019. – 41 с. : ил.

53. Гудзь, Ю. В. Специализированная медицинская помощь пациентам с патологией хряща коленного сустава : учеб.-метод. пособие / Ю. В. Гудзь, А. А. Ветошкин. – СПб., 2020. – 58 с. : ил.

54. Изготовление лечебно-тренировочного протеза голени с полноконтактной приёмной гильзой : учеб.-практ. пособие / К. К. Щербина, В. М. Янковский, В. Г. Суслиев [и др.]. – СПб. : ЦИАЦАН, 2019. – 32 с. : ил.

55. Инновационные технологии в травматологии и ортопедии : тез. докл. межрегион. науч.-практ. конф. – V Юбил. съезда травматологов и ортопедов Дальневост. федер. окр., г. Хабаровск, 16–17 мая 2019 г. / Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения ; под ред. В. Е. Воловика. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2019. – 138 с.

56. Инфекционные осложнения у обожжённых : пособие для врачей / В. А. Мануковский, О. В. Орлова, П. К. Крылов, Н. Р. Насер. – СПб., 2021. – 34 с.
57. Классификация переломов АО/ОТА: принципы клинического применения : учеб.-метод. пособие / А. К. Дулаев, И. Г. Беленький, Б. А. Майоров, Ф. С. Григорян. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2019. – 40 с. : ил.
58. Клинические рекомендации. Ортопедия : стандарт / Общерос. обществ. орг. «Ассоциация травматологов-ортопедов России» ; под ред. С. П. Миронова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 784 с. : ил.
59. Клинические рекомендации по диагностике и лечению политравмы : учеб.-метод. пособие / А. Н. Тулупов, В. А. Мануковский, В. Е. Парфёнов [и др.]. – СПб. : Изд-во СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе, 2021. – 88 с.
60. Клинические рекомендации. Травматология : сб. / Общерос. обществ. орг. «Ассоциация травматологов-ортопедов России» ; под ред. С. П. Миронова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 512 с.
61. Клинические рекомендации. Травматология и ортопедия детского и подросткового возраста : сб. / Общерос. обществ. орг. «Ассоциация травматологов-ортопедов России» ; под ред. С. П. Миронова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 416 с. : ил.
62. Королёв, А. В. Клиническое обследование плечевого сустава : учеб.-метод. пособие для доп. проф. образования по специальности 31.08.66 «Травматология и ортопедия» / А. В. Королёв, Д. О. Ильин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 95 с. : цв. ил.
63. Лазерная доплеровская флоуметрия в комбустиологии : пособие для врачей / В. Е. Парфёнов, Е. В. Зиновьев, Ю. В. Юрова [и др.]. – СПб. : Изд-во СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе, 2020. – 26 с. : ил.
64. Лечение последствий переломов длинных костей верхней конечности с использованием пластин с угловой стабильностью : учеб.-метод. пособие / А. Ю. Терсков, П. Л. Жадан, А. М. Белякова [и др.]. – М., 2022. – 34 с.
65. Локальная инъекционная терапия при повреждениях и заболеваниях опорно-двигательной системы / Л. Б. Резник, М. А. Турушев, С. А. Ерофеев, Г. Г. Дзюба. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2020. – 144 с. : ил.
66. Леонова, С. Н. Способ подготовки аутотрансплантата для артроскопической пластики передней крестообразной связки : метод. рекомендации по применению новой мед. технологии / С. Н. Леонова, Н. С. Монастырёв, Н. С. Пономаренко. – Иркутск : Изд-во ИНЦХТ, 2020. – 24 с. : ил.
67. Леонова, С. Н. Способ хирургического лечения молоткообразной деформации пальцев стопы : метод. рекомендации по применению новой мед. технологии / С. Н. Леонова, И. В. Усольцев, М. А. Косарева. – Иркутск : Изд-во ИНЦХТ, 2022. – 28 с. : ил.
68. Леонова, С. Н. Способ хирургической коррекции отклонённой деформации малых пальцев стопы : метод. рекомендации по применению новой мед. технологии / С. Н. Леонова, И. В. Усольцев, М. А. Косарева. – Иркутск : Изд-во ИНЦХТ, 2022. – 32 с. : ил.
69. Методика применения дистанционной инфракрасной термометрии в оценке экспресс-методом результата ортезирования конечностей (термометром медицинским инфракрасным портативным) : метод. рекомендации / под ред. Г. Н. Пономаренко. – СПб. : ЦИАЦАН, 2021. – 19 с. : ил.
70. Обследование детей с ортопедической патологией : учеб.-метод. пособие / Е. В. Терёхина, О. Н. Васильева, Н. Г. Жила, А. В. Подкаменев. – СПб. : Изд-во СПбГПМУ, 2021. – 48 с. : ил.
71. Обучение и коррекция ходьбы на протезе голени и бедра : учеб.-метод. пособие / В. Г. Суслиев, К. К. Щербина, С. Ф. Курдыбайло [и др.] ; под ред. Г. Н. Пономаренко. – СПб. : ЦИАЦАН, 2020. – 48 с. : ил.
72. Организация медицинской помощи детям с черепно-мозговой травмой : информ. письмо / В. И. Гузева, В. В. Гузева, О. В. Гузева [и др.]. – СПб. : Изд-во СПбГПМУ, 2020. – 28 с.

73. Организация работы травмоцентра в условиях массового поступления пострадавших с тяжёлой сочетанной травмой : учеб.-метод. пособие / В. Е. Парфёнов, И. А. Вознюк, А. Н. Тулупов, И. М. Барсукова. – СПб., 2020. – 20 с. : ил. – (Сочетанная механическая травма ; вып. 45).
74. Ортопедия. Учебно-методическое пособие. Часть 1. Патология осанки и стопы / сост. М. Е. Виндерлих, Н. Б. Щёколова. – Йошкар-Ола : Изд-во МГТУ, 2021. – 124 с. : ил.
75. Ортопедия. Учебно-методическое пособие. Часть 2. Врождённые забо-левания опорно-двигательного аппарата / сост. М. Е. Виндерлих. – Йошкар-Ола : Изд-во МГТУ, 2021. – 132 с. : ил.
76. Политравма. Острые вопросы лечения опорно-двигательного аппарата: вчера, сегодня и завтра : сб. материалов конф., посвящ. 70-летию орг. Амур. гос. мед. акад. (БГМИ), г. Благовещенск, 18–19 окт. 2022 г. / под ред. И. В. Борозды. – Благовещенск : Изд-во АГМА, 2022. – 90 с.
77. Пономаренко, Г. Н. Применение индивидуальных ортезов стопы «ФормТотикс» в клинической практике : метод. рекомендации / Г. Н. Поно-маренко. – СПб. ; М. : Буки Веди, 2022. – 22 с.
78. Поройский, С. В. Первая помощь при травмах и повреждениях конеч-ностей : учеб.-метод. пособие / С. В. Поройский, И. Н. Жаркин, А. А. Киселе-ва. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2022. – 56 с. : ил.
79. Потапов, В. Л. Ожоговая болезнь: диагностика, лечение, методы вос-становления кожных покровов : учеб.-метод. пособие / В. Л. Потапов. – Тула : Изд-во ТулГУ, 2020. – 38 с.
80. Принципы хирургического лечения переломов : учеб.-метод. пособие / А. К. Дулаев, И. Г. Беленький, Б. А. Майоров, Ф. С. Григорян. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2019. – 28 с. : ил.
81. Пункционная лазерная абляция медиальной ветви спинномозгового не-рва при дегенеративных дорсопатиях : метод. рекомендации по применению новой мед. технологии / С. Н. Ларионов, В. А. Сороковиков, В. А. Бывальцев [и др.]. – Иркутск : Изд-во ИНЦХТ, 2022. – 20 с. : ил.
82. Реконструкция связочного аппарата при тотальном поражении рота-торной манжеты плеча : метод. рекомендации по применению новой мед. технологии / Н. С. Пономаренко, И. А. Куклин, Н. В. Тишков, Д. В. Меньшо-ва. – Иркутск : Изд-во ИНЦХТ, 2022. – 20 с. : ил.
83. Синдром длительного сдавливания / А. И. Колесник, С. В. Донченко, И. В. Кирпичев, И. М. Солодилов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 112 с. : ил.
84. Синенченко, А. Г. Психиатрические аспекты неотложных состояний при сочетанной травме : учеб.-метод. пособие / А. Г. Синенченко, Г. И. Си-ненченко, В. Н. Сочнев. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2021. – 40 с.
85. Ситуационные задачи по травматологии-ортопедии, рентгенологии и нейрохирургии : учеб.-практ. пособие / В. Д. Сикилинда, А. В. Алабут, И. В. Балязин-Парфёнов [и др.]. – Новочеркасск : Лик, 2019. – 100 с.
86. Современные принципы диагностики и лечения переломов плато большеберцовой кости : пособие для врачей / И. Г. Беленький, В. А. Ману-ковский, Б. А. Майоров, Г. Д. Сергеев. – СПб. : Изд-во СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе, 2021. – 48 с. : ил.
87. Способ малоинвазивной двухэтапной декомпрессии с костной аллопла-стикой в лечении асептического некроза головки бедренной кости : метод. рекомендации для специалистов здравоохранения / М-во здравоохранения Хабар. края, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения ; сост. А. В. Антонов, В. Е. Воловик. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2019. – 24 с. : ил.
88. Способ хирургического лечения пациентов с переломом проксимального отдела плечевой кости : метод. рекомендации по применению новой мед. технологии / В.

- В. Монастырев, Н. С. Пономаренко, Н. В. Тишков [и др.]. – Иркутск : Изд-во ИНЦХТ, 2022. – 32 с. : ил.
89. Теоретическая база трёхмерных деформаций позвоночника. Определение, причины, классификации : учеб.-метод. пособие / В. Ю. Левков, М. В. Панюков, Л. Б. Андропова [и др.]. – М. : Перо, 2021. – 26 с. : ил.
90. Технология изготовления приёмных гильз протезов верхних конечностей : учеб.-практ. пособие / Ю. И. Замилацкий, К. К. Щербина, В. Г. Суслиев [и др.] ; под ред. Г. Н. Пономаренко. – СПб. : ЦИАЦАН, 2019. – 59 с. : ил.
91. Технологии и разновидности остеосинтеза переломов : учеб.-метод. пособие / А. К. Дулаев, И. Г. Беленький, Б. А. Майоров [и др.]. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2019. – 28 с. : ил.
92. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России в 2017 году : ежегодник / М-во здравоохранения РФ, Нац. мед. исслед. центр травматологии и ортопедии им. Н. И. Приорова ; сост. Т. М. Андреева, Е. В. Огрызко, М. М. Попова ; под ред. С. П. Миронова. – М., 2018. – 155 с.
93. Травматология и ортопедия : стандарт / сост. А. С. Дементьев, Н. И. Журавлёва, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 752 с. – (Стандарты медицинской помощи).
94. Травматология и ортопедия Дальнего Востока: достижения, проблемы, перспективы : сб. тез. Межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. участием, г. Хабаровск, 26–27 мая 2022 г. / под ред. В. Е. Воловика. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2022. – 152 с.
95. III Международный конгресс ассоциации ревмоортопедов : сб. тез. докл., г. Москва, 20–21 сент. 2019 г. / под ред. М. А. Макарова, С. А. Макарова, Е. И. Бялика. – Воронеж : Науч. кн., 2019. – 136 с.
96. Хинцман, Й. УЗИ опорно-двигательного аппарата: стандартные плоскостные сканирования : пер. с нем. / Й. Хинцман. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2019. – 144 с. : ил.
97. Хирургические доступы для эндопротезирования тазобедренного сустава : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения Хабар. края, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения ; сост. А. Г. Рыков. – Хабаровск : ИПКСЗ, 2023. – 36 с. : ил.
98. Хирургические доступы к коленному суставу : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения Хабар. края, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения ; сост. А. В. Антонов, В. Е. Воловик. – Хабаровск : ИПКСЗ, 2023. – 44 с. : ил.
99. Хирургическое лечение костно-хрящевых дефектов коленного сустава : учеб.-метод. пособие / сост. К. А. Егиязярян, Г. Д. Лазишвили, М. А. Данилов [и др.]. – М. : Изд-во РАМН, 2021. – 50 с. : ил.
100. Хирургическое лечение переломов локтевого отростка : учеб.-метод. пособие / М. Д. Абакиров, С. Е. Фёдоров, А. А. Ахпашев [и др.]. – М. : Изд-во РУДН, 2019. – 28 с. : ил.
101. Хирургия дегенеративных поражений позвоночника : нац. рук. / Ассоц. хирургов-вертебрологов ; под ред. А. О. Гуши, Н. А. Коновалова, А. А. Гриня. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 480 с. – (Национальные руководства).
102. Хирургия дегенеративных поражений позвоночника : нац. рук. : крат. изд. / под ред. А. О. Гуши, А. Р. Юсуповой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 192 с. : ил. – (Национальные руководства).
103. Шаповалов, С. Г. Вакуум-ассистированная терапия у пациентов с глубокими ожогами в условиях многопрофильного стационара МЧС России : учеб.-метод. пособие / С. Г. Шаповалов, Ю. Р. Юнусова, А. С. Плешков. – СПб., 2020. – 30 с. : ил.

104. Экстренная травматологическая помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях : рук. для мед. персонала МЧС России / Ю. В. Гудзь, В. Ю. Рыбников, А. В. Хохлов [и др.]. – СПб., 2019. – 102 с.

7.3 Информационно-электронные ресурсы

105. Боль в суставах / К. В. Котенко [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 560 с. : ил. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452325.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

106. Волошенюк, А. Н. Оказание медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой / А. Н. Волошенюк, Н. В. Завада, Н. С. Сердюченко. — Минск : Белорус. наука, 2023. – 624 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : циф-ровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/132026.html> (дата обращения: 01.08.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

107. Волошенюк, А. Н. Эндопротезирование тазобедренного сустава в нестандартных случаях / А. Н. Волошенюк, А. В. Мартинович, Н. С. Сердюченко. – Минск : Белорус. наука, 2019. – 235 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95493.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

108. Дулаев, А. К. Аномалии развития и заболевания позвоночника : учеб. пособие / А. К. Дулаев, Д. И. Кутянов, В. А. Мануковский. – СПб. : Фолиант, 2019. – 48 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/90206.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

109. Загородний, Н. В. Переломы проксимального отдела бедренной кости / Н. В. Загородний, Н. В. Белинов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 144 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454350.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

110. Инновационные организационные и лечебно-диагностические технологии при лечении пострадавших с тяжёлой сочетанной травмой / А. Н. Тулупов, В. Е. Парфёнов, И. А. Вознюк [и др.] ; под ред. В. Е. Парфёнова, А. Н. Тулупова, И. М. Барсукова. – СПб. : Изд-во СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе, 2020. – 80 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/120551.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

111. Инфекционные осложнения у обожжённых : пособие для врачей / В. А. Мануковский, О. В. Орлова, П. К. Крылов, Н. Р. Насер ; под ред. В. А. Мануковского, В. Е. Парфёнова, И. М. Барсуковой. – СПб. : Изд-во СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе, 2021. – 34 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/120548.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

112. Лапшин, В. Н. Экстренная помощь при шокогенной травме и острой кровопотере на госпитальном этапе : пособие для врачей / В. Н. Лапшин ; под ред. В. Е. Парфёнова, И. М. Барсуковой. – СПб. : Стикс, 2019. – 76 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/120505.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

113. Ортопедия : нац. рук. / под ред. С. П. Миронова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 784 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445204.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа : по подписке.

114. Острые заболевания позвоночника: дифференциальная диагностика и лечебная тактика : учеб. пособие / А. К. Дулаев, Д. И. Кутянов, В. А. Мануковский, С. Л. Брижань.

– СПб. : Фолиант, 2019. – 40 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/90216.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

115. Попов, В. Л. Автомобильная травма : учеб. пособие / В. Л. Попов, А. С. Мосоян. – СПб. : Юрид. центр Пресс, 2019. – 40 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/104298.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

116. Попов, В. Л. Судебно-медицинская травматология / В. Л. Попов. – СПб. : Юрид. центр Пресс, 2022. – 608 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/133135.html> (дата обращения: 21.09.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

117. Прогностические критерии для обоснования хирургической и эвакуационной тактики у пациентов с политравмой в травмоцентрах II и III уровня : пособие для врачей / А. И. Махновский, О. Н. Эргашев, И. М. Барсукова [и др.] ; под ред. В. Е. Парфёнова. – СПб. : Изд-во СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе, 2020. – 42 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/120524.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

118. Современные принципы диагностики и лечения переломов плече-лопаточной кости : пособие для врачей / И. Г. Беленький, В. А. Мануковский, Б. А. Майоров, Г. Д. Сергеев ; под ред. В. Е. Парфёнова, И. М. Барсуковой. — СПб. : Изд-во СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе, 2021. – 48 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/120513.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

119. Травматология и ортопедия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 760 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448960.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

120. Травматология / под ред. Котельникова Г. П., Миронова С. П. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 776 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445501.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

121. Травматология : нац. рук. / под ред. С. П. Миронова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 512 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445389.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

122. Удлинение конечностей в условиях биоактивной имплантации в длинные трубчатые кости : учеб. пособие / А. В. Попков, Д. А. Попков, Н. А. Кононович [и др.] ; под ред. А. В. Попкова. – Томск : Изд-во ТПУ, 2019. – 224 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/106166.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

7.4. Клинические рекомендации по профилю «травматология и ортопедия»

7.5. Информационно-электронные ресурсы

1. Официальный сайт Минздрава России <http://www.rosminzdrav.ru>
2. Российская государственная библиотека (РГБ) www.rsl.ru
3. Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины): www.iramn.ru

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ТЕСТЫ

Актуальные вопросы онкологии

**В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАИБОЛЬШИЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СОСТАВЛЯЮТ**

злокачественные новообразования
болезни органов кровообращения
травмы и отравления
болезни органов пищеварения
болезни органов дыхания

**САМОЙ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ У МУЖЧИН
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

рак легкого
рак желудка
рак предстательной железы
рак прямой кишки

КУРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА

рака легкого, гортани, мочевого пузыря
рака легкого, яичников, мочевого пузыря
рака легкого, почки, щитовидной железы
рака легкого, желудка, толстой кишки
рака легкого, шейки матки, лимфосаркомы

К КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ

больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественное образование
больные с предопухолевыми заболеваниями
лица, излеченные от злокачественных новообразований
правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА МЕТАСТАЗИРУЕТ

в легкие
в плоские кости
в паховые лимфоузлы
в кожу

ЧАЩЕ ВСЕГО ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА ПОРАЖАЕТ

длинные трубчатые кости
все плоские кости
кости черепа
кости таза

**В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЯВЛЯЕТСЯ
ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ПРИ РАКЕ**

пищевода и анального канала прямой кишки
желудка и тонкой кишки
тонкой и ободочной кишки
желудка и ободочной кишки

**ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ
АНАТОМИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ:**

сигмовидная кишка
восходящая ободочная кишка

поперечная ободочная кишка
нисходящая ободочная кишка
слепая кишка

К КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ БОЛЬНЫЕ, СТРАДАЮЩИЕ
ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ С ПРИЗНАКАМИ ПРОЛИФЕРАЦИИ

Iб

Iа

II

III

ОСТЕОГЕННЫЕ САРКОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ В
ВОЗРАСТЕ:

до 25 лет

от 30 до 40 лет

от 40 до 50 лет

старше 50 лет

ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода
лечения

проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения

динамическое наблюдение

назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ ЛИЦА У

75-85% больных

60-70% больных

50-55% больных

на коже лица встречается редко

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ, ЛИДИРУЮЩИМ ПО ЧАСТОТЕ КЛИНИЧЕСКИМ
СИМПТОМОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

дисфагия

боль в грудной клетке при глотании

повышенное слюноотделение

рвота

НАИБОЛЕЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕНА К ОТДАЛЕННОМУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ
МЕЛАНОМА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА

узловая

акролентигинозная

злокачественное лентиго

поверхностная

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

гематурия

пальпируемая опухоль

боль

слабость

ускоренная СОЭ

ПО МЕРЕ РОСТА РАКА ЛЕГКОГО СКОРОСТЬ НАРАСТАНИЯ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА
при эндобронхиальном экзофитном раке
при перибронхиальном узловатом раке
при разветвленном раке
при пневмониеподобном раке
при раке верхушки легкого (Пэнкоста)

СИМПТОМЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РАКА ЛОКАЛИЗОВАННОГО
в сигмовидной кишке
в восходящей кишке
в поперечной кишке
в слепой кишке

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ РФ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ ИМЕЕТ ТЕНДЕНЦИЮ
к повышению
к снижению
к стабильности
к повышению в старшей возрастной группе
к снижению среди лиц молодого возраста

ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ
головка
тело
хвост
вся поджелудочная железа (тотальное поражение)

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЛОКАЛИЗОВАНЫ В
печени
костях
легких
надпочечниках
селезенке

К ТРИАДЕ СИМПТОМОВ РАКА ПОЧКИ ОТНОСЯТСЯ
гематурия, боль, пальпируемая опухоль
гематурия, боль, ускоренная СОЭ
гематурия, потеря веса, слабость
гематурия, боль, слабость
гематурия, боль, повышенная температура тела

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОПУХОЛИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ
затрудненное и\или учащенное мочеиспускание
боль в промежности, крестце, пояснице
микроскопическая гематурия
нарушение акта дефекации

АДЕКВАТНЫМ ОБЪЕМОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

тотальная тиреоидэктомия

резекция доли

гемитиреоидэктомия

энуклеация узла

С КАКОЙ ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ ДОЛЖЕН ПРОХОДИТЬ КОНТРОЛЬНЫЕ ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТ, ИЗЛЕЧЕННЫЙ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ

первый год - 1 раз в 3 мес, второй - третий год - 1 раз в 6 мес, в дальнейшем 1 раз в год один раз в 6 мес. в течение 5 лет, затем – ежегодно

первый год - 1 раз в мес, второй год -1 раз в 3 мес, третий - пятый года -1 раз в 6 мес, в дальнейшем 1 раз в год

ежегодно в течение 10 лет

НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ НЕ ВЛИЯЕТ

употребление большого количества жиров

ультрафиолетовое излучение

курение

микротравмы слизистой губы

КАКИЕ ИЗ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОПРОВОЖДАЮТСЯ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ

фолликулярный и папиллярный рак

медуллярный и недифференцированный рак

папиллярный и медуллярный рак

недифференцированный и фолликулярный рак

ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ВНУТРИПРОТОКОВОЙ ПАПИЛЛОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

кровянистые выделения из соска

симптом втяжения

наличие плотного участка с зернистой поверхностью

болезненность при пальпации ареолы

КАКОЙ СИМПТОМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ПИЩЕВОДА В ЛИМФОУЗЛЫ АОРТАЛЬНОГО ОКНА

осиплость голоса

кашель

боль в грудной клетке

икота

дисфагия

РАК ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЕТ В

печень

легкие

надключичные лимфатические узлы

кости

МЕТАСТАЗЫ В ПЕЧЕНЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ РАКЕ

желудочно-кишечного тракта

легкого

молочной железы

женских половых органов

Здоровый образ жизни

ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ЛАКУНАРНОГО ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЮТСЯ

артериальная гипертония

мерцательная аритмия

сахарный диабет

искусственные клапаны сердца

все вышеперечисленное

ПОКАЗАТЕЛИ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

натощак > 7.0 ммоль/л и через 2 часа послеглюкозо-толерантного теста ≥ 11.1 ммоль/л

натощак ≥ 6.1 и < 7.0 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста < 7.8 ммоль/л

натощак < 6.1 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста > 7.8 ммоль/л

ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ХС ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ

≤ 1.8 ммоль/л

≤ 2.5 ммоль/л

≤ 3.0 ммоль/л

РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОСЕЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ ХИБС СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПП ФК

не менее 2-х раз в год

не менее 3-х раз в год

не менее 4-х раз в год

БОЛЬНЫХ ИБС, ОТНЕСЕННЫХ К ГРУППЕ УМЕРЕННОГО РИСКА НАПРАВЛЯЮТ НА КАГ

без дальнейших неинвазивных исследований

по результатам дополнительных исследований

необходимость в рутинном направлении на каг отсутствует

К ОСНОВНЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ, УЛУЧШАЮЩИМ ПРОГНОЗ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОТНОСЯТСЯ (ОТМЕТИТЬ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ОТВЕТЫ):

АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА

статины

бета-адреноблокаторы

нитраты

ингибиторы АПФ или блокаторы РААС

антагонисты кальция

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПОВЫШЕН ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У МУЖЧИН

180 см и более;

94 см и более;

102 см и более;

110 см и более;

ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ (ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ) ПОДЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ КОНТИНГЕНТЫ ГРАЖДАН

больные хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), являющимися основными причинами инвалидности и преждевременной смертности населения
пациенты имеющие высокий риск развития ССЗ

больные ХНИЗ и пациенты с высоким сердечно-сосудистым риском

нет правильного ответа

ЦЕЛЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ ДОКАЗАННЫЕ ХНИЗ ЯВЛЯЕТСЯ

ДОСТИЖЕНИЕ ЗАДАННЫХ ПАРАМЕТРОВ ФИЗИКАЛЬНОГО, ЛАБОРАТОРНОГО И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

достижение целевых уровней факторов риска

замедление патологического процесса и развития обострений.

