

Компьютерные тесты по травматологии и ортопедии для врачей интернов (27. 02. 2019)

Укажите основные виды костной мозоли:

- 1.-**периостальная костная мозоль, эндостальная, интермедиарная**
2. межмышечная, внутрифасциальная
3. внутритканевая
4. периартикулярная

Перечислите субъективные критерии сращения перелома:

1. сохранение болевых ощущений в месте перелома кости
2. незначительная патологическая подвижность в месте перелома
- 3.-**отсутствие жалоб на болевые ощущения и патологическую подвижность при умеренной статической и динамической нагрузке**
4. невозможность функционального использования конечности

Назовите объективные критерии сращения перелома:

1. болезненность при пальпации области повреждения кости
2. подвижности в зоне перелома в условиях умеренной продольной нагрузки, а также нагрузки на излом и кручение сегмента
3. невозможность кратковременного создания статической нагрузки на конечность
4. **-безболезненность при пальпации и отсутствие подвижности в зоне перелома в условиях умеренной продольной нагрузки, а также нагрузки на излом и кручение сегмента, возможность кратковременного создания статической нагрузки на конечность не менее 80% от величины нагрузки здоровой конечности**

Перечислите рентгенологические критерии консолидации перелома:

1. наличие щели между костными отломками
2. плохо определяемая, неоднородная по плотности костная мозоль
3. **-отсутствие межфрагментарной щели, близкая к однородной плотность костная мозоль, восстановление костномозгового канала и кортикального слоя на уровне перелома**
4. сохранение дефекта кортикального слоя на уровне перелома

Назовите факторы, способствующие консолидации костных отломков:

1. не устраненное смещение костных отломков при репозиции
2. **-точная репозиция костных отломков (устранение смещения), правильно выполненная и достаточная по времени стабильная иммобилизация, адекватное кровоснабжение костных фрагментов**
3. непродолжительная иммобилизация
4. ранняя функциональная нагрузка при недостаточно стабильной фиксации

Дайте определение понятию «замедленная консолидация»:

1. **-не срастание перелома в течение до 1,0–1,5 сроков, необходимых для консолидации повреждения данной локализации**
- 2.отсутствие признаков консолидации у пациента, страдающего сахарным диабетом через месяц после травмы
3. заращение костномозгового канала на протяжении всего диафиза
4. формирование костной мозоли вне очага перелома и в мягких тканях

Дайте определение понятию «ложный» сустав:

- 1.отсутствие признаков консолидации у пациента, страдающего хронической сердечно-сосудистой недостаточностью через месяц после травмы

2. **-стойкое нарушение консолидации перелома в течение более, чем 3-х сроков, необходимых для консолидации повреждения данной локализации с закрытием костномозгового канала**
3. формирование костной мозоли больших размеров вне очага перелома, параартикулярно и в мягких тканях

Перечислите наиболее характерные локализации ложных суставов:

1. **-шейка бедренной кости, ладьевидная кость запястья, н/З костей голени**
2. перелом лучевой кости в «типичном месте»
3. перелом бедра на границе средней и н/З
4. перелом ключицы

Укажите основные методы лечения «замедленной консолидации» и «ложных» суставов:

1. консервативный метод лечения с продлением иммобилизации на 1 месяц и проведением ЛФК, ФТЛ, массажа, медикаментозного лечения
2. только туннелизация по Беку с формированием спицей Киршнера или тонким сверлом костных каналов в различных направлениях, проходящие через линию перелома от одного отломка в другой и продлением иммобилизации
3. **-хирургическое лечение с использованием: внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза (ВКДО), стабильно-функционального погружного остеосинтеза с блокированием, накостного остеосинтеза пластинами с ограниченным контактом, вскрытием костномозгового канала и костной пластикой**
4. только медикаментозное лечение, дополненное ЛФК, ФТЛ, массажем

Дайте определение понятию «костная пластика»:

1. **-костная пластика – это оперативное вмешательство, направленное на восстановление целостности кости, с использованием костно-пластических материалов**
2. консервативный метод лечения переломом длинных трубчатых костей, включающий ФТЛ и медикаментозное лечение
3. метод стимуляции костеобразования с использованием массажа
4. хирургическое лечение с применением накостного и интрамедуллярного остеосинтеза