снижение числа госпитализаций и осложнений.

повышение качества и увеличение продолжительности жизни

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ ЛИЦ, НЕ ИМЕЮЩИХ ДОКАЗАННЫХ ХНИЗ, НО ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК ИХ РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

достижение заданных параметров физикального, лабораторного и инструментального обследования

достижение целевых уровней факторов риска

предупреждение развития патологического процесса и заболеваний.

повышение качества и увеличение продолжительности жизни

все вышеперечисленное

В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ НУЖДАЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

1 I группа

2 II группа

III группа

I и II группы

II и III группы

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ОБЪЕМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ В МАСШТАБАХ РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

43,7%

2 23,1%

17,6%

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ОБЪЕМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ II ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ В МАСШТАБАХ РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

43,7%

23,1 %

17,6%

ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ (ВЫБРАТЬ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)

уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением

уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным показаниям, по поводу обострений и осложнений заболевания
сокращение числа случаев инвалидности
уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
снижение числа вызовов СМП и госпитализаций по экстренным показаниям
все перечисленное

ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АКТИВНОСТИ ВРАЧЕЙ (ФЕЛЬДШЕРОВ) В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным показаниям, по поводу обострений и осложнений заболевания
сокращение числа случаев инвалидности
уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
полнота охвата диспансерным наблюдением больных
все перечисленное

РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОСЕЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ С АГ I-III СТЕПЕНИ С ПОРАЖЕНИЯМИ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ, НО БЕЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК
не менее 1 раза в год
не менее 2-х раз в год
1 раз в 3 месяца
каждый месяц

КАКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АД ЯВЛЯЕТСЯ ПОРОГОВЫМ ПРИ САМОКОНТРОЛЕ
менее или равно 140/90 мм рт ст
менее или равно 135/85 мм рт ст
менее или равно 130/80 мм рт ст

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ИБС ПРИ СКРИНИНГЕ (МАССОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ) ОТНОСЯТСЯ К
высоким технологиям
простейшим и нетрудозатратным
сложным инструментальным

В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ПОКАЗАНО, ЧТО ВЛИЯНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА
первом году программы
третьем году программы
пятом году программы

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ЭТО
комплекс организационных и технологических мероприятий по управлению и осуществлению профилактической программы
систематизированное изложение основных целей, задач, направленных на профилактику заболеваний, травм, несчастных случаев, сохранение и укрепление здоровья

повседневная работа и деятельность системы здравоохранения, общественных организаций

ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ДОЛЖНА РАВНЯТЬСЯ

основному обмену;

200ккал;

энерготратам;

расходам на движение;

верного ответа нет

С ВОЗРАСТОМ ЭНЕРГОГРАТЫ

увеличиваются;

не изменяются;

уменьшаются;

зависит только от профессии;

верного ответа нет

У ЖЕНЩИН ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ДОЛЖНА БЫТЬ

как у мужчин;

меньше;

больше;

зависит только от профессии;

верного ответа нет

ЖИРЫ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ПО ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ ДОЛЖНЫ СОСТАВЛЯТЬ ОТ КАЛОРИЙНОСТИ СУТОЧНОГО РАЦИОНА

7%;

10%;

30%;

40%;

верного ответа нет

ПРОСТЫЕ УГЛЕВОДЫ СОСТАВЛЯТЬ ДОЛЖНЫ ОТ КАЛОРИЙНОСТИ СУТОЧНОГО РАЦИОНА

12%;

7%;

0%;

30%;

верного ответа нет

ПРИЕМ ПИЩИ ЗА СУТКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ

2-3 раза;

3-4 раза;

по желанию;

ИЗБЫТОК ЖИРА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

желчекаменной болезни;

атеросклерозу;

раку кишечника;

раку молочной железы;

все вышеперечисленное.

ИЗБЫТОК ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОСТЫХ УГЛЕВОДОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ
ожирение;
язвенную болезнь;
рак груди;
цирроз печени;
колит.

ИЗБЫТОК ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ОПАСЕН ДЛЯ РАЗВИТИЯ
гастрита;
колита;
артериальной гипертонии;
артроза суставов
верного ответа нет

В ПИТАНИИ ЖИТЕЛЕЙ РОССИИ ОТМЕЧАЕТСЯ
избыток белка;
нерациональное соотношение жиров;
недостаток витаминов;
недостаток углеводов;
избыток жира и недостаток витаминов

ПОВАРЕННУЮ СОЛЬ ЛУЧШЕ ОГРАНИЧИТЬ
убрав солонку со стола;
недосаливая при кулинарной обработке
избегая солений;
верно а,б,в;
верного ответа нет

ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НЕОБХОДИМО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ,
ОГРАНИЧИТЬ
белки;
соль;
растительное масло;
фрукты;

ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИПЕМИИ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
ОГРАНИЧИТЬ
жиры;
соль;
растительное масло;
фрукты, овощи;

ПРИ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ НЕОБХОДИМО ОГРАНИЧИТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО
белки;
жиры;
сахара;
алкоголь;
сахара и алкоголь.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ НЕОБХОДИМЫ В ОСНОВНОМ ДЛЯ
лечения больных в стационаре;
профилактике наркомании:

помощи при отказе от курения;
достижения сбалансированности рациона;
профилактика ХНИЗ

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА В НОРМЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ РАВЕН

5- 9;

10 - 14;

15- 19;

20 - 25;

верного ответа нет

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВЫСОК ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ
У МУЖЧИН

80 и более;

94 и более;

102 и более;

110 и более;

верного ответа нет

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВЫСОК ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ
У ЖЕНЩИН

88 и более;

94 и более;

102 и более;

ПО и более;

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ АЛИМЕНТАРНОЙ ФОРМЫ (ПЕРВИЧНОГО) ОЖИРЕНИЯ

низкая физическая активность;

переедание;

гормональная недостаточность;

АБДОМИНАЛЬНЫЙ (МУЖСКОЙ) ТИП ОЖИРЕНИЯ ДЕЙСТВУЕТ В ОСНОВНОМ НА
сердце;

артерии;

вены;

А и Б;

суставы;

ЖЕНСКИЙ ТИП ОЖИРЕНИЯ (ТИП «ГРУШИ») ДЕЙСТВУЕТ В ОСНОВНОМ НА

печень;

легкие;

опорно-двигательный аппарат;

почки;

верного ответа нет

ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

лекарственная терапия;

диета;

пищевые добавки;

хирургическое лечение;

СТЕПЕНЬ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ РЕДУКЦИИ ДИЕТЫ ПРИ ОЖИРЕНИИ ВОЗМОЖНА
ДО
500 ккал.
800 ккал.
1000 ккал.
1200ккал.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ ПОКАЗАНА ПРИ
высоких степенях ожирения;
сопутствующей патологии;
булимии;

ПРИ ОЖИРЕНИИ НУЖНО ОГРАНИЧИВАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
белки;
витамины;
минералы;
углеводы;

ПОВЫШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА
ПРЕДПОЛАГАЕТ
занятия йогой;
аэробные нагрузки на досуге;
марафон;
силовые нагрузки;
верного ответа нет

1Г ЖИРА СОДЕРЖИТ, КИЛОКАЛОРИЙ
1;
4;
7;
9;

1Г УГЛЕВОДОВ СОДЕРЖИТ, КАЛОРИЙ
1;
4;
7;
9;

1Г БЕЛКА СОДЕРЖИТ, КАЛОРИЙ
1;
7;
4;
9;
верного ответа нет

1Г «ЧИСТОГО» АЛКОГОЛЯ СОДЕРЖИТ КАЛОРИЙ
1;
4;
7;
9;
верного ответа нет

АЛКОГОЛЬ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА «ЧИСТЫЙ СПИРТ» ВРЕДЕН ДЛЯ ЖЕНЩИН В КОЛИЧЕСТВЕ ЗА СУТКИ БОЛЕЕ

5г;
50 г;
30 г;
60 г;

АЛКОГОЛЬ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА «ЧИСТЫЙ СПИРТ» ВРЕДЕН ДЛЯ МУЖЧИН В КОЛИЧЕСТВЕ ЗА СУТКИ БОЛЕЕ

5г;
50 г;
50 г;
60 г;

верного ответа нет

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ (СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ, ВОЗ) – ЭТО

процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем, а также процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над факторами, определяющими здоровье и улучшить тем самым здоровье
процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем.
процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над факторами, определяющими здоровье и улучшить тем самым здоровье.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества
б) убежденность лиц, принимающих решения, межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества
ориентация на граждан, участие местного сообщества.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРВИЧНАЯ – ЭТО

комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний
комплекс немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний
комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНАЯ – ЭТО

комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

РИСК КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ НЕЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

сердечно-сосудистых
травм и несчастных случаев
болезней нервной системы
новообразований
болезней органов пищеварения

ЦЕЛЬ КОНЦЕПЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

стабилизация показателей здоровья населения РФ.
снижении показателей смертности общей
снижение показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний
снижение показателей смертности от внешних причин

КОНТИНГЕНТЫ, НА КОТОРЫЕ НАПРАВЛЕНА КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ ЗДОРОВЫХ

детей всех возрастных групп.
молодежь.
пожилых людей
все вышеперечисленное.

КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОФИЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ НЕОБХОДИМЫМИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ БРЕМЕНИ БОЛЕЗНИ В ПОПУЛЯЦИИ

смертность, инвалидность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
летальность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
смертность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
смертность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
смертность, инвалидность, летальность, временная нетрудоспособность

СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НАПРАВЛЕННЫ НА

выявление заболеваний на ранних стадиях.
выявление заболеваний и факторов риска
выявление факторов риска и факторов здоровья

ПО ПРОГНОЗАМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ К 2020 ГОДУ ОСНОВНОЙ УРОН (ЧИСЛО ПОТЕРЯННЫХ ЛЕТ ТРУДОСПОСОБНОСТИ) ВСЛЕДСТВИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСТАВИТ

50%
80%
60%

ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ К ОСНОВНЫМ НИЗ ОТНОСЯТ

болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства
болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, травмы, психические заболевания и расстройства
болезни системы кровообращения, рак, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства.

СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НИЗ В ЗАПАДНЫХ СТРАНАХ СВЯЗЫВАЮТ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, СО СЛЕДУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ

снижением распространенности поведенческих ФР среди населения

снижением частоты возникновения новых случаев НИЗ
снижением смертности от БСК
все ответы верны

УПРАВЛЯЕМЫЕ ОСНОВНЫМИ ФАКТОРЫ РИСКА, ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА РОСТ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ

курение, потребление алкоголя, нездоровое питание
только курение
курение и повышенное артериальное давление
курение, повышенное артериальное давление, потребление алкоголя, нездоровое питание

КАКОЙ ПРИНЦИП (СТРАТЕГИЯ) ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПО ОЦЕНКАМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ, СЧИТАЕТСЯ ОСНОВНЫМ

популяционная стратегия
стратегия высокого риска
сочетание стратегий популяционной и высокого риска

РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ ПРИ ВЫБОРЕ СТРАТЕГИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО

уровнями отдельных факторов риска
возрастом
географическими условиями и характеристиками окружающей среды
суммарным риском
наличием необходимого оборудования

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ДОЛЖНЫ ВКЛЮЧАТЬ

разработку законодательства;
просвещение населения
поддержку активности населения;
доступ к информации и содействие ее распространению;
наличие и доступность профилактической помощи;
межсекторальное взаимодействие.
все вышеперечисленное

КАКИЕ ПРИНЦИПЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, НА ПРИМЕРЕ МЕР ПО ПОВЫШЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, СЧИТАЮТСЯ ВАЖНЕЙШИМИ И ДОЛЖНЫ УЧИТЫВАТЬСЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

поддержки, осознание пользы от занятий.
уверенность индивидуума в наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.
уверенность индивидуума в возможностях заниматься физической активностью, в получение удовольствия от занятий, наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.
уверенность индивидуума в пользе от занятий.

КАКИЕ ФАКТОРЫ, НАРЯДУ С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА, ОКАЗАЛИ СУЩЕСТВЕННОЕ ВЛИЯНИЕ НА РОСТ СМЕРТНОСТИ ОТ БСК В РОССИИ

психосоциальные факторы, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения
психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения,

психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения
экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

СРЕДИ ПРИЧИН ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОТ БСК ТЕМПЫ РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РОССИИ ВЫШЕ ОТ

ишемической болезни сердца, чем от цереброваскулярной болезни
цереброваскулярной болезни, чем от ишемической болезни сердца

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ

20%
50%
40%
55%

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ИБС ПРИ СКРИНИНГЕ (МАССОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ) ОТНОСЯТСЯ К

высоким технологиям
простейшим и нетрудозатратным
сложным инструментальным

К НАУЧНО ДОКАЗАННЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕРАМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ПРОФИЛАКТИКИ) АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТСЯ

диетическая коррекция избыточной массы тела, дислипотеидемии, водно-солевого обмена.

оптимизация двигательной активности: быстрая ходьба и/или бег, плавание; включение физической активности в часы досуга и повседневную деятельность.

отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем).

нормализация режима дня, рациональное распределение свободного времени.

рациональная психотерапия, самосовершенствование, аутотренинг, развитие устойчивости к стрессовым ситуациям.

все вышеперечисленное

В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ПОКАЗАНО, ЧТО ВЛИЯНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА

первом году

на третьем году

через 5 лет;

ДОЛЯ СМЕРТЕЙ СРЕДИ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ, СВЯЗАННАЯ С КУРЕНИЕМ ТАБАКА

до 10%
20-30%
30-40%
40-50%

ДОЛЯ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ, СВЯЗАННАЯ С КУРЕНИЕМ ТАБАКА

до 10%
20-30%
30-40%
40-50%

В КАКИХ СТРАНАХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЧАСТОТА КУРЕНИЯ МУЖЧИН МЕНЕЕ 30%

Западная Европа
Восточная Европа
Финляндия
Канада

ОСНОВНЫЕ МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КУРЕНИЯ ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ВКЛЮЧАЮТ

предотвращать курение с детского и юношеского возраста
оказывать помощь лицам, желающим бросить курить
информационную работу медиков, СМИ
законодательное регулирование
все вышеперечисленное

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОГРАНИЧЕНИИ КУРЕНИЯ ТАБАКА НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

регулирование производства табачных изделий, оптовой и розничной продажи
рекламирование табака
запрет на курения (на рабочих местах, в транспорте, учреждениях здравоохранения, образования, культуры, спорта, власти)
пропаганду знаний о вреде курения.
запрет на показ курения в фильмах, кроме новых.

ВО ВРЕМЯ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ КАМПАНИИ В РОССИИ НАБЛЮДАЛОСЬ

снижение смертности от внешних причин
увеличение продолжительности жизни
снижение смертности от внешних причин и увеличение продолжительности жизни

В КАКОМ ГОДУ В РОССИИ ПРИНЯТА КОНЦЕПЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ ПО КОНТРОЛЮ ЗА НАРКОТИКАМИ

в 2000
в 1999
в 1993
в 2005

Реализация профилактических программ направлена на
достижение поставленных целей программы
соблюдение запланированных сроков и использование запланированных ресурсов
достижение поставленной цели и использование запланированных ресурсов
достижение цели в запланированные сроки
достижение поставленной цели, соблюдение сроков и использования запланированных ресурсов.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

партнерство и участие СМИ
участие системы образования

управление программой, оценку процесса реализации, оценку эффективности реализации партнерство, участие СМИ, системы образования, управление программой, оценку процесса реализации и эффективности, профилактические технологии, обучение специалистов, населения и пациентов, создание условий для реализации профилактические технологии и обучение специалистов, населения и пациентов, и создание условий для реализации

ОБЯЗАТЕЛЬНО ВХОДИТ В ДИРЕКЦИЮ ПРОГРАММЫ НА ЭТАПЕ ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ
административное руководство региона (территории)
административное руководство региона (территории) и представители общественности
административное руководство региона (территории) и представители всех партнеров по реализации программы
представители общественности и финансовых организаций, участвующих в финансировании программы.
представители всех партнеров по реализации программы и представители общественности

РОЛЬ СМИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ
содействие формированию позитивного отношения к здоровью, и моды на здоровый образ жизни
повышение ответственности каждого человека за сохранение своего здоровья, а следовательно и здоровья общества
вовлечение различных секторов общества, администрации в реализацию мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.
формирование партнерских отношений для продвижения профилактических программ на различных уровнях
все вышеперечисленное.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ СОТРУДНИЧЕСТВА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ
обязательная программа гигиенического воспитания в школах, лекции по здоровому образу жизни и здоровому поведению в школах
обследование состояния здоровья и здорового поведения школьников и осуществление профилактических вмешательств (вакцинация) через школьные медицинские кабинеты
программа по укреплению здоровья в школах
совместная подготовка предложений к мероприятиям областных и городских программ по охране здоровья
все вышеперечисленное

ФАКТОРЫ, ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, НАИБОЛЕЕ СПОСОБСТВУЮЩИЕ УСПЕШНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
уровень информированности пациента о факторах риска
уровень подготовки медицинского работника по основам профилактического консультирования
уровень профессиональной подготовки медицинского работника и наличие личного опыта
желание пациента изменить свое поведение
знание медицинскими работниками психологии изменения поведенческих привычек и умение их применить при профилактическом консультировании

В ОСНОВЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВОСТЕПЕННЫМ
раннее выявление заболевания и факторов риска

консультирование по профилактике и коррекции факторов риска
медикаментозное лечение и коррекция факторов риска
межсекторальное сотрудничество и создание условий для реализации профилактических мер
все вышеперечисленное

МОНИТОРИРУЮТСЯ И ОЦЕНИВАЮТСЯ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ

структурные измерения
организационные изменения
показатели здоровья и уровни факторов риска
данные социологических опросов об уровне знаний и умений медицинских работников,
знаний населения, пациентов.
все перечисленное

ОСНОВНЫМ В ОЦЕНКЕ КРАТКОСРОЧНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

показатели здоровья населения (пациентов)
уровень знаний и умений медицинских работников
уровень знаний населения (пациентов) и отношение к здоровью
построение партнерства
рациональное расходование ресурсов

ОСНОВНЫМ В ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

показатели здоровья населения (пациентов)
уровень знаний и умений медицинских работников
уровень знаний населения (пациентов) и отношение к здоровью
построение партнерства
рациональное расходование ресурсов

ИСТОЧНИКИ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

данные медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная
медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения
все перечисленное

ИСТОЧНИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ КРАТКОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ программ

данные официальной медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная
медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения

ИСТОЧНИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ СРЕДНЕСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

данные официальной медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения

ПОКАЗАТЕЛИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (В ПОЛИКЛИНИКАХ)

распространенность факторов риска
удельный вес профилактических посещений (в % от общего числа)
полнота охвата профилактическими осмотрами (в %)
показатели, характеризующие качество диспансерного наблюдения
смертность и заболеваемость

ПОКАЗАТЕЛИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

контингент и объем диспансеризации.
потребность в диспансерном наблюдении в лечебно-профилактической помощи и активность в ее реализации
оценку эффективности диспансеризации
здоровье прикрепленного населения
информированность и отношение населения (пациентов) к медицинским назначениям

УКАЖИТЕ РЕКОМЕНДУЕМОЕ ВОЗ ПОТРЕБЛЕНИЕ ФРУКТОВ И ОВОЩЕЙ В СУТКИ (БЕЗ УЧЕТА КАРТОФЕЛЯ)

200 г
300 г
500 г
800 г

ВЫСОКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

наличием сбалансированного регулярного питания;
недостатком в рационе питания белка;
избытком насыщенных жиров и легкоусвояемых углеводов в рационе питания;
недостатком в рационе питания клетчатки;
недостатком витаминов группы В и Д.

Избранные вопросы скрининга онкологических заболеваний МЕТОДОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгеноскопия
биопсия опухоли*
УЗИ
компьютерное обследование
термография

В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА И ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ СЧИТАЕТСЯ

эндоскопия желудка с биопсией
рентгенологический метод (Rg-скопия, Rg-графия)
исследование кала на скрытую кровь
исследование желудочного сока с гистамином

НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА (СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ) МОГУТ БЫТЬ ПОЛУЧЕНЫ

при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарным лимфатическим аппаратом
при рентгенологическом исследовании
при использовании эндоскопических методов
при клиническом осмотре больного

ВНУТРИПРОТOKОВЫЕ ПАПИЛЛОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ ПРИ

дуктографии
бесконтрастной маммографии
крупнокадровой флюорографии
не могут быть выявлены рентгенологически

РАДИОАКТИВНЫЙ ЙОД ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ

щитовидной железы
желудка
поджелудочной железы
почки
предстательной железы

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

крупный литический очаг в эпифизе кости, иногда с остатками ячеистой структуры
нарушение кортикального слоя
экстраоссальный компонент, не содержащий дополнительных включений
периостальная реакция в виде "козырька"

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ РЭА (РАКОВО-ЭМБРИОНАЛЬНОГО АНТИГЕНА) МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНО

для динамического наблюдения после лечения (в качестве мониторинга)
для уточнения степени распространенности опухоли (стадирования)
для установления диагноза рака

ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода лечения
проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения
динамическое наблюдение
назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ И КОРНЕЙ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгеновская компьютерная томография
рентгенография + линейная томография
рентгеноскопия
сканирование органов грудной клетки с цитратом галлия (^{67}Ga)
магнитно-резонансная томография

ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО

пневмоторакс
гемоторакс
кровохаркание
имплантационное метастазирование

ДЛЯ ОЦЕНКИ МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО

компьютерная томография
ангиографическое исследование
экскреторная урография
рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта
ультразвуковое исследование

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

цистоскопия
бимануальное ректальное исследование при опорожненном мочевом пузыре
общий клинический анализ мочи
радионуклидная цистография

ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПУНКЦИЯ ОПУХОЛИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К БЫСТРОМУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ

меланоме
раке нижней губы
раке молочной железы
остеогенной саркоме

МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В РОССИИ ДЛЯ СКРИНИНГА НА РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

гемокульт-тест
ирригография
рентгеноскопия желудка и кишечника
колоноскопия

ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА маммография*

УЗИ молочных желез
пункционная Биопсия
секторальная резекция
самообследование

В ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА КЛЕТОК
не нарушена*
нарушена умеренно
нарушена выраженно
возможны все варианты

СОЧЕТАНИЕ «N₀» ОБОЗНАЧАЕТ
недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов*
одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ
ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ
легких
органов брюшной полости
молочной железы*
щитовидной железы*

**Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, инфекционная
безопасность**

МЕХАНИЗМ (ПУТЬ) ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
контактно-бытовой
аэрогенный
вертикальный
пищевой
трансмиссивный

ВИЧ ПОРАЖАЕТ
эритроциты
лимфоциты
тромбоциты
гепатоциты
макрофаги

ДИАГНОЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ СТАВИТСЯ ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ
полового контакта
наличие у больного СПИД-маркерного заболевания
увеличения лимфатических узлов более 3-х мес.
обнаружения антител к ВИЧ в сыворотке методом ИБ
наличия у больного иммунодефицита, снижение количества Т4 (хелперов)

ПРИ ЗАГРЯЗНЕНИИ КРОВЬЮ КОЖУ РУКИ ОБРАБАТЫВАЮТ
96⁰ спиртом
70⁰ спиртом
дважды моют с мылом
3% раствором хлорамина

ПРЕДМЕТЫ ОБИХОДА В ОКРУЖЕНИИ БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
ДЕЗИНФИЦИРУЮТ
6% раствором перекиси водорода
96⁰ спиртом
5% хлорными растворами

3% хлорными растворами

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ АНАЛИЗА НА ВИЧ ОЗНАЧАЕТ, ЧТО
пациент болен СПИДом
в организме есть антитела к ВИЧ
человек заразен на протяжении всей его жизни
у больного терминальный период

7. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ВИЧ ИНФЕКЦИИ
2-3 недели
3-4 месяца
5-6 месяцев
от 2 недель до 6 месяцев
от 3 недель до 1 года и более

ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ НАИБОЛЕЕ ЗАРАЗЕН В
стадии инкубации
серонегативный период
стадии ПСИДа
бессимптомный период

ПОКАЗАТЕЛЬ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ (БОЛЕЗНЕННОСТИ) ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ – ЭТО
число больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года, в пересчете на 100 000 жителей так же на конец года
число больных активным туберкулезом на конец года
удельный вес больных туберкулезом среди всех больных на данной территории
число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей.

САМЫМ ОПАСНЫМ ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением
скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми
бактериовыделитель с факультативным выделением МБТ и при контакте только со взрослыми

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ УСТАНАВЛИВАЕТ
правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации
общие рекомендации по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации
все перечисленное

Клиническая фармакология

ШИРОТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ - ЭТО

хирургическая доза лекарства;
отношение концентрации лекарства в органе или ткани к концентрации его в плазме крови;
диапазон между минимальной терапевтической и минимальной токсической концентрациями лекарства в плазме; (+)
процент не связанного с белком лекарства;

диапазон между минимальной и максимальной терапевтическими концентрациями лекарства.

ФАРМАКОКИНЕТИКА - ЭТО

изучение абсорбции, распределения, метаболизма и выведения лекарств (+)
изучение биологических и терапевтических эффектов лекарств
изучение токсичности и побочных эффектов
методология клинического испытания лекарств
изучение взаимодействий лекарственных средств

ВИДЫ АБСОРБЦИИ В ЖКТ

филтрация
диффузия
активный транспорт
пиноцитоз
все виды (+)

РЕЗУЛЬТАТОМ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СВЯЗЫВАНИЯ ПРЕПАРАТА С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

уменьшение $T_{1/2}$
повышение концентрации свободной фракции препарата
снижение концентрации свободной фракции препарата (+)
лучшая эффективность препарата

ПРЕПАРАТЫ, БОЛЬШЕ ПОДВЕРГАЮЩИЕСЯ МЕТАБОЛИЗМУ В ПЕЧЕНИ

липофильные (+)
гидрофильные
липофобные
имеющие кислую реакцию
имеющие щелочную реакцию

ФАРМАКОДИНАМИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ИЗУЧЕНИЕ

эффектов лекарственных средств и механизмов их действия (+)
абсорбции и распределения лекарств
метаболизма лекарств
выведения лекарств

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КИШЕЧНУЮ АБСОРБЦИЮ

pH желудочного сока
васкуляризация
моторика
состояние микрофлоры кишечника
все перечисленные (+)

ПРЕПАРАТЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ОДНОНАПРАВЛЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ, НАЗЫВАЮТСЯ

агонистами
синергистами (+)
антагонистами
миметиками
литиками

ЕСЛИ ПЕРВИЧНУЮ МОЧУ СДЕЛАТЬ БОЛЕЕ ЩЕЛОЧНОЙ, ТО

- экскреция слабых кислот уменьшится
- экскреция слабых кислот увеличится (+)
- экскреция слабых оснований увеличится
- увеличится экскреция и слабых кислот, и слабых оснований
- экскреция не изменится

ПРЕПАРАТЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ИНДУКЦИИ ФЕРМЕНТОВ В ПЕЧЕНИ

фенобарбитал (+)

циметидин

амиодарон

эритромицин

ципрофлоксацин

факторы, влияющие на период полувыведения

почечный и печёночный клиренс (+)

биодоступность

скорость распределения

связь с белком

экскреция почками

ФАКТОРЫ ФАРМАКОКИНЕТИКИ, ИЗМЕНЯЮЩИЕСЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

всасывание

объём распределения

почечная экскреция

метаболизм

всё перечисленное (+)

ВЕЛИЧИНА БИОДОСТУПНОСТИ ВАЖНА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

пути введения лекарственных средств (+)

кратности приема

скорости выведения

эффективности препарата

продолжительности лечения

БИОДОСТУПНОСТЬ - ЭТО

процент вещества, выделенного из организма

процент вещества, достигшего системного кровотока (+)

эффективная доза препарата, оказывающая терапевтический эффект

процент препарата, связанного с белком

ничего из перечисленного

ЛЕКАРСТВА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СВЯЗЫВАЮТСЯ В ПЛАЗМЕ С

альбуминами (+)

глобулинами

фибриногеном

мукопротеинами

трансферрином

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС - ЭТО

разница между минимальной терапевтической и минимальной токсической дозами (+)
между максимальной терапевтической и максимальной токсической
между минимальной терапевтической и максимальной токсической
между максимальной терапевтической и минимальной токсической

ЗАВИСИТ БИОДОСТУПНОСТЬ ОТ

всасывания и связи с белком
всасывания и пресистемного метаболизма (+)
экскреции почками и биотрансформации в печени
объёма распределения

ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ($T_{1/2}$) ЭТО

время выведения препарата из организма
время снижения концентрации препарата в плазме на 50% (+)
снижение скорости выведения на 50%
время достижения терапевтической концентрации

НА ПОЧЕЧНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ ВЛИЯЮТ

уровень клубочковой фильтрации
уровень канальцевой реабсорбции
уровень канальцевой секреции
всё вышеперечисленное (+)
ничего из перечисленного

РЕЗУЛЬТАТОМ БИОТРАНСФОРМАЦИИ ЛЕКАРСТВ В ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

образование активных метаболитов
образование неактивных метаболитов
образование токсических продуктов
всё вышеперечисленное (+)
ничего из перечисленного

БИОТРАНСФОРМАЦИЯ ПРЕПАРАТА ПРИВОДИТ К

меньшей степени ионизации
меньшей жирорастворимости (+)
снижению связывания с белком
большей степени ионизации

ПАРАМЕТР «КАЖУЩИЙСЯ ОБЪЕМ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ» ХАРАКТЕРИЗУЕТ

скорость всасывания препарата
скорость выведения препарата
скорость распада препарата
эффективность препарата
способность препарата проникать в органы и ткани (+)

БОЛЕЕ ВЫСОКАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЕПАРАТА В ПЛАЗМЕ ПРИ СУБЛИНГВАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ, ЧЕМ ПЕРОРАЛЬНОМ ПОТОМУ, ЧТО

лекарство не подвергается пресистемному метаболизму (+)
лекарство не связывается с белками плазмы
лекарства не связываются с тканями
увеличивается гидрофильность препарата
увеличивается липофильность препарата

ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ НЕЗАВИСИМО ОТ ДОЗЫ ИЛИ ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ, НАЗЫВАЮТСЯ

токсические
аллергические (+)
фармакодинамические
фармакокинетические
псевдоаллергические

ВЫСОКИЙ ОБЪЁМ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

о высоких концентрациях свободного препарата в плазме
о высоких концентрациях препарата в тканях (+)
о высоких концентрациях связанного препарата в плазме
о низких концентрациях препарата в тканях
о хорошей эффективности препарата

ЭФФЕКТ ДВУХ ЛЕКАРСТВ ПРЕВЫШАЕТ СУММУ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭФФЕКТОВ, ЭТО

антагонизм
суммарный эффект
аддитивный эффект
потенцирование (+)
сенситизация

В ПОНЯТИЕ ЭЛИМИНАЦИИ ПРЕПАРАТА ВХОДИТ

всасывание
распределение
экскреция (+)
связь с белком
пресистемный метаболизм

СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВ, ПРИ КОТОРОМ БИОДОСТУПНОСТЬ МАКСИМАЛЬНА

пероральном
сублингвальном
внутримышечном
внутривенном (+)
ректальном

В ПОНЯТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВХОДИТ

вытеснение препарата из связи с белком
ингибирование метаболизма в печени
инактивация препаратов в инфузионном растворе (+)
торможение всасывания лекарств
взаимодействие на уровне экскреции в почках

ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ СНИЖАЕТСЯ СВЯЗЫВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ

ишемическая болезнь сердца
острые инфекции
цирроз печени (+)

бронхиальная астма
пневмония

ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПОЧЕЧНЫЙ КЛИРЕНС ПРЕПАРАТОВ

пол
вес
почечный кровоток (+)
гипертензия
заболевания печени

ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К УСКОРЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

курение (+)
пожилой возраст
хроническое употребление алкоголя
прием эритромицина
лихорадка

СИНДРОМ «РИКОШЕТА» - ЭТО

снижение эффекта препарата при его отмене
увеличения эффекта препарата при его отмене
ответная реакция организма при отмене препарата
развитие обратного эффекта при продолжении использования препарата (+)

ФАКТОР, ПРИВОДЯЩИЙ К ЗАМЕДЛЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВ

курение
пожилой возраст (+)
однократное употребление алкоголя
прием барбитуратов
прием рифампицина

АУТОИНДУКЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

пенициллина
нитроглицерина (+)
пропранолола
преднизолона
гентамицина

СИНДРОМ ОТМЕНЫ ЭТО

положительное действие лекарственного средства
снижение эффекта препарата при его отмене
ответная реакция организма на отмену препарата (+)
усиление эффекта препарата при его отмене

ФАКТОРЫ, УМЕНЬШАЮЩИЕ ВСАСЫВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ В ЖКТ

запор
приём антацидов (+)
приём холинолитиков
хорошее кровоснабжение стенки кишечника

ИНГИБИТОРОМ ПЕЧЁНОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

циметиди (+)
нитраты
рифампицин
фенобарбитал
никотин

АУТОИНДУКЦИЯ ВЫЗЫВАЕТ

повышение эффективности препарата при повторном применении
инактивация препарата другим лекарственным средством
увеличение активности препарата при первом введении
снижение эффективности препарата при повторном применении (+)

РАВНОВЕСНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ЭТО

состояние, когда количество абсорбированного препарата равно количеству выводимого (+)
максимальная концентрация после введения препарата
концентрация перед очередным введением препарата
средняя концентрация после введения препарата
правильных ответов нет

ВСАСЫВАНИЕ БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ ЛЕКАРСТВ ПРОИСХОДИТ

в ротовой полости
в пищеводе
в желудке
в тонком кишечнике (+)
в толстом кишечнике

ПРЕПАРАТЫ С ВЫСОКОЙ ЛИПОФИЛЬНОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

выводятся почками в неизменном виде (+)
хорошо всасываются в ЖКТ
метаболизируются в печени
хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ

дигоксина
гентамицина
теофиллина (+)
преднизолона
ванкомицина

В ЩЕЛОЧНОЙ МОЧЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ВЫВЕДЕНИЕ

морфина
новокаидамида
барбитуратов (+)
хинина
варфарина

КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВЫЗЫВАЕТ ОЩЕЛАЧИВАНИЕ МОЧИ

аскорбиновая кислота
аспирин

тиазидные диуретики
бикарбонат натрия (+)
эуфиллин

УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМЫ АБСОРБЦИИ ПРЕПАРАТА

пиноцитоз
пассивная диффузия
активный транспорт
фльтрация
все перечисленное (+)

УКАЖИТЕ, ГДЕ В ОСНОВНОМ ПРОИСХОДИТ ВСАСЫВАНИЕ ЛЕКАРСТВ

в ротовой полости
в пищеводе
в желудке
в тонком кишечнике (+)
в прямой кишке

ВСАСЫВАНИЕ КАКИХ ПРЕПАРАТОВ СНИЖАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ ПИЩИ

ампициллина (+)
рамиприла
омепразола
ципрофлоксацина
метопролола

СЕЛЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА ЗАВИСИТ ОТ

периода полувыведения
способа приема
связи с белком
объема распределения
дозы (+)

ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ
ФАРМАКОКИНЕТИКИ ЛЕКАРСТВ, КРОМЕ

нарушения почечной экскреции
увеличения концентрации препаратов в плазме
уменьшения связывания с белками плазмы
увеличения $T_{1/2}$
уменьшения биодоступности (+)

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРИЕМ АЛКОГОЛЯ ПРИВОДИТ К

увеличению абсорбции лекарств
увеличению объема распределения лекарств
замедлению метаболизма в печени (+)
снижению почечной экскреции
снижению $T_{1/2}$

НИКОТИН ПРИВОДИТ К

уменьшению абсорбции лекарств
увеличению объема распределения лекарств
увеличению связи с белками плазмы

ускорению метаболизма в печени (+)
ускорению почечной экскреции

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ
гиперкалиемия
гинекомастия
синдром Рейно
подагра (+)
гипогликемия

АНТИБИОТИК, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ДИАРЕЮ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ
ПРОКИНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ

эритромицин (+)
амоксциллин
цефтриаксон
гентамицин
ванкомицин

НАИБОЛЕЕ ТОКСИЧНЫМ ИЗ АНТИБИОТИКОВ АМИНОГЛИКОЗИДНОЙ ГРУППЫ
ЯВЛЯЕТСЯ

амикацин
тобрамицин
гентамицин
неомицин (+)
стрептомицин

РАЗВИТИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАКОГО ВИТАМИНА МОЖНО ОЖИДАТЬ ПРИ
ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

A
B1
B2
C
фолиевой кислоты (+)

НАЗНАЧЕНИЕ КАКОГО ВИТАМИНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К
ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ У РЕБЕНКА

A (+)
B1
B2
C
PP

ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ НЕ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПОДАГРЕ ИЗ-ЗА
СПОСОБНОСТИ ВЫЗЫВАТЬ ГИПЕРУРИКЕМИЮ

нитроглицерин
эритромицин
пропранолол
гипотиазид (+)
каптоприл

УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ РАННИЙ СИМПТОМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ

рвота
гинекомастия
потеря аппетита (+)
гиперкалиемия
тахикардия

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИДЕПРЕССАНТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИХ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

сердцебиение
сухость во рту
нарушение аккомодации
задержка мочеиспускания
все перечисленное (+)

Диуретик, вызывающий развитие гирсутизма и гинекомастии

гипотиазид
спиронолактон (+)
фуросемид
диакарб
индапамид

СОЧЕТАНИЕ ГИПОТОНИИ И БРАДИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

клофелина (+)
нифедипина
каптоприла
празозина
нитроглицерина

Медицина чрезвычайных ситуаций

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЗАЩИТЕ И ПО ЗАЩИТЕ НАСЕЛЕНИЯ, МАТЕРИАЛЬНЫХ И КУЛЬТУРНЫХ ЦЕННОСТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ РФ ОТ ОПАСНОСТЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ВЕДЕНИИ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭТИХ ДЕЙСТВИЙ ЭТО

мобилизация;
мобилизационная подготовка;
территориальная оборона;
гражданская оборона;

ВВЕДЕНИЕ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ НА ТЕРРИТОРИИ РФ НАЧИНАЕТСЯ

с момента объявления состояния войны;
с момента фактического начала военных действий;
с введением на территории РФ военного положения;
все перечисленное выше;

ОБЩЕЕ РУКОВОДСТВО ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНОЙ В ОБЛАСТИ ИЛИ КРАЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

Центр по делам ГО и ЧС;
Комиссия по ГО и ЧС;
Специально уполномоченное лицо;

Законодательное собрание области;

Губернатор.

ВОЗРАСТ ГРАЖДАН, РФ МУЖСКОГО ПОЛА, КОТОРЫХ МОГУТ ЗАЧИСЛЯТЬ В НЕВОЕНИЗИРОВАННЫЕ ФОРМИРОВАНИЯ И СЛУЖБЫ ГО СОСТАВЛЯЕТ

18-27 лет;

20 - 45 лет;

16 - 60 лет

18-60 лет;

18-45 лет.

ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ И ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАЧ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ ПОВЫШАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВЕДЕНИЯ

повседневных мероприятий;

первоочередных мероприятий первой группы;

первоочередных мероприятий второй группы;

мероприятий общей готовности;

все перечисленное выше.

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРЕВОДУ ЭКОНОМИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЭКОНОМИКИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЭКОНОМИКИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ПЕРЕВОДУ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ, ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЙ НА РАБОТУ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ, ПЕРЕВОДУ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ДРУГИХ ВОЙСК, ВОИНСКИХ ФОРМИРОВАНИЙ, ОРГАНОВ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ НА ОРГАНИЗАЦИЮ И СОСТАВ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ- ЭТО

мобилизация;

мобилизационная подготовка;

военная подготовка;

гражданская оборона;

мероприятия ГО и ЧС.

МЕРОПРИЯТИЯ МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРОВОДЯТСЯ

в мирное время;

в военное время;

в рабочее время;

всегда;

после введения военного положения.

СОСТОЯНИЕ ВОЙНЫ В РФ ОБЪЯВЛЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ

в случае угрозы вооруженного нападения на РФ другого государства;

в случае вооруженного нападения на РФ другого государства или группы государств;

в случае возникновения чрезвычайной ситуации;

в случае угрозы проведения на территории РФ террористических актов;

НА УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В ОБЛАСТИ МОБИЛИЗАЦИИ, ВОЗЛОЖЕНО

разработка документов по планированию деятельности организации;

создание мобилизационных органов;

осуществление международного сотрудничества

выполнение мобилизационных заказов (заданий);

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РФ, ПОСТРАДАВШЕГО ОТ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭТИХ ДЕЙСТВИЙ ВОЗЛОЖЕНО

на МО РФ

на ВСМК

на МСГО

на ГВМУ

на МЗ РФ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, В СЛУЧАЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ, ВКЛЮЧАЕТ **лечебно-эвакуационные и санитарно-противоэпидемические мероприятия, медицинское снабжение, медицинскую защиту населения**

медицинское снабжение, этап медицинской эвакуации, путь медицинской эвакуации, медицинскую защиту.