Перечислите виды костной пластики:

1. аутовенозная пластика
2. **-аутопластика, аллопластика, ксенопластика, блефопластика и комбинированная костная пластика**
3. пластика треугольными лоскутами по Лимбергу, многоступенчатая Z-пластика, трапециевидная пластика
4. пластика расщепленным костным лоскутом, сухожильно-костная пластика

Дайте определение «врожденный вывих бедра»:

1. это заболевание тазобедренного сустава, возникшее в результате неправильного оказания акушерского пособия в родах
2. **-это порок внутриутробного формирования тазобедренного сустава, заключающийся в недоразвитии всех его элементов: вертлужной впадины, проксимальной части бедренной кости вместе с головкой бедра, капсулы сустава и сопровождающийся децентрацией головки бедра**
3. заболевание тазобедренного сустава, развившееся в результате перенесенной внутриутробной инфекции
4. дегенеративно-дистрофическое заболевание тазобедренного сустава в ранний неонатальный период

Какие клинические признаки характерны для врожденного вывиха бедра в ранний неонатальный период?

1. укорочение нижней конечности до 5см
2. удлинение нижней конечности с внутренней ротацией
3. симптом Дюшена-Тренделенбурга и «утинная» походка
4. **-симптомы Маркса-Ортолани, Барлоу, ротационной нестабильности**

Является ли асимметрия кожных складок достоверным признаком врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста?

1. данный симптом является всегда достоверным признаком указанной патологии
2. **-асимметрия кожных складок не является достоверным признаком врожденной патологии тазобедренных суставов, особенно если она не сочетается с другими симптомами**
3. указанный симптом у девочек является характерным и достоверным признаком указанной патологии
4. асимметрия кожных складок у детей грудного возраста никогда не встречается, а поэтому не имеет диагностического значения

Назовите клинические признаки врожденной патологии тазобедренных суставов у детей старше года:

1. **-позднее начало ходьбы, нарушение походки (хромота), - гиперлордоз поясничного отдела позвоночника, наружная ротация конечности в положении лежа, укорочение конечности, ограничение отведения бедра, наличие симптома Дюшена-Тренделенбурга**
2. асимметрия кожных складок в в/3 голени, гипертрофия мышц бедра на стороне вывиха, удлинение конечности на 3см., раннее начало самостоятельной ходьбы в возрасте 10-11 месяцев
3. симптомы Эттори, Маркса-Ортолани, Барлоу, ротационной нестабильности
4. стабильность тазобедренного сустава при нагрузках в сагиттальной, фронтальной плоскости

С какого возраста возможно проведение рентгенологической диагностики врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста?

1. с периода новорожденности
2. **-оптимальным для рентгенодиагностики является возраст 2 - 3 месяца**
3. только когда ребенок начинает самостоятельно ходить, т.е. в возрасте 10-12 месяцев
4. независимо от возраста, даже впервые дни жизни при наличии клиники

Какие преимущества, и в каком возрасте возможна диагностика врожденного вывиха бедра с использованием УЗИ?

1. ультразвуковая диагностика патологии тазобедренных суставов возможна с возраста 10-12 месяцев и не имеет преимуществ перед рентгенодиагностикой
2. **-преимущества УЗИ диагностики по сравнению с рентгенографией тазобедренных суставов: возможно использование с периода новорожденности, позволяет выявить ядро окостенения головки бедренной кости на 1-2 месяца раньше, не сопровождается лучевой нагрузкой, возможна визуализация положения лимбуса**
3. УЗИ диагностика является дорогостоящим методом обследования, используется только в травматологических центрах, применяется крайне редко в экстренных случаях

Рационально ли консервативное лечение врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста?

1. не рационально, так как существуют современные хирургические методы лечения
2. **-консервативное лечение является основным методом лечения данной патологии у детей грудного возраста**

3. выбор метода лечения зависит от предпочтений лечащего врача
4. консервативное лечение не применяется до годовалого возраста, а с возраста 1 год ребенку выполняется операция

Как проводится консервативное лечение врожденного вывиха у детей грудного возраста?