лечебно-эвакуационные мероприятия, учет и отчетность, эвакуационное направление, медицинскую сортировку

санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, медицинское снабжение, вид медицинской помощи, объем медицинской помощи

повышение устойчивости тыла, сохранение промышленного потенциала страны, защиту населения в условиях военного времени

СОСТАВ МСГО ПРЕДСТАВЛЕН

областью, краем, республикой в составе РФ б. территорией города, городского района, сельского округа

руководством, органом управления, формированиями, учреждениями

головными больницами, многопрофильными и профилированными больницами органами управления и штабами МСГО

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОДЧИНЕННОСТИ, ФОРМИРОВАНИЯ МСГО ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ

на территориальные и производственные

на объектовые и территориальные

на производственные и объектовые

на территориально-производственные

на санитарные - гигиенические и лечебные

В СОСТАВ МСГО НА МЕСТНОМ УРОВНЕ ВХОДЯТ

силы и средства МСГО организаций

силы и средства МСГО на территории города, сельского района

силы и средства МСГО на территории субъектов РФ

силы и средства МСГО на территории всей РФ

формирования и учреждения

Первая и неотложная помощь

МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ПРИ ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ СОСТАВЛЯЕТ

2-3 минуты

4-5 минут

5-6 минут

до 30 минут +

ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЮТСЯ

нитевидный пульс на сонной артерии
отсутствие спонтанного дыхания +
отсутствие пульса на сонной артерии +
отсутствие сознания +

САМЫМ ЧАСТЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

асистолия
фибрилляция желудочков +
полная атриовентрикулярная блокада
экстремальная синусовая брадикардия

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

старческий возраст
травмы не совместимые с жизнью +
заведомо неизлечимые заболевания, в последней стадии развития +

ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

только клиническая смерть +
агония и предагональное состояние
все внезапно развившиеся терминальные состояния
клиническая смерть и биологическая смерть

СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ КОМПРЕССИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ВДУВАНИЯМИ ВОЗДУХА ПРИ СЛР, ПРОВОДИМОЙ 1 РЕАНИМАТОРОМ ДОЛЖНО БЫТЬ

1 вдох:5-6 компрессий
1-2 вдоха:6-8 компрессий
15 компрессий:2 вдоха
30 компрессий:2 вдоха +

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

постоянная одышка
приступообразная одышка
вынужденное положение больного во время приступа
приступы одышки с удлиненным выдохом +
"бочкообразная" грудная клетка

МАКСИМАЛЬНОЕ ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК, ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА СОСТАВЛЯЕТ

10 мин
30 мин +
1 час
3 мин

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

введение антигистаминных препаратов
наложение жгута
в/в введение преднизолона и адреналина +
п/к введение адреналина в место инъекции

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ
бледность кожи на фоне высокой температуры
заторможенность и вялость больного
гипотония, не поддающаяся лечению прессорными аминами +
гипотония, поддающихся лечению прессорными аминами

Дисциплина специальности
ГЕМАТОКРИТ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
26-30%
36-42%
*45-48%
49-52%
53-58%

ПРОГНОЗ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ОЧЕВИДЕН, ПРИ КОНЦЕНТРАЦИИ МОЧЕВИНЫ
НА ТРЕТЬИ СУТКИ ВЫШЕ НОРМЫ
на 50%
на 100%
на 150%
*на 200%
на 300%

РАЗВИТИЕ ДИССЕМНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ
(ДВС) НЕ СВЯЗАНО С
обширной травмой мягких тканей и скелета
массивными гемотрансфузиями
*трансфузией крови со сроком хранения от 2 до 3 дней в объеме 15% ОЦК больного
активацией калликреин-кининовой системы
замедлением кровотока

РАЗВИТИЮ ДИССЕМНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ
ПРИ МАССИВНОЙ ТРАВМЕ СПОСОБСТВУЕТ
снижение гемоглобина и гематокрита
анемия
лейкоцитоз
*накопление активного тромбопластина (тканевого, эритроцитарного)

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОКСИЯ У ПОСТРАДАВШИХ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ
альвеолярной гиповентиляции
нарушения вентиляционно-перфузионных отношений
внутрилегочного шунтирования венозной крови
*все ответы верны

ГИПЕРОСМОЛЯРНОСТЬ КРОВИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ
150 мосмоль/л
210 мосмоль/л
386 мосмоль/л
605 мосмоль/л
*1205 мосмоль/л

"ОСТРАЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКАЯ ЭНЗИМОПАТИЯ" У ПОСТРАДАВШИХ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

активизацией кининовой системы
активизацией протеолиза
активизацией коагулопатии
кардиотоксической реакцией
*все ответы верны

ТРАНСФУЗИЯ НЕСОВМЕСТИМОЙ КРОВИ ВЫЗЫВАЕТ

отек легких
тромбоз клубочков почек
диссеминированное внутрисосудистое свертывание
гемолитическую анемию
*поражение почечных канальцев

СЫВОРОТОЧНАЯ ГОМОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ПЕРЕЛИВАНИИ

цельной крови от одного донора
*крови или плазмы от многих доноров
плазмы от одного донора
эритроциты от одного донора
крови и плазмы от одного донора

СИНДРОМ "МАССИВНАЯ ТРАНСФУЗИЯ" ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ

*повышения артериального давления
сердечно-сосудистого коллапса
кровоточивости раны
почечно-печеночной недостаточности
полиорганной недостаточности

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ОБУСЛОВЛЕННЫ

механизмом травмы
*состоянием белковой матрицы кости
минерализацией кости

ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В РАННЕЙ ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ИГРАЮТ

макрофаги
*тромбоциты и тучные клетки
нейтрофилы
фибробласты

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ РЕШАЕТ ЗАДАЧИ

удаление нежизнеспособных и измененных тканей
снижение количества микробных тел в ране
вскрытие затеков
снижение интоксикации
*все ответы верны

ИСТОЩЕННОМУ РАНЕНОМУ С ПОНИЖЕННОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ И НЕЗАЖИВАЮЩЕЙ РАНОЙ СЛЕДУЕТ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ

*раневого истощения
сепсиса
септицемии

пиемии
септикопиемии

ПРАВИЛЬНОЕ НАЛОЖЕНИЕ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ УСЛОВИЕМ

жгут наложен как можно туго на конечности
жгут наложен с силой, вызывающей онемение в дистальном отделе конечности
*жгут наложен так туго, как только остановится кровотечение
жгут наложен так, что из раны слегка сочится кровь
жгут накладывается до передавливания мышц конечности

К АУТОПЛАСТИЧЕСКОЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

свободная кожная пластика расщепленным аутолооскутом
свободная кожная пластика полнослойным кожным аутолооскутом
аутопластика филатовским стеблем
пластика передвижным кожным аутолооскутом
*замещение дефекта кожи лиофилизированным кожным аллотрансплантатом

В ЛЕЧЕНИИ СТОЛБНЯКА В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ НЕ ПРИМЕНЯЮТ

противостолбнячную сыворотку внутримышечно и эндолумбально
*лидазу и кислород эндолумбально
миорелаксанты внутривенно
противостолбнячный g-глобулин внутримышечно
нейроплегические препараты внутримышечно и внутривенно

ПЕРЕВЯЗКУ СОСУДОВ ПРИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПО ПОВОДУ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ

*из дополнительного разреза проксимальнее
в ране, на протяжении
в области культи

СТАДИЯ ПРЕДВЕСТНИКОВ ПРИ БЕШЕНСТВЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ:

*длительность стадии предвестников 1-3 дня
*появление неприятных ощущений в области укуса или ослонения в виде жжения, тянущей боли, зуда, гипертензии кожи
резкая сонливость
повышенное слюноотделение, слуховые и зрительные галлюцинации
*беспричинная тревога
гидрофобия
*депрессия

ПУСКОВЫМ МОМЕНТОМ ПАТОЛОГИИ ПРИ СДАВЛЕНИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

*гиперкалиемия
плазмопотеря
выброс в кровяное русло катехоламинов
закупорка почечных петель миоглобином
резкое повышение осмолярности (до 400 мосмоль/л) крови

ТЯЖЕСТЬ СДАВЛЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ НЕ ЗАВИСИТ ОТ

силы сдавления
площади повреждения
длительности сдавления
*температуры тела пострадавшего
локализации (верхней или нижней конечности), массу мышечной ткани

ПЕРИОД РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ СДАВЛЕНИЯ НАСТУПАЕТ В ПЕРВЫЕ

8-10 дней
12-15 дней
20-25 дней
*30-45 дней
48-50 дней

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ВОЗНИКАЕТ

часто
очень часто
всегда
*редко
очень редко

ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ ИМЕЮТ МЕСТО ВСЕ, КРОМЕ

уменьшения объема циркулирующей крови
*скопления крови в мезентериальных сосудах, селезенке и печени
скопления крови в капиллярах мышц
скопления лимфы в протоках мышц
повышения проницаемости мембран

ИНТЕНСИВНОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ ПРИ АД, РАВНОМ 60 ММ РТ. СТ. В КОЛИЧЕСТВЕ 500-1000 МЛ В ПЕРВЫЕ 10-15 МИН ПОЗВОЛЯЕТ

*восполнить объем циркулирующей жидкости
уменьшить дефицит ОЦК
восполнить объем циркулирующей плазмы
восполнить глобулярный остаток
устранить интоксикацию

С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКТИРОВКИ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ ВВОДИТСЯ 4% РАСТВОР БИКАРБОНАТА НАТРИЯ НА КАЖДЫЕ 500 МЛ КРОВИ В КОЛИЧЕСТВЕ

*50 мл
100 мл
150 мл
200 мл
300 мл

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ПЕРЕЛОМА РЕЖЕ БЫВАЮТ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

медиальные и вертельные переломы бедра
переломы хирургической шейки плеча
*переломы позвоночника
переломы мыщелков большеберцовой кости

переломы лучевой кости в типичном месте

ОПЕРАЦИЯ ОТСЕЧЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ НА УРОВНЕ СУСТАВА НАЗЫВАЕТСЯ ампутацией

*экзартикуляцией

первичной хирургической обработкой

костнопластической операцией

фасциопластической операцией

ОСТЕОМИЕЛИТ С НАЛИЧИЕМ СЕПСИСА ИЛИ ПРИЗНАКАМИ АМИЛОИДОЗА ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ТРЕБУЕТ

многочисленных секвестрэктомий

костной пластики

ампутации как "калечащей" операции

*ампутации как "восстановительной" операции

СУТЬ ТЕСТА С.Ф.ГОДУНОВА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ НА ГОЛЕНИ, БЕДРЕ СОСТОИТ

в определении нарушения магистрального кровотока

в определении тромбоза магистрального сосуда

*во внутрикостном (внутривенном) введении новокаина, снятии жгута и по яркой гиперемии кожи в течение 5 минут устанавливается полноценность артериального магистрального кровотока системы микроциркуляции и уровня ампутации

во внутривенном введении сосудорасширяющих препаратов

СИНДРОМ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ УШИБАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ДАВЛЕНИЯ СПИННО-МОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ, РАВНОГО

100-120 мм вод. ст.

130-140 мм вод. ст.

180-210 мм вод. ст.

*220-240 мм вод. ст.

260-320 мм вод. ст.

ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА НА ФОНЕ ОТЕКА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОСТАЕТСЯ НЕ ВЫЯВЛЕННЫМ

кровотечение из решетчатой кости

ликворея

*перелом скуловой кости

перелом верхней челюсти

повреждение глазного яблока

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРОИСХОДЯТ ВСЛЕДСТВИЕ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН, ИСКЛЮЧАЯ

тяжелое коматозное состояние пострадавшего

*отсутствие данных люмбальной пункции

состояние алкогольного опьянения

отсутствие патогномоничных симптомов для большинства тяжелых повреждений

головного мозга

сочетание повреждений головного мозга с повреждениями внутренних органов и опорно-двигательного аппарата

ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ И ВО ВРЕМЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ В СТАЦИОНАР, ВРАЧ ДОЛЖЕН СДЕЛАТЬ ВСЕ, КРОМЕ восстановить дыхание, проходимость верхних дыхательных путей, сделать интубацию трахеи

*при необходимости произвести трахеостомию
сделать венопункцию и осуществить инфузию кровозаменителей
осуществить непрямой массаж сердца
сделать новокаиновую блокаду перелома костей конечности

У ПОСТРАДАВШИХ С УШИБОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ СОЧЕТАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

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

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ИЗМЕНЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА ВЫДЕЛЯЮТ ВСЕ, КРОМЕ

сотрясения спинного мозга
ушиба спинного мозга
*ротационного перекрута спинного мозга
сдавления спинного мозга
перерыва спинного мозга и кровоизлияния в спинной мозг (гематомиеэлии)

ПРИ ЛАМИНЭКТОМИИ В СВЯЗИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА ВЫПОЛНЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

резекции остистых отростков и дужек позвоночного столба с обнажением места повреждения спинного мозга
удаления сгустков крови, осколков кости
вправления вывиха или подвывиха позвонка
*сшивания разорванных нейронов
пластического восстановления удаленных структур

ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕРВА ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРОЯВЛЯЮТСЯ

гипертонусом мышц выше уровня ранения
*вялым параличом ниже уровня ранения
судорожным сокращением мышц ниже уровня ранения
усилением сухожильных и периостальных рефлексов ниже уровня ранения
перемежающимся гипер- и гипотонусом мышц ниже уровня ранения

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ВОЛОКНА ЛУЧЕВОГО НЕРВА ИННЕРВИРУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЫШЦЫ, КРОМЕ

трехглавой мышцы плеча
анконеуса
лучевых разгибателей кисти
*плечевой мышцы
локтевого разгибателя кисти

ПОРАЖЕНИЕ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО НЕРВА СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВСЕМИ ПРИВЕДЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, КРОМЕ

значительного затруднения приведения ноги
невозможности положить одну ногу на другую
затруднения поворота ноги кнаружи

*невозможности сгибания бедра и приподнимания туловища в лежащем положении
чувствительных расстройств, возникающих на внутренней поверхности бедра

КАУЗАЛГИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ЧАЩЕ ПОСЛЕ ранения бедренного нерва

*частичного повреждения срединного нерва
частичного повреждения малоберцового нерва
полного пересечения седалищного нерва
полного пересечения лучевого нерва

ПОД ТЕРМИНОМ "НЕВРОЛИЗ" ПОНИМАЮТ

выделение нерва из эпинеуральной оболочки

*выделение нерва из окружающих тканей и рубцов

выделение нерва из окружающих тканей и рубцов с иссечением перерожденной части без сшивания нерва

ДЛЯ СБЛИЖЕНИЯ КОНЦОВ ПРЕРВАННОГО НЕРВА ПРИ БОЛЬШИХ ДИАСТАЗАХ РЕКОМЕНДОВАНО

максимальное сгибание в суставах с целью уменьшения натяжения нерва
мобилизация центрального и периферического отрезка нерва на значительном протяжении

резекция кости с целью укорочения конечности

перекрестное соединение разноименных нервов

*правильного ответа нет

ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА ЯВЛЯЕТСЯ

венография

осциллография

*артериография

определение пульсации сосуда

аускультация

ЦИРКУЛЯРНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЕТСЯ

при сшивании артерии конец-в-конец

при сшивании артерии конец-в-бок

при сшивании вены конец-в-конец

*при всех перечисленных способах

ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРОТИВОПОКАЗАНО

рентгенография грудной клетки

зондирование раны грудной клетки

измерение центрального венозного давления

*выявление симптома Бирнера

перкуссия грудной клетки

ПО МЕХАНИЗМУ "СДВИГА" ЧАЩЕ ЛОМАЮТСЯ РЕБРА

1-2

2-4

5-7

7-9

*8-12

ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ВСЕ, КРОМЕ

массивный гемоторакс

клапанный или напряженный пневмоторакс

тампонаду сердца

*контузионный пневмонит

$PaCO_2 = 60$ мм вод. ст.

ДИАГНОЗ УШИБЫ СЕРДЦА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, ИСКЛЮЧАЯ

данные ЭКГ

* PO_2 и PCO_2 венозной крови

ферменты плазмы крови (АСТ, ЛЛГ, ЛДТ)

изменение границ сердца

неустойчивую гемодинамику и отсутствие отчетливой гемодинамики на инфузионную и медикаментозную терапию

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ "ТИПИЧНОЙ" ТОРАКОТОМИИ ОПТИМАЛЬНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

положение больного на спине с приподнятой поврежденной стороной,

*положение больного на здоровом боку,

*эндотрахеальный наркоз,

перидуральная анестезия с дачей закиси азота,

*переднебоковой разрез по 4-му или 5-му межреберью

переднебоковой разрез по 6-му или 7-му межреберью

разрез следует вести по нижнему краю ребра

*выступающий край широчайшей мышцы спины отслаивают и оттягивают кнаружи

ПРИ НАЛИЧИИ У ПОСТРАДАВШЕГО НАРУЖНОГО ОТКРЫТОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

введение больному морфина,

*вагосимпатическая блокада по А.В.Вишневскому,

*первичная хирургическая обработка раны грудной клетки,

*наложение окклюзионной повязки на рану грудной клетки до первичной хирургической обработки,

дренирование плевральной полости в межреберье расположения раны грудной клетки

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПОКАЗЫВАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ГРУДИ СО СРЕДНИМ ГЕМОТОРАКСОМ ПРИ ВВЕДЕНИИ ПЛАЗМОЗАМЕНЯЮЩИХ РАСТВОРОВ В ДОЗЕ

300-500 мл в течение суток

600-800 мл в течение суток

*1000-1500 мл в течение суток

1800-2400 мл в течение суток

2600-3200 мл в течение суток

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ РЕБЕР В СОЧЕТАНИИ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

вагосимпатическая новокаиновая блокада по А.В.Вишневскому

*обезболивание закистью азота с эфиром через маску

трахеостомия

паравертебральная новокаиновая блокада

плевральная пункция

ДИАГНОЗ ПЕРЕЛОМА ЗУБА ВТОРОГО ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА
УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВЕ СПОНДИЛОГРАММЫ

в передне-задней проекции

*в боковой (профильной) проекции

в аксимальной или полуаксимальной проекции

*в передне-задней через открытый рот

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
ПОКАЗАНО ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ

перелома, сопровождающегося повреждением спинного мозга

перелома, сопровождающегося повреждением корешков спинного мозга

тяжелого многооскольчатого перелома тела позвонка, межпозвоночного диска с

нарушением оси позвоночника

взрывного перелома тела позвонка с повреждением двух дисков

*компрессионного перелома тела со снижением высоты менее, чем на 1/4

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО С ПЕРЕЛОМОМ ПОЯСНИЧНОГО ПОЗВОНКА
ВЫТЯЖЕНИЕМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

поднятием ножного конца кровати и фиксации стоп

*поднятием головного конца кровати и фиксации пострадавшего петлями за

подмышечные впадины

фиксацией петель Глиссона за головку и грузом в 6 кг

фиксацией таза специальным лифчиком и тягами по оси

наложением на грудную клетку специального жилета и тягой к голове

НЕ ОТНОСИТСЯ К ТРАВМЕ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

перелом дна вертлужной впадины

перелом верхней губы вертлужной впадины

*перелом основания лонной кости

центральный подвывих бедра

центральный вывих головки бедра

ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ КОСТЕЙ ТАЗА РЕЖЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

продолжающееся артериальное и венозное кровотечение

гнойные затеки в мягкие ткани

остеомиелитический процесс в костях таза

*образование несросшихся переломов костей таза

анаэробная инфекция

ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ ТРАВМАХ СУХОЖИЛИЙ ПРОИСХОДИТ РАЗРЫВ

*сухожилий разгибателей пальцев кисти

сухожилий разгибателей пальцев стопы
сухожилий четырехглавой мышцы бедра
сухожилий длинной головки двуглавой мышцы плеча
ахиллова сухожилия

АВУЛЬСИВНЫЙ (ОТРЫВНОЙ) ПЕРЕЛОМ ТАЗА ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ ТРАВМЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИВОДЯЩИХ МЫШЦ БЕДРА

длинной приводящей мышцы бедра
*большой приводящей мышцы бедра
малой приводящей мышцы бедра
короткой приводящей мышцы бедра
стройной (нежной) приводящей мышцы бедра

ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КОСЫХ МЫШЦ ЖИВОТА ИМЕЮТ МЕСТО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

сильного мышечного напряжения передней брюшной стенки
усиления боли при кашле, перемене положения тела
*частого возникновения повреждений у теннисистов, боксеров, ватерполистов и рапиристов
боли при пальпации по ходу косых мышц живота
кровоизлияния по ходу поврежденных мышц

ЧАСТОТА ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ СРЕДИ ВСЕХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

1-3%
*3-15%
30%
50%

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ОТЛОМОК ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ ЛОПАТКИ СМЕЩАЕТСЯ

кверху и внутри
*книзу и кнаружи
кнаружи и кверху
кнаружи и книзу
ротационно

ЧАСТЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕЛОМ

головки
анатомической шейки
бугорков
*хирургической шейки

ДЛЯ "ЭПОЛЕТНОГО" (АКСИАЛЬНОГО РЕНТГЕНОВСКОГО СНИМКА) ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧО ОТВОДИТСЯ

10-20 градусов
*30-40 градусов
50-60 градусов
90 градусов

ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА ПЛЕЧА ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ

*деротационные наkostные пластинки
различные внутрикостные штифты
винты
проволока

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧА В НИЖНЕЙ ТРЕТИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ
СРЕДИННОГО НЕРВА, ВОЗНИКАЕТ РАССТРОЙСТВО ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

4 и 5 пальцев

во 2-м пальце

только в 1-м пальце

только в 3-м пальце

*в 1, 2, 3 пальцах кисти и внутренней поверхности 4 пальца

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ РЕЗКО ОГРАНИЧЕНЫ

сгибание предплечья

разгибание предплечья

*вращение предплечья

все перечисленные виды движения

ВЫВИХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

признаком Маркса

*симптомом "треугольной подушки"

симптомом "клавиши"

пружинящим движением в плечевом поясе

ПОСЛЕ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА ГРУДИННОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ
ИММОБИЛИЗАЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

в отведении плеча на 90 градусов

*в сгибании плеча на 90 градусов

во внутренней ротации плеча

в наружной ротации плеча

ПЛЕЧО ПРИ ВНУТРИКЛЮВОВИДНОМ ВЫВИХЕ КАЖЕТСЯ

удлиненным

*укороченным

длина не изменена

деформированным

ЗАСТАРЕЛЫЕ ЗАДНИЕ ВЫВИХИ НЕ ВПРАВЛЯЮТСЯ УЖЕ ЧЕРЕЗ

*1.5 месяца

2 месяца

3 месяца

4 месяца

5 месяцев

ЗАСТАРЕЛЫМ ВЫВИХОМ ПЛЕЧА СЧИТАЕТСЯ ВЫВИХ ДАВНОСТЬЮ

до 2 недель

1 неделя

3 недели

4 недели

*свыше 4 недель

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ

1 месяц
*2 месяца
3-5 месяцев
8-10 месяцев

ПОСЛЕ ОДНОМОМЕНТНОГО ЗАКРЫТОГО ВПРАВЛЕНИЯ ПЕРИЛУНАРНОГО ВЫВИХА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

1-2 недели
2-3 недели
3-4 недели
4-5 недель
*5-6 недель

ВЫВИХОМ ЧАЩЕ ВСЕГО СОПРОВОЖДАЕТСЯ

внутрисуставной перелом дистальной головки пястной кости
*перелом типа Беннета - основания 1-й пястной кости
околосуставной перелом дистального отдела 5-й пястной кости
околосуставной перелом проксимального отдела 5-й пястной кости
перелом диафиза 5-й пястной кости

ПЕРЕЛОМЫ БОЛЬШОГО И МАЛОГО ВЕРТЕЛОВ ВОЗМОЖНЫ ПРИ

падении на ноги
падении на область ягодиц
сдавлении таза в передне-заднем направлении
сдавлении таза с боков
*падении на область тазобедренного сустава

АКТИВИЗАЦИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ВОЗМОЖНА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВСЕГО, КРОМЕ

введения обезболивающих средств
первичной хирургической обработки раны и фиксации отломков
наложения гипсовой повязки с тазовым поясом
оперативного лечения (остеосинтеза) или наложения аппарата Илизарова
*наложения скелетного вытяжения за мышечки бедра

НЕПРАВИЛЬНЫЙ ПОДБОР ФИКСАТОРА ПРИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ БЕДРА МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ПРИЧИНОЙ ОСЛОЖНЕНИЙ, КРОМЕ

проникновения штифта в коленный сустав
перелома фиксатора
заклинивания фиксатора в костном отломке
*перфорации стенки кости
образования трещин в кости

ПОВРЕЖДЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО МЫШЦЕЛКА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ, ПРИ ЧРЕЗМЕРНОЙ АДДУКЦИИ, СОПРОВОЖДАЕТСЯ

повреждением боковых связок коленного сустава
повреждением крестообразных связок
повреждением боковых и крестообразных связок
*повреждением наружной малоберцовой связки, передней крестообразной связки и внутреннего мениска

повреждением боковых и крестообразных связок мениска

ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ СО СМЕЩЕНИЕМ СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ НАКЛАДЫВАЮТ

за пяточную кость

за надлодыжечную область

за таранную кость

ПРИ ВИНТООБРАЗНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ СО СМЕЩЕНИЕМ ИМЕЕТ МЕСТО ВСЕ, КРОМЕ

типичного смещения отломков

сложных анатомических соотношений отломков

острых штыкообразных отломков

значительно выраженного повреждения мягких тканей

*частого отсутствия интерпозиции мягких тканей

ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

первичная хирургическая обработка, репозиция перелома, наложение разрезной гипсовой повязки от верхней трети бедра до кончиков пальцев стопы

первичная хирургическая обработка, наложение скелетного вытяжения

*остеосинтез, если имеется материально-техническая база, подготовленные кадры

*наложение компрессионно-дистракционного аппарата после первичной хирургической обработки

ПРИ ОТКЛОНЕНИИ ГОЛЕНИ ВО ФРОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ОТ СРЕДНЕЙ ЛИНИИ ВОВНУТРЬ НА 3-5 ГРАДУСОВ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ

полное повреждение внутренней боковой связки коленного сустава

частичное повреждение внутренней боковой связки коленного сустава

*частичное повреждение наружной боковой связки коленного сустава

полный разрыв наружной боковой связки коленного сустава

частичный разрыв крестообразных связок

ДЛЯ ГЕМАРТРОЗА ГОЛЕННОСТОПНОГО СУСТАВА ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

кровоподтек

боль

нарушение функции конечности

*скопление крови в полости сустава

разрыв межберцового синдесмоза

ОБРАЗОВАНИЕ ВТОРИЧНОГО СМЕЩЕНИЯ ПРИ ЛОДЫЖЕЧНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ВОЗМОЖНО ВСЕ, КРОМЕ

*спадения травматического шока

использования первичной циркулярной повязки

плохого моделирования гипсовой повязки

применения ЛФК

ранней осевой нагрузки

ПРИ ПРОНАЦИОННОМ ТРЕХЛОДЫЖЕЧНОМ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХЕ ГОЛЕННОСТОПНОГО СУСТАВА, В ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКЕ, СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ

1 месяц
2 месяца
*2.5-3 месяца
4 месяца

СРОК ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ТРЕХЛОДЫЖЕЧНОМ СУПИНАЦИОННОМ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХЕ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА СОСТАВЛЯЕТ

1 месяц
2 месяца
3 месяца
*4-5 месяцев
6 месяцев

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ ТАРАННОЙ КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ НАГРУЗКА НА НОГУ РАЗРЕШАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

1 месяц
2 месяца
3 месяца
4 месяца
*10-12 недель

ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КУБОВИДНОЙ И КЛИНОВИДНЫХ КОСТЕЙ СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ В ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКЕ СОСТАВЛЯЕТ

3 недели
4 недели
*4-6 недель
6-8 недель
9-10 недель

К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭЛЕМЕНТАМ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

*полного удаления всех микробных тел из области открытого перелома
радикального иссечения всех нежизнеспособных тканей и травмированных тканей
уменьшения на несколько порядков количества микробов, сгустков крови и инородных тел в ране
тщательного гемостаза, рассечения, фасциальных влагиалищ мышц
устойчивого остеосинтеза отломков кости

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЮ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

стерилизация раны путем иссечения скальпелем
превращения случайной раны в "хирургическую" с целью ее закрытия
*удаление всех нежизнеспособных и сомнительных тканей с целью ликвидации питательной среды для развития микробной флоры (инфекции)
освежение краев раны и удаление из нее сгустков и инородных тел
придание ране правильной формы с целью ее пластического закрытия местными тканями

К МНОЖЕСТВЕННЫМ ПЕРЕЛОМАМ ОТНОСЯТСЯ

повреждения двух и более анатомо-функциональных областей опорно-двигательного аппарата
два и более переломов в пределах одного сегмента

два и более переломов в пределах одной конечности
два и более переломов двух и более конечностей
*все перечисленное

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ, ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ

от 3 до 8%
от 15 до 19%
от 21 до 25%
*от 40 до 55%
от 56% и выше

ДЛЯ «РЕЛЬСОВОЙ» ТРАВМЫ ХАРАКТЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ

повреждение таза и открытый перелом бедра
*повреждение нижних конечностей в виде размозжения и отрыва их сегментов
множественных переломов костей таза в сочетании с переломом костей верхних конечностей
повреждение грудной клетки с переломом грудного отдела позвоночника
перелом поясничного отдела позвоночника в сочетании с черепно-мозговой травмой и травмой органов брюшной полости

ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЗАТРУДНЕНА ВСЛЕДСТВИЕ

*общего тяжелого состояния вследствие шока или комы
*искажения типичной клинической картины при повреждении нескольких сегментов и органов
невозможности применения многих из специальных инструментальных методов диагностики у больного с политравмой

ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА НЕОБХОДИМО ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ ОБРАЩАТЬ

на больных с сочетанной травмой головного мозга
на больных с сочетанной травмой позвоночника
на больных с сочетанной травмой, полученной в состоянии алкогольного опьянения
*на всех перечисленных больных

ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ И ТРАВМЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА БЛАГОПРИЯТНЫМИ СРОКАМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ СРОКИ, КРОМЕ

первые 48 часов
*первые 7 суток
8-21 суток
через три недели после травмы

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАХ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ЛЕЧЕБНЫХ ПРЕПАРАТОВ:

*липостабил,
гордокс,

*гепарин,
тзалол,
*алкоголь,
*стероидные гормоны

ОЖОГОВЫЙ ШОК ПО ВИДУ ОТНОСИТСЯ

к бактериальному
*к гиповолемическому
к анафилактическому
к травматическому

«АРТРОСКОПИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА»

ВПЕРВЫЕ ИССЛЕДОВАЛ ПОЛОСТЬ КОЛЕННОГО СУСТАВА:

*Такарди
Мелтзинг
Берси
Штарк
Бивэн

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ОСУЩЕСТВЛЕНО ВПЕРВЫЕ:

*В 1918 г
В 1919 г
В 1920 г
В 1927 г
В 1936 г

АРТРОСКОП БЫЛ СКОНСТРУИРОВАН:

*В 1920 г
В 1930 г
В 1931 г
В 1936 г
В 1948 г

ФОТОГРАФИРОВАНИЕ ЧЕРЕЗ АРТРОСКОП БЫЛО ВПЕРВЫЕ ВЫПОЛНЕНО:

В 1918 г
*В 1932 г
В 1936 г
В 1947 г
В 1951 г

ВПЕРВЫЕ В НАШЕЙ СТРАНЕ ПРОВЕЛ ЭНДОСКОПИЮ КОЛЕННОГО СУСТАВА:

А.А.Петерсон
Ш.И.Шалимов
Ю.Р.Панцырев
В.Р.Свейко
*О.А.Ушаков

ТРОАКАР АРТРОСКОПА ВВОДЯТ В ПОЛОСТЬ СУСТАВА ПОД УГЛОМ:

30-35°
40-45°
50-60°

70-80°
*90-100°

СТИЛЕТ В ПОЛОСТЬ КОЛЕННОГО СУСТАВА ВВОДЯТ ПОД УГЛОМ:

40-45°
50-60°
90-120°
*170-175°
150-160°

РАСТВОР, ВВОДИМЫЙ ПРИ АРТРОСКОПИИ В ПОЛОСТЬ СУСТАВА:

Дистиллированная вода
Физиологический раствор
*Изотонический раствор хлорида натрия
Новокаин 0.25%
Новокаин 0.5%

ПОКАЗАНИЯМИ К АРТРОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ:

Неясную клинику повреждения коленного сустава
Жалобы на дискомфорт в суставе после оперативных вмешательств
Острую травму и гемартроз коленного сустава
Подозрение на травму мениска
*Наличие инфекционного процесса в коленном суставе

РАЗГИБАНИЕ И СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ — ЭТО ДВИЖЕНИЯ

*в сагитальной плоскости
во фронтальной плоскости
в аксиальной плоскости
внутреннее движение вокруг продольной оси
наружное движение вокруг продольной оси

ПОЛНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДВИЖЕНИЙ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА НАСТУПАЕТ

через 1 месяц
через 2 месяца
*через 3 месяца
через полгода
через год

БОЛЕЗНЬ ГОФФА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

*гиперплазии жировых складок коленного сустава
хронического течения
блокад коленного сустава
боли при нагрузке на стопу при выпрямленной ноге в лежачем положении
всего перечисленного

ПОВРЕЖДЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО МЫШЦЕЛКА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ, ПРИ ЧРЕЗМЕРНОЙ АДДУКЦИИ, СОПРОВОЖДАЕТСЯ

повреждением боковых связок коленного сустава
повреждением крестообразных связок
повреждением боковых и крестообразных связок

*повреждением наружной малоберцовой связки, передней крестообразной связки и внутреннего мениска
повреждением боковых и крестообразных связок мениска

ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ СО СМЕЩЕНИЕМ СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ НАКЛАДЫВАЮТ

*за пяточную кость
за надлодыжечную область
за таранную кость

ПРИ ВИНТООБРАЗНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ СО СМЕЩЕНИЕМ ИМЕЕТ МЕСТО ВСЕ, КРОМЕ

типичного смещения отломков
сложных анатомических соотношений отломков
острых штыкообразных отломков
значительно выраженного повреждения мягких тканей
*частого отсутствия интерпозиции мягких тканей

ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

первичная хирургическая обработка, репозиция перелома, наложение разрезной гипсовой повязки от верхней трети бедра до кончиков пальцев стопы
первичная хирургическая обработка, наложение скелетного вытяжения
*остеосинтез, если имеется материально-техническая база, подготовленные кадры
*наложение компрессионно-дистракционного аппарата после первичной хирургической обработки

ПРИ ОТКЛОНЕНИИ ГОЛЕНИ ВО ФРОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ОТ СРЕДНЕЙ ЛИНИИ ВОВНУТРЬ НА 3-5 ГРАДУСОВ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ

полное повреждение внутренней боковой связки коленного сустава
частичное повреждение внутренней боковой связки коленного сустава
*частичное повреждение наружной боковой связки коленного сустава
полный разрыв наружной боковой связки коленного сустава
частичный разрыв крестообразных связок

АНТЕРОЛАТЕРАЛЬНЫЙ ПОРТ ФОРМИРУЕТСЯ В ОБЛАСТИ

*латерального мягкого пятна ниже 10 мм
выше надколенника
ниже надколенника
латерального мягкого пятна

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПОРТОВ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

*высоту стояния надколенника
ширину суставной щели
положение надколенника

ЗАДНЕЛАТЕРАЛЬНЫЙ ПОРТ ОПАСЕН

*риском повреждения большеберцового нерва
риском повреждения общего малоберцового нерва
сложностью осмотра сустава
сложностью манипулирования в суставе

НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ АРТРОСКОПИИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

повторное рентгенологическое обследование

*повторное физикальное исследование

повторное МРТ исследование

повторное тестирование сустава

«БЛОКИРУЮЩИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ»

БЛОКИРУЮЩИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Суть метода блокирующего остеосинтеза

фиксация перелома стержнем

фиксация перелома особыми винтами

*фиксация перелома стержнем с винтами через отверстия

фиксация перелома стержнем через отверстия

ОСОБЕННОСТЬЮ МЕТОДА ЯВЛЯЕТСЯ

быстрота выполнения операции

*малоинвазивность

травматичность

простота

ОПЕРАЦИОННАЯ ТРАВМА ПРИ БЛОКИРУЮЩЕМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ

*незначительная

значительная

зависит от типа перелома

не зависит от типа перелома

БЛОКИРУЕМЫЙ СТЕРЖЕНЬ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА

нестабильных переломов

стабильных переломов

метадиафизарных переломов

*всех диафизарных переломов

ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ

р-графию в одной проекции с линейкой

р-графию в 2 проекциях с линейкой

*р-графию поврежденного и здорового сегмента с линейкой

р-графию поврежденного сегмента с линейкой

ДЛЯ СБОРКИ СИСТЕМЫ КОНДУКТОРА – НАПРАВИТЕЛЬ - СТЕРЖЕНЬ СЛЕДУЕТ

*вставить втулку кондуктора в кондуктор

вставить фигурную гайку

вставить винт стяжку

вставить ключ комбинированный

ДЛЯ ТОЧНОСТИ НАВИГАЦИИ НЕОБХОДИМО ПОДВЕСТИ ТРОАКАР

к втулке

к фигурной гайке

*к отверстию конца стержня

к риске кондуктора

ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО НА СТОЛЕ ПРИ БЛОКИРУЮЩЕМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

на боку

*на спине

на животе

зависит от перелома

ВСКРЫТИЕ КАНАЛА ЛОКТЕВОЙ КОСТИ ПРОИЗВОДИТСЯ

на локтевом отростке

*по задней поверхности локтевого отростка

по передней поверхности локтевого отростка

не имеет значения

ВВЕДЕНИЕ СПИЦЫ В ЛУЧЕВУЮ КОСТЬ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПОД УГЛОМ

15- 20 гр

20-25гр

*20-30 гр

30-35гр

КОСТНО-МОЗГОВОЙ КАНАЛ ВСКРЫВАЕТСЯ И РАССВЕРЛИВАЕТСЯ НА ГЛУБИНУ

*1-2 см

2-3 см

3-4 см

4-5 см

ФОРМИРОВАНИЕ КАНАЛА ПРОИЗВОДИТСЯ

дрелью

шилом

*разверткой

спицей

ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФОРМЫ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ СТЕРЖЕНЬ

укорачивается

удлинняется

*моделируется

изгибается

С ПОМОЩЬЮ ЭОП ПРИ БЛОКИРУЮЩЕМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ КОНТРОЛИРУЕТСЯ

*костные отломки

кондуктор

стержень

спицы

ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ ОТЛОМКОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ

кондуктор-направитель

стержень

*шило

винт- стяжка

ПРОДВИЖЕНИЕ СТЕРЖНЯ ОБЛЕГЧАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

*импактора

кондуктора
винта-стяжки
шила

ДИСТАЛЬНОЕ И ПРОКСИМАЛЬНОЕ БЛОКИРОВАНИЕ ВИНТАМИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ
по шилу
по втулке
*по кондуктору –направителю
по спице

В ОТВЕРСТИЕ КОНДУКТОРА НАПРАВИТЕЛЯ ВСТАВЛЯЕТСЯ
*втулка –проводник
троакар
спица
винт

ТРОАКАР ВВОДИТСЯ ДО УПОРА
с втулкой
с направителем
*с кортикалом кости
с губчатой костью

ПОСЛЕ БЛОКИРОВАНИЯ НЕОБХОДИМО
*удалить направитель
закрепить направитель
дренировать операционную рану
ввести антибиотик

«БЛОКИРУЮЩИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ
НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ»

ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ВНУТРЕННЕГО ОСТЕОСИНТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ
*анатомическая репозиция
стабильная наружная фиксация
удовлетворительная позиция фрагментов
поздняя безболезненная функция конечности

ШТИФТ RHN ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ:
диафиза плечевой кости
костей предплечья
*подвертельных переломах
большеберцовой кости

РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ
умеренно атрофические
умеренно гипертрофические
с выраженной атрофией
*гипертрофические

САМОБЛОКИРУЮЩИЕСЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЕ ШТИФТЫ СИСТЕМЫ FIXION
упрощают операцию
удлиняют операцию

*сокращают операцию
на продолжительность операции не влияют

БЛОКИРУЮЩИЙ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ (БИОС) ПОЗВОЛЯЕТ

*раннюю нагрузку
раннюю выписку
избежать инвалидности
упростить операцию

ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПОДВЕРТЕЛЬНОГО ПЕРЕЛОМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

пластина DHS
Г-образную пластину
*угловая клинковая пластина
Гамма-штифт

ЩДУ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ РАВЕН:

120-1260
*127-1300
135-1400
141-1450

ЧРЕСКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПОЗВОЛЯЕТ

раннюю нагрузку
избежать применения дополнительной опоры
обнажать место перелома
*не обнажать место перелома

ВЕРОЯТНО ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ТРАВМАХ
ТАЗА

перелом седалищных костей
перелом крестца
*перелом по типу "бабочки"
перелом лонных костей

СИМПТОМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА

*паралич межкостных мышц, полая стопа
стопа отвисает кзади
чувствительные расстройства на тыльной поверхности стопы
атрофия передней большеберцовой мышцы

В КЛАССИФИКАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ
ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

медиальных
субкапитальных и шеечных
латеральных
*подвертельных

ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА КРОМЕ

закрытого остеосинтеза различными металлоконструкциями
открытого остеосинтеза металлоконструкциями
остеосинтеза ауто-и аллотрансплантатами
*открытой репозиции отломков и фиксации гипсовой повязкой

ОТКРЫТЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ШЕЙКИ БЕДРА ОБЛАДАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВАМИ, КРОМЕ

*менее травматичен

позволяет точно сопоставить отломки

позволяет правильно провести фиксатор

прочно скрепить отломки

ФИКСАЦИЯ ОТЛОМКОВ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЕЛОВ НЕ ПРОВОДИТСЯ

*компрессионно-дистракционными и стержневыми аппаратами

спицы и упорные площадки

металлические штифты и шурупы

костные штифты

НЕПРАВИЛЬНЫЙ ПОДБОР ФИКСАТОРА ПО РАЗМЕРАМ ПРИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ БЕДРА МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ПРИЧИНОЙ ВСЕХ СЛЕДУЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ, КРОМЕ

проникновения штифта в коленный сустав

перелома фиксатора

заклинивания фиксатора в костном отломке

*перфорации стенки кости

ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВИНТООБРАЗНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

гипсовая повязка

скелетное вытяжение + гипсовая повязка

компрессионно-дистракционный метод

*операция остеосинтеза

ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ПРИЧИНОЙ ОСЛОЖНЕНИЙ, КРОМЕ

шока и кровопотери

жировой эмболии

ложного сустава

*деформирующего артроза коленного сустава

ВЕРТЕЛЬНЫЕ (ЛАТЕРАЛЬНЫЕ) ПЕРЕЛОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

субкапитальный

базальный

транскервикальный

*межвертельный, чрезвертельный

ВИДЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ПО УСТОЙЧИВОСТИ ФИКСАЦИИ ОТЛОМКОВ

интрамедуллярный и стабильный

экстрамедуллярный и стабильный

стабильный и репозиционный

*блокирующий и стабильный

ПРИЧИНОЙ ЗАМЕДЛЕННОЙ КОНСОЛИДАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

*недостаточная иммобилизация и кровообращение

ранняя нагрузка

поздняя нагрузка
остеопороз

«ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ»

ИСТЕЧЕНИЕ ЛИКВОРА В НОСОВУЮ ПОЛОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

*основания черепа в области передней черепной ямки
при переломе височной кости
основания черепа в области задней черепной ямки
при переломе скуловой кости

КНИКОТОМИЮ ПРОВОДЯТ НА УРОВНЕ

между перстневидным и щитовидным хрящами
*между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом
ниже гортани
через перстневидный хрящ

ОСТЕОСИНТЕЗ БЕДРЕННОЙ КОСТИ БОЛЬНОМУ С УШИБОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНО ПРОИЗВЕСТИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ВПЕРВЫЕ СПУСТЯ

*48 - 72 часов
3 - 6 часов
12 - 24 часов
4 - 6 суток

СРОЧНО ОПЕРИРОВАТЬ СЛЕДУЕТ

*загрудинный вывих ключицы с нарушением дыхания
загрудинный вывих ключицы
предгрудинный вывих ключицы
надгрудинный вывих ключицы

ПОСЛЕ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА ПЛЕЧО СЛЕДУЕТ ФИКСИРОВАТЬ С ПОМОЩЬЮ

гипсовой повязки
мягкой повязки
косыночной повязки
*торако-брахиальной повязки

РАННЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКОЙ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАБОТКА

*в первые 6 часов после травмы
спустя 12 часов после травмы
до 18 часов после травмы
через 24 - 36 часов после травмы

ОТСРОЧЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ИНФИЦИРОВАННОЙ РАНЫ – ЭТО ОБРАБОТКА ЕЕ В ПЕРИОД

24 - 48 часов после травмы
*спустя 6 часов после травмы
до 18 часов после травмы
18 - 24 часа после травмы

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НАБЛЮДАЮТСЯ ТАКИЕ СИМПТОМЫ, КАК

- *крепитация при движениях в шейном отделе и боли при глотании
- заикание
- диплопия
- онемение в пальцах стоп

ПОВРЕЖДЕНИЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВСТРЕЧАЕТСЯ

- *при нырянии
- при резком активном повороте головы
- при чихании
- при резком кашле

ВЫВИХИ ПОЗВОНКОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- *в шейном отделе позвоночника
- в грудном отделе позвоночника
- в поясничном отделе позвоночника
- в крестце

ХЛЫСТОВАЯ ТРАВМА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- *дорожно-транспортных происшествиях (удар машиной сзади)
- нырянии
- ударе по голове сверху
- падении с высоты

ПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА -

- *нестабильный перелом
- стабильный перелом
- небольшая компрессия тела позвонка
- разрыв заднего связочного комплекса

ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА

- *на щите
- сидя в кресле-каталке
- полусидя в автомобиле
- в корсете

СИМПТОМАТИКА ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА ВКЛЮЧАЕТ

- *нарушение кожной чувствительности, сухожильно-мышечных рефлексов и функции тазовых органов
- нарушение кожной чувствительности туловища и конечностей
- нарушение функции тазовых органов, нарушение кожной чувствительности туловища и конечностей

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- *при разрушениях зданий
- падении с высоты
- автомобильных авариях
- подводных работах на глубине

СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

*сдавления конечности значительной тяжестью (тяжелая плита, стена дома)
удара тяжелым предметом
сдавления циркулярной гипсовой повязкой
сдавления тесной одеждой

ПРИ РАНЕНИИ РЕЖУЩИМ ПРЕДМЕТОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ НЕРВА И КРОВЕНОСНОГО СОСУДА ИМЕЕТ МЕСТО В ОБЛАСТИ

*предплечья
плеча
бедра
голени

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО С ПЕРЕЛОМОМ ПОЯСНИЧНОГО ПОЗВОНКА ВЫТЯЖЕНИЕМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ

поднятия головного конца кровати и фиксации пострадавшего петлями за подмышечные впадины
фиксации петлю Глиссона за голову и грузом в 6 кг
*фиксации таза специальным лифчиком и тягами по оси
наложения на грудную клетку специального жилета и тягой к голове

В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИМЕНЯЮТСЯ

*стяжка за остистые отростки лавсановой лентой, стяжка за дужки при помощи фиксатора Ткаченко, стяжка за остистые отростки при помощи фиксатора Цивьяна-Рамиха
стяжка за дужки при помощи фиксатора Ткаченко, замена сломанного позвонка ксенопротезом, стяжка за остистые отростки лавсановой лентой
стяжка за остистые отростки при помощи фиксатора Цивьяна-Рамиха, замена сломанного позвонка ксенопротезом
стяжка за остистые отростки лавсановой лентой, замена сломанного позвонка ксенопротезом, стяжка за остистые отростки при помощи фиксатора Цивьяна-Рамиха

ЧАЩЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ПОВРЕЖДАЮТСЯ

уретра, простатическая ее часть
простата у мужчин и яичники у женщин
дистальная часть мочеиспускательного канала
*мочевой пузырь

ОТРЫВ ПРЯМОЙ МЫШЦЫ БЕДРА ПРОИСХОДИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ОБЛАСТИ

*передней нижней ости подвздошной кости
верхнего полюса надколенника
седалищного бугра
передней верхней ости подвздошной кости

ДЛЯ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ ХАРАКТЕРНО

*над ключицей деформация и припухлость, увеличение расстояние от позвоночника до медиального края лопатки на стороне повреждения,
сглаженность надключичной ямки
над ключицей деформация и припухлость, верхняя конечность приподнята вверх и смещена кзади

надключичная ямка сглажена, верхняя конечность приподнята вверх и смещена кзади, надключицей деформация и припухлость
расстояние от позвоночника до медиального края лопатки увеличено на стороне повреждения, верхняя конечность приподнята вверх и смещена кзади, надключичная ямка сглажена

ПРИ ВНУТРИСУСТАВНОМ ПЕРЕЛОМЕ ЛОПАТКИ ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

отводящая шина

*гипсовая повязка Дезо

мягкая повязка Дезо

гипсовая повязки по Турнеру

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕЛОМ

*хирургической шейки

бугорков

анатомической шейки

головки

ТОРАКОЦЕНТЕЗ СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ

*при осложненном переломе ребер

при простом переломе ребер

при сложном переломе ребер

при переломе тела грудины

ДЛЯ БЛОКАДЫ ПО А.В.ВИШНЕВСКОМУ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР НОВОКАИНА КОНЦЕНТРАЦИИ

*0, 25 %

0, 1 %

0, 5 %

1, 0 %

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН ЯВЛЯЕТСЯ

*иссечение всех нежизнеспособных тканей и создание «бесплодной каменистой почвы для развития микробной инвазии»

стерилизация ран скальпелем

удаление инородных тел и сгустков крови

возможность сделать края кожи и подлежащих тканей ровными

РАЗВИТИЕ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ (ДВС) В ОСНОВНОМ СВЯЗАНО С

обширной травмой мягких тканей и скелета

*массивными гемотранфузиями

активацией калликреин-кининовой системы

трансфузий крови со сроком хранения от 2 до 3 дней в объеме 15 % объема

циркулирующей крови больного

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО

должно соблюдаться количественное жидкостное равенство

потерянная кровь замещается только цельной кровью

кровь должна переливаться только по жизненным показаниям

*кровопотеря должна восполняться кровозамещающими жидкостями и компонентами крови

ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА НА КОНЕЧНОСТЬ ПРИ ВЕНОЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ

*наложение жгута дистальнее раны

наложение жгута на подкладку или одежду

давление жгута с силой, достаточной для остановки кровотечения

возможность незначительного кровотечения из раны после наложения жгута

ПРИ СДАВЛЕНИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ПОЧКАХ РАЗВИВАЮТСЯ

выраженные патологические изменения в дистальных извитых канальцах

выраженные патологические изменения в восходящих петлях Генле

*забитость кровяными цилиндрами из миоглобина канальцев

отек капсулы почки

ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА -

потеря большого объема плазмы

потеря большого объема крови

*сильное болевое раздражение

повреждение подкорковых структур головного мозга

К ФАЗАМ ШОКА ОТНОСИТСЯ

*эректильная

острая

скрытая

переходная

ДЛЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО

уменьшение объема циркулирующей крови

*повышение проницаемости мембран

скопление крови в капиллярах мышц

скопление крови в мезентериальных сосудах, селезенке и печени

НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ, ОСЛОЖНЕННЫХ ШОКОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

*ДВС (диссеминированной внутрисосудистой свертываемостью)

уменьшением капиллярной перфузии и вазодилатацией

локальными нарушениями обмена веществ с метаболическим ацидозом, повышением свертываемости крови

увеличением капиллярной перфузии и гемодилюцией

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НЕ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧИТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О

коллапсе, ателектазе легкого

смещении средостения

гемотораксе

*хилотораксе

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ

*изучения характера перелома
изучения лимфотека
контроля за эффективностью лечения
диагностики сдавления сосудисто-нервного пучка

ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ЦИРКУЛЯРНОЙ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ НА КОНЕЧНОСТЬ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ

образование пролежней
судороги

*сдавление нервных стволов с дальнейшим образованием невритов и фолькмановской
контрактуры на верхней конечности
гибели всей сапрофитной кожной микрофлоры с дальнейшим замещением ее грибков

АБСОЛЮТНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ВЫВИХА ЯВЛЯЕТСЯ

*симптом пружинистого сопротивления
нарушение функции
укорочение
вынужденное положение конечности

ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХЕ БЕДРА НЕОБХОДИМО

*наложить скелетное вытяжение за большой вертел, затем за мыщелки бедра
наложить скелетное вытяжение за большой вертел на весь период лечения
наложить скелетное вытяжение за мыщелки бедра, при неэффективности - за большой
вертел
наложить скелетное вытяжение за мыщелки бедра

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА, ОТНОСЯЩИЕСЯ К МНОЖЕСТВЕННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ, — ЭТО

*перелом костей стопы и голени
переломы обеих костей голени
переломы лонной, подвздошной костей
перелом ребер с разрывом легкого

ТРАВМЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СОЧЕТАННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ, — ЭТО

*перелом ребер и разрыв легкого
переломы обеих костей голени
переломы лонной, подвздошной и седалищной костей
перелом костей стопы и голени

ШОКОВЫЙ ИНДЕКС /ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА-БУРРИ, ОРИЕНТИРОВОЧНО ПОКАЗЫВАЮЩИЙ ВЕЛИЧИНУ ДЕФИЦИТА ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЕМОЙ КРОВИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

*отношением пульса к артериальному давлению
суммой пульса и артериального давления
отношением артериального давления к пульсу
перемножением пульса и артериального давления

ПО ВИДУ РАНЕВОГО КАНАЛА ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА

диагональное ранение, тангенциальное ранение, сквозное ранение
диагональное ранение, проникающее ранение больших полушарий, сквозное ранение
тангенциальное ранение, проникающее ранение больших полушарий

*сквозное ранение, проникающее ранение больших полушарий, тангенциальное ранение

У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ (УШИБ ГОЛОВНОГО МОЗГА) НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО ПРОГНОЗА СОЧЕТАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

*перелом II и III ребер с гемопневмотораксом

закрытый поперечный перелом диафиза плечевой кости в средней трети со смещением отломков

закрытый косой перелом обеих костей голени в верхней трети со смещением отломков

перелом костей таза с нарушением переднего полукольца

ДТП ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПО ДАННЫМ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СМЕРТИ В ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ

10 - 24 лет

0 - 18 лет

*18 - 45 лет

46 - 80 лет

ПРИ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СДАВЛЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ ВАРИАНТ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ

*повторная потеря сознания в остром периоде черепно-мозговой

в момент травмы с отсутствием сознания в течение 2 - 3 суток

кратковременная потеря сознания

в момент травмы с постепенным восстановлением сознания

ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕВРЫ И ТКАНИ ЛЕГКОГО ПРИ ПЕРЕЛОМЕ РЕБЕР НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

*резкой загрудинной боли

подкожной эмфиземы

пневмоторакса

кровохарканья

В СЛУЧАЕ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ И ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПОКАЗАНЫ

*при клапанном напряженном пневмотораксе

при ограниченном закрытом пневмотораксе

при явлениях подкожной эмфиземы

при свернувшемся гемотораксе

ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ ПРОИЗВОДИТСЯ

*во 2-м межреберье по срединно-ключичной линии

в 4-м межреберье по срединно-ключичной линии

в 6-м межреберье по средне-аксиллярной линии

в 6-м межреберье по задне-аксиллярной линии

ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ПРИ ГЕМОТОРАКСЕ ПРОИЗВОДИТСЯ

*в 7 - 8-м межреберье по передне- или средне-аксиллярной линии

в 4-м межреберье по передне-аксиллярной линии

в 4-м межреберье по задне-аксиллярной линии

во 2-м межреберье по срединно-ключичной линии

ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ПОКАЗАНО

*немедленное дренирование плевральной полости
искусственная вентиляция легких
торакотомия
торакоскопия

ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ТАЗА ПОКАЗАНА

*блокада по Селиванову-Школьникову
местная анестезия по А.В.Вишневскому
обезболивание наркотическими средствами
проводниковая анестезия

ПЕРЕЛОМЫ ЛОДЫЖЕК, СОЧЕТАЮЩИЕСЯ С ПЕРЕЛОМАМИ ПЕРЕДНЕГО ИЛИ ЗАДНЕГО КРАЕВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ, ИЗВЕСТНЫ КАК

переломы Десто
переломы Мальгенья
*переломы Дюпюитрена
переломы Потта

ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИАФИЗА ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОСТЕОСИНТЕЗА НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

*чрескостный остеосинтез по Илизарову
интрамедуллярный остеосинтез
накостный остеосинтез
скелетное вытяжение

ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СДАВЛЕНИИ СВЫШЕ 6 ЧАСОВ ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ

в отделение реанимации
в отделение хирургии
*в отделение гемодиализа
в отделение травматологии

НОВОКАИН ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

*инфильтрационной анестезии
проводниковой анестезии
внутрилигаментарной анестезии
внутрипериодонтальной анестезии

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛЕЖНЕЙ –

*применение противопролежневых матрацев, ежедневный туалет кожи, повороты в кровати каждые 2 - 3 часа
повороты в кровати 2 раза в сутки, обтирание кожи антисептиками
повороты в кровати через каждые 6 часов, обтирание кожи раздражающими растворами
обработка кожи антисептиками, раздражающими растворами, массаж

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЗА ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

*ранняя активизация, назначение антиагрегантов, применение компрессионного трикотажа или эластичных бинтов
частое наложение жгутов на нижние конечности на короткое время

одномоментная внутривенная водная нагрузка с последующим обильным питьем жидкостей
иглорефлексотерапия с профилактической целью

В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ СРЕДСТВ ПРИМЕНЯЮТСЯ

*кордиамин, адреналин, гидрокортизон
кордиамин, азаметония бромид («Пентамин»), гидрокортизон
адреналин, азаметония бромид («Пентамин»)
гидрокортизон, азаметония бромид («Пентамин»), кордиамин

ПЕРЕЛИВАНИЕ НЕСОВМЕСТИМОЙ КРОВИ ВЫЗЫВАЕТ

*диссеминированное внутрисосудистое свертывание
гемолитическую анемию

поражение почечных канальцев
тромбоз клубочков почек

ПРАВИЛЬНО НАЛОЖЕННЫЙ ЖГУТ

наложен так туго, как только остановится кровотечение
*наложен так, что из раны слегка сочится кровь
накладывается до сдавливания мышц конечности
наложен как можно туже на конечности

К ПОНЯТИЮ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ ОТНОСИТСЯ

*рассечение и иссечение раны, удаление сгустков крови, дренирование раны, восстановительная операция
удаление из раны инородных тел, обработка раны антисептиками, дренирование раны
промывание раны, введение в мягкие ткани антибиотиков
смазывание краев раны йодом, наложение повязки, введение внутримышечно антибиотиков

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ

*токсикоз, отек, газообразование, боль в ране,
боль в ране, анестезия в области раны, гипертермия
отек, газообразование, гипертермия
токсикоз, анестезия в области раны, гипертермия

ДЛЯ ГЕМАРТРОЗА ГОЛЕННОСТОПНОГО СУСТАВА ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

*скопление крови в полости сустава
нарушение функции конечности
боль
кровоподтек

КОЛИЧЕСТВО МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА (НОВОКАИНА), ИСПОЛЬЗУЕМОГО ДЛЯ БЛОКАДЫ ПЕРЕЛОМА НА ФОНЕ ШОКА, ПО СРАВНЕНИЮ С ОБЫЧНОЙ ДОЗИРОВКОЙ, ДОЛЖНО БЫТЬ

уменьшено
увеличено
существенно не меняется
*новокаин при шоке как местный анестетик желательно не использовать

МЕТОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАСТВОРА НОВОКАИНА, РАЗРАБОТАННЫЙ А.В.ВИШНЕВСКИМ, НАЗЫВАЕТСЯ

*вагосимпатическая блокада, поясничная блокада, футлярная блокада
футлярная блокада, блокада переднего средостения, поясничная блокада
поясничная блокада, блокада переднего средостения, вагосимпатическая блокада
вагосимпатическая блокада, блокада переднего средостения

ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОСТОЯНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА, ЯВЛЯЕТСЯ

*эндотрахеальный наркоз
масочный и ингаляционный наркоз фторотаном
внутривенный наркоз
местная анестезия

ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

*паравертебральная блокада и эпидуральная анестезия
масочный наркоз анестезия
блокада области перелома
наркотические анальгетики

В ТЕРАПИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ НАПРАВЛЯЮТСЯ НА

восстановление газообмена, обезболивание
*восстановление объема циркулирующей крови, обезболивание
обезболивание, ликвидацию диспротеинемии
ликвидацию диспротеинемии, нормализацию гематокрита

В БОРЬБЕ С КРОВОПОТЕРЕЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЕ БОЛЬШУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

*количество потерянной крови, скорость кровотока, сроки радикального гемостаза,
характер инфузионной терапии, сроки восполнения кровопотери
количество потерянной крови, скорость кровотока
скорость кровотока, сроки радикального гемостаза
характер инфузионной терапии, сроки восполнения кровопотери

НАРУШЕНИЯ ГАЗООБМЕНА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ МОГУТ ВОЗНИКАТЬ НА УРОВНЕ

*тканевого дыхания, метаболизма клеток, тканевого дыхания, метаболизма клеток,
внешнего дыхания
тканевого дыхания, метаболизма клеток, внешнего дыхания
крови, внешнего дыхания
внешнего дыхания

ФАКТОРЫ, СНИЖАЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ

*склероз периферических сосудов, коронарокардиосклероз, нарушения функции проводящей системы сердца, пороки сердца, снижение адаптационных механизмов нейроэндокринной системы
коронарокардиосклероз, нарушения функции проводящей системы сердца
пороки сердца, снижение адаптационных механизмов нейроэндокринной системы

нарушения функции проводящей системы сердца, пороки сердца

ДЛЯ БОРЬБЫ С ОСТАНОВКОЙ СЕРДЦА ПРИМЕНЯЕТСЯ

*10 %-ный раствор хлористого кальция, 40 %-ный раствор глюкозы и инсулин, 10 %-ный раствор новокаина

10 %-ный раствор новокаина, 25 %-ный раствор сернокислой магнезии

40 %-ный раствор глюкозы и инсулин, 25 %-ный раствор сернокислой магнезии, 10 %-ный раствор хлористого кальция

10 %-ный раствор хлористого кальция, 25 %-ный раствор сернокислой магнезии

ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

*нарушения дыхания вследствие расстройства кровообращения и газообмена (инфаркт миокарда, остановка сердца, шок, кровопотеря, отравление цианистыми соединениями, угарным газом и т.д.), полной или частичной непроходимости дыхательных путей, пребывания в атмосфере с низким содержанием кислорода, воспаления легких, ушиба легких и подобное, множественных переломов ребер, сдавления груди, утопления, судорожных состояний

множественных переломов ребер, сдавления груди, утопления, судорожных состояний, наличия множественных скальпированных ран в области грудной клетки, нарушения дыхания вследствие расстройства кровообращения и газообмена (инфаркт миокарда, остановка сердца, шок, кровопотеря, отравление цианистыми соединениями, угарным газом и подобное),

полной или частичной непроходимости дыхательных путей, пребывания в атмосфере с низким содержанием кислорода, воспаления легких, ушиба легких и подобное, наличия множественных скальпированных ран в области грудной клетки

нарушения дыхания вследствие расстройства кровообращения и газообмена (инфаркт миокарда, остановка сердца, шок, кровопотеря, отравление цианистыми соединениями, угарным газом и подобное), наличия множественных скальпированных ран в области грудной клетки

ГЛАВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

изменения ритма дыхания, сопровождающиеся синюшностью губ, лица, коматозным состоянием, очень частого поверхностного дыхания, возбуждения и спутанного сознания, остановка дыхания (апноэ)

остановка дыхания (апноэ), слегка учащенное дыхание, но резкая бледность лица и падение артериального давления и пульса

*очень частое поверхностное дыхания, возбуждение и спутанное сознание, слегка учащенное дыхание, но резкая бледность лица и падение артериального давления и пульса, изменение ритма дыхания, сопровождающиеся синюшностью губ, лица, коматозное состояние

изменения ритма дыхания, сопровождающиеся синюшностью губ, лица, коматозное состояние, слегка учащенного дыхания, но резкой бледностью лица и падение артериального давления и пульса

«ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ СУСТАВОВ КОНЕЧНОСТЕЙ»

УСЛОВИЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ЭНДПРОТЕЗИРОВАНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

дополнительная опора

массаж

*ходьба по 10 мин 2 раза в день

ЛФК в постели

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

- *вывих бедра
- перелом бедра
- перелом ножки эндопротеза
- инфекция области вмешательства

ПРИ ПОЯВЛЕНИИ КРОВИ ВО ВРЕМЯ УСТАНОВКИ ЧАШКИ ЭНДОПРОТЕЗА СЛЕДУЕТ

- произвести гемостаз
- удалить чашку
- удалить цемент
- *повторно установить чашку

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП ЦЕЛЕСООБРАЗЕН ПРИ

- *одномыщелковом эндопротезировании
- стремлении пациента к оптимальному косметическому результату;
- тотальном эндопротезировании при незначительной фронтальной деформации;
- тотальном эндопротезировании при хорошей амплитуде движений

ВЫПОЛНЕНИЕ РАЗРЕЗА В ПОЛОЖЕНИИ СГИБАНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ

- *обнажить удерживатель надколенника
- уменьшить риск отрыва связки надколенника;
- избежать сложности расширения доступа в случае необходимости;
- предупредить сложности вывихивания или ротации надколенник

ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ АРТРОТОМИИ ЖИРОВОЕ ТЕЛО

- иссекается полностью
- *иссекаются участки, ограничивающие визуализацию внутрисуставных структур
- сохраняется полностью
- иссекается частично

ПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ЛАТЕРАЛЬНОГО ДОСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

- *вальгусная деформация с подвывихом/вывихом надколенника
- выраженная сгибательная контрактура;
- нефиксированная варусная деформация;
- фиксированная варусная деформация.

ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ АРТРОТОМИИ СИНОВИАЛЬНУЮ ОБОЛОЧКУ

- иссекают полностью
- *иссекают участки с выраженным воспалением
- сохраняют полностью
- иссекают при ограниченной видимости

ПРИ РАСШИРЕННОМ ДОСТУПЕ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ИММОБИЛИЗАЦИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОКАЗАНА

- всегда;
- никогда;
- *показания зависят от состояния четырехглавой мышцы

редко

ПРИ СТАНДАРТНОМ ДОСТУПЕ ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТА РЕКОМЕНДОВАНА

после завершения действия анестезии

*с 3-х суток;

С 1 суток

2-х суток.

с 4 суток

ПРИ СТАНДАРТНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ДОСТУПЕ ДВИЖЕНИЯ В СУСТАВЕ РЕКОМЕНДОВАНО НАЧИНАТЬ

после завершения действия анестезии;

*с 3-х суток;

со 2-х суток.

с 4 суток

с в зависимости от состояния пациента

ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВИД И СРОК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ОПОРЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

видом хирургического доступа;

выраженностью болевого синдрома;

*достигнутой амплитудой движений в суставе;

индексом массы тела пациента

ПРЕИМУЩЕСТВАМИ ДОСТУПА С СОХРАНЕНИЕМ M. VASTUS MEDIALIS (SUBVASTUS) НЕ ЯВЛЯЮТСЯ

*быстрее восстанавливается функция сустава в сравнении со стандартной артротомией
легкое расширение доступа

минимальный риск отрыва связки надколенника

нет необходимости в полном отсечении и мобилизации m. vastus medialis

ПРЕИМУЩЕСТВАМИ МЕНЕЕ ИНВАЗИВНЫХ ДОСТУПОВ ЯВЛЯЮТСЯ

*быстрое восстановление амплитуды движений

увеличение количества ошибок в пространственном расположении компонентов
сокращение продолжительности операции

уменьшение болевого синдрома в после вертикализации

ПРИ СТАНДАРТНОМ МЕДИАЛЬНОМ ДОСТУПЕ

*вывих надколенника происходит без затруднений

расширение доступа осложнено проксимально

не сохраняется непрерывность разгибательного аппарата

нечеткая визуализация суставных структур

ПРИ МЕДИАЛЬНОЙ АРТРОТОМИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО МОБИЛИЗОВАТЬ КОЖНО- ПОДКОЖНЫЙ ЛОСКУТ

латеральный;

лоскуты запрещено мобилизовать;

*медиальный

медиальный и латеральный

ПРИ ОСТЕОТОМИИ БУГРИСТОСТИ Б/БЕРЦОВОЙ КОСТИ ОСТЕОТОМИРОВАННЫЙ ФРАГМЕНТ

0-12 см;
2-4 см;
5-7 см;
*8-10 см.

ПРИ В ОСТЕОТОМИИ БУГРИСТОСТИ Б/ КОСТИ ШИРИНА ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТИ ФРАГМЕНТА

1 см;
*2 см;
3 см;
4 см.

ПРИ МЕНЕЕ ИНВАЗИВНОМ ДОСТУПЕ ОСНОВНОЕ ВНИМАНИЕ УДЕЛЯЕТСЯ длине кожного разреза;
доступности применения резекторных блоков уменьшенного размера;
*использованию принципа «скользящего окна»
одновременному доступу ко всем отделам сустава.

ПРИ ПРОДОЛЬНЫХ РУБЦАХ В ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА БЕЗОПАСНОЕ РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ РУБЦАМИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОЖНОГО РАЗРЕЗА СОСТАВЛЯЕТ

2-3 см;
3-4 см;
*5-6 см
7-8см

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Пострадавший упал, катаясь на горных лыжах. При падении подвернул левую ногу кнаружи: самостоятельно встать из-за боли не смог. Доставлен попутной машиной в травмпункт с импровизированной иммобилизацией левой голени (отломок лыжи). При осмотре резкая болезненность при пальпации в области нижней трети левой большеберцовой кости и верхней трети малоберцовой кости, отечность, деформация, подвижность.

Ваш предположительный диагноз, методы обследования и лечения.

Девочка начала ходить в 1 год и 2 месяца. Походка неустойчивая («утиная»), наружная ротация левой ноги, симптом Тренделенбурга, поясничный гиперлордоз.

Сформулируйте предположительный диагноз, укажите методы диагностики и лечения.

Молодой пациент, получил травму во время игры в футбол. Через 2 часа обратился к травматологу с жалобами на боли в области

голеностопного сустава, на мыски встать не может, положительный симптом Томпсона.

Сформулируйте предположительный диагноз, укажите методы диагностики и лечения.

Пациент 25 лет, мотоциклетная травма, при поступлении уровень сознания кома 1, анизокория справа, АД 110/70 мм.рт.ст. При визуальном осмотре деформация бедра справа по типу «голифе», крепитация костных отломков, при нагрузке на реберный каркас крепитация костных отломков справа на уровне 5-8 ребер по среднеключичной линии, подкожная эмфизема справа, дыхание не проводится, при нагрузке на кости патологическая подвижность при осевой нагрузке.

Укажите предположительные повреждения, Какие методы обследования необходимо выполнить для установки правильного диагноза? Предложите лечебную тактику. Какие манипуляции следует выполнить в первую очередь?

Пациентка Л., 89 лет, упала дома. Бригадой СМП доставлен в больницу. Жалобы на сильные боли в области верхней трети левого бедра. При осмотре левая нижняя конечность укорочена на 2 см, ротирована кнаружи. Положительный симптом «прилипшей пятки». Пациентка худощавая, без психических отклонений. До травмы была активна, гуляла на улице, сама себя обслуживала.

Ваш предположительный диагноз (о каком повреждении может свидетельствовать данная клиническая картина); какие методы обследования необходимо выполнить для установки правильного диагноза; предложите лечебную тактику в зависимости от диагноза.

Рабочий Ф., 23 лет, поступил в приемное отделение по каналу СМП. Из анамнеза: на работе упал с высоты 2,5 м. Приземлился на правую руку. Сразу же почувствовал сильные боли в области правого плеча. Объективно: кожный покров не поврежден, область правого плеча деформирована, в средней трети определяется отечность мягких тканей, гематома. При пальпации выявляется крепитация костных отломков и патологическая подвижность. Острых нейротрофических расстройств не обнаружено.

Ваш предположительный диагноз, методы обследования и лечения.

Пациент Т., 32 лет, находится на осмотре у врача-травматолога в приемном отделении, доставлен по каналу СМП после ДТП. Из анамнеза: после автоаварии появились сильные боли в средней трети правого плеча, ощущение хруста. Объективно: кожный покров не поврежден, активное разгибание в правом лучезапястном суставе и пальцах отсутствуют после травмы. Определяется гематома и патологическая подвижность в области

правого плеча. Ваш предположительный диагноз, методы обследования и лечения.

Пациент Р, 36 лет, находится в приемном отделении многопрофильного стационара, поступил по каналу СМП. Из анамнеза: около трех часов назад упал, катаясь на коньках, с высоты роста на правую руку. Хронические заболевания отрицает. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, по органам без особенностей. Кожный покров бледный, теплый, влажный. Правая верхняя конечность иммобилизована транспортной шиной, локтевой сустав в среднефизиологическом положении сгибания; по снятии иммобилизации отмечается значительный отёк и деформация локтевого сустава, треугольник и линия Гюнтнера нарушены, активные и пассивные движения в локтевом суставе резко ограничены болевым синдромом. При пальпации отмечается костная крепитация, патологическая подвижность. Острых нейроциркуляторных расстройств в конечности на момент осмотра не выявляется.

Ваш предположительный первичный диагноз, методы обследования и лечения.

Пациентка З, 73 лет, находится в приемном отделении клинической больницы, доставлена по каналу СМП. Из анамнеза: около четырех часов назад оступилась, упала на улице с упором на левую руку. Самостоятельно обратилась в районный травмпункт, откуда направлена транспортом СМП в приемное отделение клинической больницы. Хронические заболевания: отрицает, по органам без особенностей. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожный покров обычной окраски и влажности. Левый локтевой сустав деформирован, имеется обширный кровоподтек на внутренней поверхности сустава. Движения в локтевом суставе резко болезненны, определяется симптом пружинящего сопротивления, крепитации костных отломков не выявляется. Острых нейроциркуляторных расстройств в конечности на момент осмотра не выявляется. ЧСС 82 в минуту, АД 135/75.

Ваш предположительный диагноз, методы обследования и лечения.

Пациент В, 39 лет, находится в районном травмпункте. Из анамнеза: около двух часов назад поскользнулся на улице, упал на правый локтевой сустав, сразу отметил выраженный болевой синдром. Самотеком обратился в травмпункт. Хронические заболевания: отрицает, по органам без особенностей. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. Правый локтевой сустав деформирован, имеется кровоподтек на задней поверхности сустава. Движения в локтевом суставе резко ограничены болевым синдромом, активное разгибание предплечья отсутствует, определяется западение при пальпации между верхушкой локтевого отростка и локтевой костью. Треугольник Гютера нарушен. Острых

нейроциркуляторных расстройств в конечности на момент осмотра не выявляется.

Ваш предположительный диагноз, методы обследования и лечения.

Пациент М 6 лет получил травму, при падении во время прыжков на батуте. Первая помощь оказана по месту травмы – иммобилизация импровизированной шиной из картона. Родителями ребенок доставлен в травматологическое отделение районной больницы. При осмотре отмечается выраженный отек и болезненность в проекции правого локтевого сустава. Рука в положение разгибания в локтевом суставе, попытка активных и движений в локтевом суставе резко болезненна. Кожные покровы не повреждены, по передней поверхности локтевого сустава имеется гематома. Пальцы на кисти теплые, розовые, имеется нарушение отведения 1 пальца кисти и сгибания 2 пальца кисти.

Ваш предположительный диагноз, методы обследования и лечения.

Осмотр в декретированные сроки в возрасте 1 месяц. Родители ребенка жалоб не предъявляют. При осмотре: голова по средней линии, движения в шейном отделе позвоночника в полном объеме. Верхние конечности симметричны. Ось позвоночника правильная. Нижние конечности визуально одинаковой длины. Имеется значительно выраженное ограничение отведения в левом тазобедренном суставе, напряжены при отведении бедра приводящие мышцы слева, умеренно выражена асимметрия ягодичных складок. Головки обеих бедер пальпируются в скарповском треугольнике.

Ваш предположительный диагноз, методы обследования, тактика лечения.

Осмотр в возрасте 3 недель. Жалобы родителей на деформацию обеих стоп. При осмотре отмечается бобовидная деформация обеих стоп. Пятки подтянуты, эквинус 110 градусов, находятся в варусном положении. Отмечается значительное приведение передних отделов обеих стоп. При попытке устранить деформацию мануально, стопы в положение коррекции не выводятся.

Ваш диагноз, тактика лечения, предположительные сроки лечения.

Пациент 6 лет. Жалобы на хромоту на правую ногу, четко локализовать боль не может. Со слов родителей хромота проявляется периодически в течение последних 4 месяцев. При осмотре – походка с хромотой на правую ногу. Имеется относительное укорочение правой нижней конечности на 1 см. гипотрофия мышц правой нижней конечности. Движения в правом голеностопном и коленном суставах в полном объеме, безболезненные. Имеется ограничение сгибания до 90 градусов в правом тазобедренном суставе, резко ограничена и болезненна внутренняя ротация

в правом тазобедренном суставе. Разведение в тазобедренных суставах асимметрично – значительно меньше справа.

Ваш диагноз, дообследование, тактика лечения.

На приеме ребенок 4 лет с умеренно хромотой на левую ногу. Со слов родителей периодически жалуется на боли в левой ножке. Из анамнеза известно что в возрасте 1 месяца установлен диагноз дисплазия левого тазобедренного сустава, однако лечение не проводилось. При осмотре ребенок ходит с умеренной хромотой на левую ногу. Имеется относительное укорочение левой нижней конечности на 2 см. Отмечается избыточная внутренняя ротация в левом тазобедренном суставе, гипотрофия ягодичных мышц слева.

Ваш предположительный диагноз, какой симптом мы забыли отметить при осмотре больного. Какие рентгенограммы Вы назначите данному пациенту. Консервативное или хирургическое лечение следует выбрать в данном случае.

Балерина, 25 лет, во время прыжка почувствовала резкую боль в области пяточного бугра.

При осмотре имеется припухлость по задней поверхности голеностопного сустава и нижней трети голени. Активное сгибание стопы резко ослаблено. Больная не может встать на пальцы стопы.

На рентгенограмме голеностопного сустава костно-травматических изменений не выявлено.

1. Назовите наиболее вероятный диагноз повреждения, основываясь на механизме травмы и результатах клинического и рентгенологического исследования.
2. Какой дополнительный клинический симптом характерен для данного повреждения и как он называется по автору.
3. Какие дополнительные методы исследования помогают подтвердить данный диагноз.
4. Что помогло исключить рентгенологическое исследование.
5. Какие основные методы лечения этого повреждения.

Больной М., 28 лет, доставлен в больницу бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение многопрофильной больницы после падения с высоты 5 этажа на выпрямленные ноги.

Жалобы на боли в области обеих пяток. При поступлении: пациент в сознании, со стабильной гемодинамикой.

При осмотре и клиническом обследовании определяется резкая болезненность при пальпации в области пяток.

1. Назовите предположительный диагноз повреждения.
2. Какие еще повреждения при подобном механизме травмы следует иметь в виду.
3. Какие основные задачи при клиническом обследовании и дополнительных методах исследования необходимо решить при таком механизме травмы.

Врач-ортопед у новорожденного 14 дней обнаружил клинические симптомы дисплазии тазобедренного сустава. Для уточнения диагноза врач сделал рентгенографию тазобедренных суставов и, осмотрев эту рентгенограмму, врач-ортопед составил схему Хильгенрейнера.

1. Какие рентгенологические признаки дисплазии тазобедренного сустава обнаружил врач-ортопед.

2. Какие признаки дисплазии тазобедренного сустава обнаружил врач-ортопед на схеме Хильгенрейнера.

У ребенка 3-х месяцев диагностирован врожденный вывих правого бедра- выявлены клинические симптомы заболевания и рентгенологические признаки.

Какие морфологические изменения тазобедренного сустава и проксимального конца бедра характерны для врожденного вывиха бедра.

1. Что вы обнаружите в вертлужной впадине?

2. Что вы обнаружите в области головки бедра?

3. Что вы обнаружите в области проксимального конца бедра?

Врач-ортопед у новорожденного 10 дней обнаружил ассиметрию кожных складок на левом бедре, укорочение левой ножки, наружную ротацию левой ножки, ограничение отведения левой ножки в тазобедренном суставе, симптом «щелчка».

1. Какую врожденную деформацию можно заподозрить у новорожденного ребенка.

2. Какие дополнительные исследования необходимы и возможны для уточнения диагноза.

3. Как по авторам называется симптом «щелчка».

4. Какие рентгенологические симптомы обнаружил врач-ортопед.

Больная 53 лет, обратилась с жалобами ощущение препятствия при попытке сгибания 4 пальца правой кисти и ощущение щелчка у основания пальца в момент его сгибания. Периодически (преимущественно по утрам) отмечает фиксацию пальца в положении сгибания с невозможностью его разгибания в течении нескольких минут. Из анамнеза выяснено: ощущение препятствия при попытке сгибания 4 пальца появилось около года назад. Месяц назад прошла курс консервативного лечения, включающее ЛФК, физиотерапию – без улучшения. При осмотре: умеренный отек у основания 4-го пальца, локальная болезненность при пальпации, при попытке сгибания 4 пальца у его основания определяется «щелчок». Чувствительность, кровоснабжение не нарушены.

Ваш предположительный диагноз

Какие методы обследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза? Каких симптомов стоит ожидать при прогрессировании заболевания?

Какова тактика лечения данного пациента?

Больная 60 лет. Жалобы на ночные боли в области запястья с иррадиацией в 1-3 пальцы правой кисти, нарушение чувствительности в дистальных фалангах 1-3 пальцев, снижение силы кисти. Больна 4 года. Периодически - 1 раз в пол-года в течение последних 3-х лет получала консервативное лечение, включающее физиотерапию с незначительным последующим улучшением (временно снижалась интенсивность болевого синдрома). В течении последнего года боли усилились. 6 месяцев назад была проведена местная инъекционная терапия (препараты НПВС). Улучшение временное (на 3 недели), после чего боли усилились.

При осмотре отека, деформации правой кисти нет, отмечается снижение силы захвата по сравнению с левой кистью; чувствительность в области тенара и на дистальных фалангах 1-3 пальцев снижена. Кровоснабжение не нарушено.

Ваш предположительный диагноз

Какие методы обследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?

Чем вызвано снижение чувствительности в области тенара и на дистальных фалангах 1-3 пальцев?

Какова тактика лечения данного пациента?

Какие инструментальные исследования необходимо провести при данном заболевании?

Больной 78 лет. Жалобы на наличие подкожных рубцов и на ладонной поверхности кисти и ограничение разгибания 4 пальца. Со слов больного эти симптомы беспокоят на протяжении 5 лет, в последнее время ограничение разгибания 4 пальца увеличилось. Из анамнеза выяснено, что подобные симптомы наблюдались у отца пациента. При осмотре: на ладонной поверхности кисти в дистальной трети ладони в проекции 3 и 4 пястных костей под кожей определяются плотные безболезненные узлы, распространяющиеся на проксимальную фалангу 4 пальца. Сгибание 4 пальца в проксимальном пястно- фаланговом суставе (как активное, так и пассивное) ограничено до 70 градусов. Движения 1-3 и 5 пальцев в полном объеме, чувствительность, кровоснабжение не нарушены.

Ваш предположительный диагноз Какова степень заболевания? Какого исхода можно ожидать при отсутствии лечения?

Укажите наиболее верную тактику лечения у данного пациента.

Является ли возраст пациента противопоказанием к хирургическому лечению?

Мужчина 28 лет, получил травму при падении с упором на ладонь во время игры в футбол. Через 4 часа обратился к травматологу с жалобами на умеренную боль в области запястья. При осмотре отека нет. Движения в полном объеме, умеренная локальная болезненность у основания 1 пальца в области «анатомической табакерки». На рентгенограмме в 2 проекциях костно-травматических повреждений не выявлено.

Сформулируйте предварительный диагноз. Укажите тактику дальнейшего ведения пациента, методы лечения. Как правильно наложить гипсовую лонгету при переломе ладьевидной кости?

Мужчина 33 лет, получил травму при падении с упором на основание кисти в состоянии тыльной флексии. Обратился к травматологу через 8 часов после травмы с жалобами на боль и отсутствие движений в лучезапястном суставе. При осмотре отек, деформация, подкожные кровоизлияния в области запястья. Движения в лучезапястном суставе отсутствуют, в пальцах кисти ограничены, болезненны. отек, гематома. нет. На рентгенограмме определяется смещение всех костей запястья к тылу относительно полулунной кости.

Сформулируйте диагноз.

Разрыв каких связок кистевого сустава происходит при этом повреждении? Укажите тактику лечения.

Больной Х 25 лет, травма в результате ДТП, получил удар в область правого бедра. Резкие боли в области паха. При осмотре: правая нижняя конечность укорочена, ротирована кнаружи. Симптом «прилипшей пятки» положительный. Состояние больного стабильное, признаков травматического шока, внутреннего кровотечения нет. Контактен, адекватен.

1. Поясните алгоритм диагностики, целесообразный к применению у данного пациента. Какие методы инструментального исследования вы можете предложить?

2. Какие дополнительные методы исследования следует применять при сомнении в постановке диагноза?

3. Метод лечения в зависимости от вероятного диагноза и рекомендации по послеоперационному ведению.

Больная 30 лет, травма во время катания на горных лыжах, подвернула правую голень за 8 дней до обращения. При осмотре – умеренная болезненность в области коленного сустава, усиливающаяся при ходьбе, подъёме по лестнице. При осмотре: коленный сустав умеренно отёчен, контуры сустава сглажены, симптом «баллотирования» надколенника сомнительный, симптом Байкова положительный изнутри, симптом «выдвижного ящика» сомнительный.

1. Поясните методологию выявления описанных симптомов

2. Какие суждения по диагнозу можно вынести после клинического осмотра?

3. Какие методы дополнительной диагностики следует применить у данной пациентки и опишите варианты лечебной тактики в зависимости от полученных результатов.

Больная 67 лет, травма на улице за 2 часа до поступления подвернула левую стопу кнаружи. Почувствовала резкую боль в области левого голеностопного сустава, самостоятельно встать не смогла. При осмотре: левый голеностопный сустав деформирован, отмечается вальгусное

отклонение стопы, при пальпации резкая болезненность, движения и осевая нагрузка невозможны в связи с выраженными болями.

1. Методы дополнительной диагностики и предварительные суждения по диагнозу. Приведите классификацию предполагаемых повреждений.
2. Предложите тактику лечения в зависимости от возможных типов повреждений. Возможно ли проведение консервативного лечения и в каких случаях?
3. Опишите вероятные осложнения предполагаемой травмы и укажите возможности по их профилактике.

Больная 69 лет, травма на улице за 2 часа до поступления упала с опорой на правую кисть, почувствовала резкую боль в области правого лучезапястного сустава. При осмотре: определяется деформация в области правого лучезапястного сустава по типу «штыка», при пальпации и осевой нагрузке резкая болезненность, движения в суставе ограничены.

1. Выскажите суждения по диагнозу. Какая клиническая симптоматика также возможна в данном случае?
2. Дополнительные методы диагностики и тактика лечения в зависимости от типа перелома. Поясните подробно возможности консервативного и оперативного лечения их преимущества и недостатки.
3. Какие осложнения данной травмы наиболее вероятны? Назовите меры их профилактики.

Больной 37 лет предъявляет жалобы на боли в области тазобедренного сустава, усиливающиеся при нагрузке. В анамнезе – длительное злоупотребление алкоголем. При осмотре – конечность укорочена, движения в тазобедренном суставе ограничены, болезненны, особенно при внутренней ротации бедра.

1. Выскажите суждения по диагнозу. Дифференциальную диагностику с какими заболеваниями следует проводить в данном случае?
2. Какой метод дополнительной диагностики является ведущим при данной патологии в случае сомнительной рентгенологической картины?
3. Какие методы лечения возможны при данной патологии? Классифицируйте возможные имплантаты в случае применения их при лечении данной патологии.

Пациентка, 54 года, выходя из метро, получила удар дверью по III пальцу правой кисти. В момент удара почувствовала боль и хруст в области ногтевой фаланги пальца.

При осмотре: III палец находится в вынужденном положении, ногтевая фаланга

«зависает» в положении сгибания в дистальном межфаланговом суставе, выражен отек дистального межфалангового сустава, пальпация ногтевой фаланги по тыльной поверхности резко болезненна, Активные движения в дистальном межфаланговом суставе: сгибание – в полном объеме, разгибание – отсутствует, пассивное разгибание возможно, но болезненно.

1. Предположительный диагноз
2. Предложите алгоритм диагностики.

3. Какие методы лечения возможны.
4. Назовите средние сроки иммобилизации при таких повреждениях.
5. Возможные осложнения лечения.

Пациентка 63 года, упала на улице с упором на правую кисть, почувствовала боль и хруст в области лучезапястного сустава.

При осмотре: имеется выраженный отек правой кисти и нижней/трети правого предплечья, «штыкообразная» деформация, укорочение правой лучевой кости. Пальпация дистального эпиметафиза резко болезненна. Движения в лучезапястном суставе ограничены, болезненны.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Предложите алгоритм диагностики.
3. Чем отличается перелом Колеса от перелома Смита по механизму травмы.
4. Какие методы лечения возможны.
5. Возможные осложнения таких переломов.

Пациент 73-х лет, поскользнулся на льду и упал. Самостоятельно встать на ноги не смог. Доставлен бригадой СМП в приемное отделение через 1.5 часа после травмы.

Жалуется на боль в паху слева. При осмотре: имеется укорочение, наружная ротация поврежденной конечности, симптом «прилипшей пятки» слева.

1. Предположительный диагноз
2. Предложите алгоритм диагностики.
3. Какие методы лечения возможны.
4. Какой метод лечения показан у данного пациента
5. Возможные осложнения, если пациент откажется от операции.

Пациентка 67-ми лет, упала на улице на правую руку, рука находилась в положении отведения в сторону и кзади. Почувствовала резкую боль в правом плечевом суставе. Обратилась в стационар.

Жалуется на боль, невозможность движений в правом плечевом суставе.

При осмотре: Правая верхняя конечность находится в вынужденном положении, предплечье согнуто, больная придерживает его здоровой рукой. Голова наклонена в сторону повреждения. Правое надплечье укорочено, относительное удлинение поврежденной конечности. Головка плечевой кости не пальпируется под дельтовидной мышцей. Симптом «пружинящего сопротивления». Активные и пассивные движения в правом плечевом суставе отсутствуют.

1. Предположительный диагноз
2. С какими повреждениями следует проводить дифференциальную диагностику.
3. Приведите один из способов лечения.

4. Виды иммобилизации при таких повреждениях 5. Сроки иммобилизации.

Профессиональный спортсмен 27-ми лет, на тренировке во время прыжка почувствовал резкую боль по задней поверхности левого голеностопного сустава. Обратился к травматологу.

Жалуется на боль, ограничение движений в левом голеностопном суставе.

При осмотре: Отек по задней поверхности левого голеностопного сустава, при пальпации ахиллова сухожилия определяется западение. Симптом Томпсона положительный. Активное сгибание стопы невозможно, пассивное сгибание стопы возможно, но болезненно.

1. Предположительный диагноз
2. Как выявляется симптом Томпсона.
3. Назовите способы оперативного восстановления повреждения.
4. Иммобилизация при таких повреждениях
5. Сроки иммобилизации.

Мужчина 80 лет оступился и упал на левый бок. Ударился областью большого вертела. Появились сильные боли в паховой области. Пострадавший доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре больного в горизонтальном положении правая нижняя конечность ротирована кнаружи. Самостоятельно поставить стопу вертикально не может. Попытка сделать это с посторонней помощью приводит к появлению сильной боли в тазобедренном суставе. Пациент не может поднять выпрямленную в коленном суставе ногу, вместо этого он сгибает ее, и нога скользит пяткой по постели (симптом «прилипшей пятки»). Постукивание по пятке и по большому вертелу болезненно.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Методы обследования для уточнения диагноза?
3. Возможные варианты лечения?

Ранен пулей в грудь и область позвоночника. Сразу упал и подняться не смог. В медицинском пункте полка (МПП) состояние тяжелое. Пульс 96 уд. в мин. АД- 95/50 мм.рт.ст. Мышечный тонус на нижних конечностях резко снижен, движения и чувствительность отсутствуют. Мочевой пузырь переполнен, позывов к мочеиспусканию нет. На уровне 7-го грудного позвонка, слева от остистых отростков имеется рана размеров 2 на 2 см. Вторая рана справа на уровне 5-го ребра по средней подмышечной линии. Дыхание над правым легким не прослушивается.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Объем помощи на поле боя?
3. Объем помощи на МПП?
4. Объем помощи в отдельном медицинском батальоне (ОМЕДБ)?
5. Способы эвакуации пациента?

Мужчина средних лет нес в правой руке груз, оступился и упал на правое плечо. Сильный удар пришелся на область плечевого сустава, максимально опущенного в это время вниз под тяжестью груза. Мужчина почувствовал сильную боль в области надплечья. Через сутки обратился в травматологическое отделение больницы. При сравнительном осмотре здорового и поврежденного надплечья правое отечно, наружный (акромиальный) конец ключицы ступенеобразно выпячивается. Отмечается локальная болезненность в ключично-акромиальном сочленении. Движения в плечевом суставе, особенно отведение и поднятие плеча вверх, ограничены и болезненны. При надавливании на акромиальный конец ключицы она опускается, после прекращения давления она вновь поднимается - пружинящая подвижность ключицы.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Какова тактика консервативного лечения?
4. Как будет осуществляться оперативное вмешательство при неудачной попытке консервативного лечения?

Больной 37 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на резкие боли в правой половине таза. Со слов больного, за 40 минут до поступления был сбит автомашиной, получил удар в область правой половины таза. Сознание не терял. При осмотре выявлено: в области крыла правой подвздошной кости имеется обширная подкожная гематома, резкая болезненность при пальпации лонной и седалищной костей, а так же в области крыла подвздошной кости справа. Правая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах и несколько ротирована наружу. При измерении длины правой ноги абсолютного укорочения не определяется, однако при измерении длины от мечевидного отростка имеется относительное укорочение на 2,5 см. Положительны симптом Ларрея и симптом Вернейля.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. К какой группе переломов костей таза относится данное повреждение?
3. Какая анестезия выполняется при данном повреждении?
4. В чем заключаются симптомы Ларрея и Вернейля?
5. Ваша тактика лечения?

Пожилая полная женщина шла по обледенелому тротуару. Поскользнулась и упала, опираясь на ладонь вытянутой правой руки. Появились сильные боли в лучезапястном суставе. Обратилась в травматологический пункт. Объективно: правый лучезапястный сустав отечный, движения в нем очень болезненные и ограниченные. Отчетливо определяется "штыкообразная" деформация сустава. Пальпация тыльной поверхности сустава болезненна. Осевая нагрузка вызывает усиление болей в месте травмы.

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует выполнить?
3. Как будет осуществлена анестезия? Какой способ лечения следует избрать?
4. Как будет осуществляться иммобилизация области повреждения?

ВОПРОСЫ К СОБЕСЕДОВАНИЮ

1. Эпидемиология. Классификация: закрытые (ушибы, сдавления, растяжения и разрывы) и открытые (раны).
2. Этиология, механизм травмы, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение закрытых повреждений на примере: повреждений мышц, повреждения сухожилий сгибателей пальцев кисти, разрыв ахиллова сухожилия, повреждения менисков коленного сустава, повреждений связок коленного и голеностопного суставов, повреждение нервов конечностей.
3. Дегенеративно-деструктивные заболевания позвоночника и суставов (остеохондроз и остеоартроз). Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Принципы консервативного и оперативного лечения. Послеоперационное ведение пациентов. Осложнения.
4. Травматическая болезнь. Определения понятия «травматическая болезнь». Эпидемиология, классификация.
5. Эндокринные и иммунологические изменения в организме при тяжелой механической травме.
6. Клиническая характеристика периодов травматической болезни: острого, клинического выздоровления, реабилитации.
7. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика степени повреждения органов и систем при травматической болезни. Подходы к лечению больных травматической болезнью.
8. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика степени повреждения органов и систем при травматической болезни. Подходы к лечению больных травматической болезнью.
9. Классификация черепно-мозговой травмы
10. Ушибы головного мозга, сотрясение головного мозга, сдавление головного мозга, переломы основания черепа. Клиника, диагностика и лечение.
11. Классификация опухолей костей
12. Современные методы диагностики и лечения больных с опухолями костей.
13. Травматический шок. Определение понятия "травматический шок" и "терминальные состояния". Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Особенности травматического шока в зависимости от локализации повреждения.
14. Хирургическая операция, как противошоковое мероприятие. Профилактика. Оказание помощи и лечение травматического шока и терминальных состояний на догоспитальном и госпитальном этапах.
15. Патогенез врожденного вывиха бедра.
16. Симптомология и ранняя диагностика врожденного вывиха бедра. Рентгеновская диагностика. Социальное значение раннего выявления и лечения врожденного вывиха бедра у детей. Дифференциальная диагностика.
17. Принципы консервативного и оперативного лечения детей с врожденным вывихом бедра.
18. Классификация повреждений позвоночника.
19. Изолированные повреждения поперечных и остистых отростков. Переломы

шейного отдела позвоночника.

20. Переломы тела и дужек позвонков в поясничном и нижнегрудном отделах позвоночника. Клиника, диагностика и лечение.

21. Осложненные переломы позвоночника.

22. Ампутации конечностей: виды, показания.

23. Протезирование при патологии опорно-двигательной системы, экспресс-протезирование.

24. Ортезирование при деформациях и заболеваниях опорно-двигательной системы.

25. Политравма. Определение понятия. Эпидемиология, классификация.

26. Клиническая картина, диагностика при политравме. Алгоритм оказания медицинской помощи при политравме. Консервативные и оперативные методы лечения. Комплексный подход к лечению. Сроки нетрудоспособности. Оказание помощи и лечение на догоспитальном и госпитальном этапах.

27. Врожденная косолапость. Классификация.

28. Клиника, симптоматология и диагностика врожденной косолапости методы оперативного и консервативного лечения.

29. Переломы ребер. Клиника, диагностика и лечение.

30. Осложнения при переломах ребер. Тактика, лечение.

31. Этиология и патогенез остеохондропатий. Классификация остеохондропатий.

32. Клиника и диагностика остеохондропатий. Основные принципы лечения больных с остеохондропатиями.

33. Определение ожоговой болезни.

34. Фазы течения ожоговой болезни: ожогового шока, токсемии, септикотоксемии, реконвалесценции. Лечение пострадавших в каждой из перечисленных фаз.

35. Врожденная мышечная кривошея. Этиология, клиника, консервативное лечение.

36. Дифференциальная диагностика врожденной кривошеи. Методы оперативного лечения.

37. Переломы и вывихи ключицы. Клиника, диагностика и лечение.

38. Травматический вывих плеча.

39. Привычный вывих плеча. Клиника, диагностика и лечение.

40. Что такое осанка? Виды осанки. Сколиоз. Роль В.Д. Чаклина в изучении сколиотической болезни. Этиология сколиотической болезни и ее патогенез.

41. Классификация сколиозов. Клиническая картина сколиозов. Диагностика сколиоза. Профилактика искривлений позвоночника.

42. Принципы оперативного и консервативного лечения больных со сколиозом. Послеоперационное ведение больных.

43. Термические поражения. Отморожения и замерзание. Определение понятий «отморожения» и «замерзание». Классификация.

44. Клиническая картина в дореактивном периоде и после согревания конечности. Клиническая характеристика замерзания: адинамическая, ступорозная и судорожная стадия.

45. Ожоги. Классификация. Клиническая характеристика термических ожогов. Химические ожоги. Лучевые ожоги.

46. Поражение электрическим током: клиника, первая помощь. Местное лечение ожогов. Ранняя некрэктомия. Показания к аутодермопластике и ее техника.
47. Эпидемиология. Определение, этиология, клиника, диагностика и лечение ганглия, гигромы, стенозирующего лигаментита (болезни Нотта), эпикондилита плеча, контрактуры Дюпюитрена.
48. Тендопатии в области локтевого сустава. Миозит. Синдром плече-лопаточного периартрита. Заболевания ахиллова сухожилия.
49. Переломы проксимального отдела, диафиза и дистального отдела плечевой кости. Классификация, клиника, диагностика и лечение.
50. Замедленное срастание и несрастание костей после переломов. Патологические переломы. Этиология, клиника, лечение Особенности переломов у детей.
51. Приобретенные деформации конечностей. Несрастание переломов, замедленная консолидация переломов, ложные суставы, укорочения конечностей, угловые деформации. Этиология и патогенез. Классификация. Общие принципы диагностики. Общие вопросы лечения. Методы консервативного и оперативного лечения.
52. Вывихи предплечья. Переломо-вывихи Монтеджа, Галеацци. Переломы диафиза предплечья.
53. Классические переломы лучевой кости в типичном месте. Переломы костей кисти. Механизм, клиника, диагностика и лечение.
54. Ортопедические заболевания стоп. Анатомия и физиология стопы. Функциональные методы исследования.
55. Клиническая характеристика статического плоскостопия, поперечного плоскостопия, вальгусного отклонения большого пальца стопы, молоткообразной деформации пальцев стоп, пяточной шпоры, болезни Дойчлендера.
56. Переломы пяточной и таранной костей стопы. Переломы предплюсневых, плюсневых костей и фаланг пальцев. Клиника, диагностика и лечение.
57. Классификация переломов костей таза. Клиника, диагностика и лечение переломов костей таза.
58. Осложненные переломы костей таза.
59. Переломы надколенника. Клиника, диагностика и лечение. Осложнения.
60. Переломов мыщелков голени. Клиника, диагностика и лечение. Осложнения.
61. Переломы диафиза голени. Клиника, диагностика и лечение. Осложнения.
62. Переломы лодыжек. Клиника, диагностика и лечение. Осложнения.
63. Вывих бедра. Механизм, клиника, диагностика и лечение.
64. Переломы шейки бедра. Механизм, клиника, диагностика и лечение.
65. Переломы диафиза бедра. Механизм, клиника, диагностика и лечение.
66. Переломы мыщелков бедра. Механизм, клиника, диагностика и лечение.
67. Переломы ключицы. Механизм, клиника, диагностика и лечение.
68. Кожная пластика. Виды, показания.
69. Коксартроз (клиника, диагностика, лечение).
70. Методы обследования травматолого-ортопедических больных.
71. Перелом лучевой кости в типичном месте. Классификация. Тактика ведения больного.

72. Переломы дистального конца бедренной кости.
73. Переломы лопатки.
74. Переломы проксимального конца большеберцовой кости. Диагностика. Лечение.
75. Переломы костей и механизм их сращения. Регенерация кости.
76. Повреждение менисков коленного сустава. Показания к оперативному лечению.
77. Повреждение сухожилий сгибателей кисти.
78. Повреждения связок коленного сустава. Методы диагностики. Хирургическая тактика
79. Реабилитация травматолого-ортопедических больных.
80. Ревматоидный артрит. Консервативное и оперативное лечение.
81. Синдром длительного раздавливания (краш-синдром). Современные подходы к лечению.
82. Строение и регенерация хряща.
83. Хирургическая тактика при внутричерепной гематоме.
84. Эндопротезирование суставов. Виды эндопротезов. Показания к операции. Тактика ведения больного после операции.
85. Повреждения стопы. Клиника, диагностика, лечение.
86. Кровотечения. Методы остановки кровотечений. Осложнения повреждений сосудов. Диагностика, тактика лечения.
87. Пункция суставов. Техника выполнения пункции крупных суставов.
88. Открытые и закрытые повреждения суставов. Особенности лечения.
89. Геронтология в травматологии. Особенности лечения и ухода за больными пожилого и старческого возраста.
90. Повреждения костей и суставов у детей. Особенности травматологии детского возраста.
91. Виды новокаиновых блокад при повреждениях скелета. Техника выполнения.
92. Переломы луча в типичном месте.
93. Фиксационный метод лечения повреждений. Гипсовые повязки. Виды, техника наложения, возможные осложнения.
94. Экстензионные методы лечения повреждений. Виды вытяжения, показания, техника выполнения.
95. Нарушения регенерации костной ткани. Несрастающиеся переломы. Ложные суставы. Неправильно сросшиеся переломы. Современные способы лечения.
96. Остеосинтез. Показания, классификация. Преимущества и недостатки оперативного лечения переломов.
97. Синдром длительного сдавления. Классификация, клиника, лечение, осложнения.
98. Осложнения при переломах ребер и грудины. Диагностика, лечение.
99. Деформирующий артроз крупных суставов. Классификация, клиника, диагностика, современные консервативные и оперативные методы лечения.
100. Вялые спастические параличи. Консервативное и оперативное лечение, протезирование. Профилактика деформаций позвоночника и конечностей.
101. Огнестрельные ранения. Классификация. Раневая баллистика. Механизм местного и общего действия ранящего снаряда.

УМЕНИЯ И НАВЫКИ

1. Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, социального и профессионального анамнеза у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
2. Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
3. Оценивать анатомо-функциональное состояние пациентов при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы
4. Пользоваться методами осмотра и обследования пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, в числе которых:
 - визуальное исследование при термических, химических и электрических ожогах;
 - пальпация при термических, химических и электрических ожогах;
 - визуальное исследование мышц;
 - пальпация мышц;
 - визуальное исследование костной системы;
 - пальпация костной системы;
 - перкуссия костной системы;
 - пальпация суставов;
 - перкуссия суставов;
 - пальпация при патологии периферической нервной системы;
 - исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы;
 - определение формы спины;
 - определение формы грудной клетки;
 - определение формы ног;
 - определение телосложения;
 - измерение массы тела;
 - измерение силы мышц спины;
 - измерение силы мышц живота;
 - измерение силы мышц кисти;
 - определение статической силы одной мышцы;
 - определение динамической силы одной мышцы;
 - линейное измерение костей;
 - плантография (получение графического отпечатка подошвенной поверхности стопы);
 - осанкометрия;
 - измерение роста;
 - измерение подвижности позвоночника;
 - измерение основных анатомических окружностей;
 - линейное измерение сустава;
 - измерение объема сустава;
 - измерение подвижности сустава (углометрия);
 - определение поперечного диаметра грудной клетки;
 - определение передне-заднего диаметра грудной клетки
5. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы

6. Обосновывать и планировать объем инструментального и лабораторного исследования пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
7. Интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы: ультразвуковое исследование мягких тканей, ультразвуковое сканирование суставов, ультразвуковая доплерография сосудов верхних и нижних конечностей, рентгенография, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, ангиография, радионуклидное исследование, денситометрия
8. Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного исследования пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
9. Обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
10. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
11. Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
12. Устанавливать диагноз с учетом действующей МКБ
13. Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
14. Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
15. Разрабатывать план лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
16. Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
17. Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
18. Назначать немедикаментозное лечение пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
19. Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения у
20. пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
21. Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств

22. Разрабатывать план подготовки пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к лечебным манипуляциям, лазерным и хирургическим вмешательствам

23. Выполнять следующие лечебные манипуляции, лазерные и хирургические вмешательства пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы:

- зондирование сустава;
- диагностическая аспирация сустава;
- внутрисуставное введение лекарственных препаратов;
- внутрикостное введение лекарственных препаратов;
- наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов;
- наложение повязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки;
- наложение повязки при операции в челюстно-лицевой области;
- наложение повязки при заболеваниях мышц;
- наложение иммобилизационной повязки при синдроме длительного сдавливания;
- наложение повязки при переломах костей;
- наложение иммобилизационной повязки при переломах костей;
- наложение иммобилизационной повязки при переломах позвоночника;
- наложение гипсовой повязки при переломах костей;
- наложение корсета при патологии шейного отдела позвоночника;
- наложение корсета при патологии грудного отдела позвоночника;
- наложение корсета при патологии поясничного отдела позвоночника;
- наложение шины при переломах костей;
- наложение иммобилизационной повязки при операциях на костях;
- наложение повязки при операциях на костях;
- наложение повязки при вывихах (подвывихах) суставов;
- наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов;
- эластическая компрессия нижних конечностей;
- прерывистая пневмокомпрессия нижних конечностей;
- эластическая компрессия верхних конечностей;
- наложение повязки при операциях на органах шеи;
- наложение повязки при операциях на костях и суставах;
- наложение повязки при термических и химических ожогах;
- удаление поверхностно расположенного инородного тела;
- вскрытие панариция;
- некрэктомия;
- некрэктомия ультразвуковая;
- хирургическая обработка раны или инфицированной ткани;
- иссечение поражения кожи;
- иссечение поражения подкожно-жировой клетчатки;
- сшивание кожи и подкожной клетчатки;
- наложение вторичных швов;
- ушивание открытой раны (без кожной пересадки);
- иссечение грануляции;
- иссечение грануляции ультразвуковое;
- иссечение новообразований мягких тканей под местной анестезией;
- разрез мышцы, сухожильной фасции и синовиальной сумки;
- удаление новообразования мышцы;
- удаление новообразования сухожилия;
- пластика сухожилия;
- освобождение мышцы из рубцов и сращений (миолиз);
- освобождение сухожилия из рубцов и сращений (тенолиз);

- восстановление мышцы и сухожилия;
- рассечение зубовидных связок;
- тенодез;
- интрамедуллярный спицевой остеосинтез;

- закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией;
- закрытая коррекция отделенного эпифиза;
- обработка места открытого перелома;
- наложение наружных фиксирующих устройств;
- репозиция отломков костей при переломах;
- реваскуляризирующая остеоперфорация;
- терапевтическая аспирация содержимого сустава;
- удаление свободного или инородного тела сустава;
- десмотомия;
- вправление вывиха сустава;
- редрессация;
- остановка кровотечения из периферического сосуда;
- разделение или иссечение нерва;
- сшивание нерва;
- рассечение спаек и декомпрессия нерва;
- выделение нерва в кистевом туннеле;
- транспозиция нерва;
- ампутация пальцев нижней конечности;
- ампутация пальцев верхней конечности;
- иссечение новообразования мягких тканей;
- резекция новообразования мягких тканей;
- остеопластика под рентгенологическим контролем;
- остеопластика под контролем компьютерной томографии (далее - КТ);
- скелетное вытяжение

24. Назначать, подбирать и использовать технические средства реабилитации (протезно-ортопедические изделия, корсеты, ортопедические аппараты и обувь, тьютора, брейсы)

25. Разрабатывать схему послеоперационного ведения пациента, его реабилитацию, профилактику послеоперационных осложнений

26. Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, хирургических вмешательств

27. Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения

28. Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов

29. Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации

30. Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации реабилитации

31. Определять медицинские показания для направления пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения
32. Оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов
33. Назначать технические средства реабилитации пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы и давать рекомендации по уходу за ними
34. Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы
35. Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций костно-мышечной системы
36. Оформлять медицинские заключения по результатам медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функций костно-мышечной системы
37. Производить предварительные и периодические медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии, в соответствии с нормативными правовыми актами
38. Производить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы
39. Проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления хронических заболеваний, и (или) состояний, и (или) последствий травм костно-мышечной системы, основных факторов риска их развития
40. Производить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями, и (или) состояниями, и (или) последствиями травм костно-мышечной системы
41. Оформлять медицинские заключения по результатам медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения
42. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции
43. Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения потребления и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