1. -используется ортопедическая шина в течение 20-22 часов в сутки, длительное время (3-6 мес.) придающая ножкам ребенка - отведение и внутреннюю ротацию, ЛФК, ФТЛ, массаж
2. ортопедическая шина накладывается только в дневное время суток в течение 2-х недель
3. ортопедическая шина используется 2 – 3 раза в день по 3 часа
4. ребенок в ортопедической шине удерживается непрерывно в течение нескольких месяцев до возникновения осложнений в виде асептического некроза головки бедренной кости

Укажите одно из основных правил проведения рентгенологического обследования при переломах костей конечностей:

1. рентгенография только в прямой проекции с включением близлежащего сустава
2. прицельная рентгенография только в боковой проекции с включением двух суставов травмированного сегмента
3. рентгенография в осевой проекции
4. -рентгенография в двух стандартных проекциях с включением одного или двух суставов поврежденного сегмента

Укажите оптимальный возраст детей, в котором при наличии показаний выполняется хирургическая коррекция врожденного вывиха бедра:

1. в период новорожденности сразу после установления клинического диагноза
2. -оперативное лечение врождённого вывиха бедра выполняется при поздней диагностике патологии в возрасте 1,5-2 лет, при невосправляемых вывиха бедра, при наличии остаточных изменений после консервативного лечения со стороны проксимального отдела бедренной кости и вертлужной впадины
3. оперативное лечение детей с врожденным вывихом бедра не проводится
4. хирургическая коррекция врожденного вывиха бедра проводится только женщинам в возрасте 17-20 лет

Дайте определение термина «врожденная косолапость»:

1. -врожденный порок развития стопы, характеризующийся стойкими контрактурами суставов с фиксацией стопы в положении эквинуса, супинации, варуса и увеличением свода
2. деформация стопы, которая формируется в первые недели жизни ребёнка при неправильном уходе
3. деформация, развившаяся в результате острого гематогенного остеомиелита костей стопы в возрасте 2-3 месяца
4. положение стопы, характеризующееся частично фиксированным тыльным разгибанием и вальгусным отклонением стопы

В каком возрасте возможна клиническая диагностика врожденной косолапости?

1. в возрасте не ранее 5 - 6 месяцев
2. -сразу после рождения ребёнка в родильном зале
3. в возрасте 1 года, когда ребенок начинает ходить
4. до рождения ребенка на 20 неделе внутриутробного развития

Укажите оптимальный возраст начала консервативного лечения врожденной косолапости:

1. в возрасте не ранее 5-6 месяцев, когда физическое развитие ребенка позволяет проводить лечение гипсовыми повязками
2. в возрасте 1 года, когда ребенок начинает ходить и деформированные стопы нарушают ходьбу
3. **–в первые дни после рождения ребенка**
4. консервативное лечение данной патологии не проводится

Укажите оптимальный метод консервативного лечения врожденной косолапости:

1. бинтование по Финку-Эттингену с возраста 3 месяца
2. **-этапные гипсовые повязки отв - ср/3 бедра по методике Понсети с первых дней после рождения**
3. использование для коррекции аппарата Илизарова
4. метод лечения при врожденной косолапости для достижения хорошего результата значения не имеет

После достижения полной коррекции врожденной косолапости консервативно к возрасту 6-9 месяцев, насколько в дальнейшем возможен рецидив деформации?

1. рецидив врожденной косолапости никогда не возникает
2. рецидив деформации крайне редко формируется в подростковом возрасте
3. **-рецидив развивается всегда, когда лечение прекращено после достижения коррекции и не проводится реабилитационное лечение до 4-5 лет**
4. деформация стопы при лечении врожденной косолапости консервативными методами лечения не корректируется

Дайте определение термину «врожденная мышечная кривошея»:

1. врожденное заболевание позвоночника с патологической фиксированной установкой головы
2. **-это врождённое заболевание грудино-ключично-сосцевидной мышцы, приводящее к её фиброзному перерождению, укорочению и неправильному положению головы**
3. рубцовые изменения кожных покровов шеи, сопровождающиеся деформацией шеи и головы пациента
4. деформация шеи, как результат рубцовых изменений верхнего отдела пищевода после химического ожога

В каком возрасте ребенка основной клинический признак врожденной мышечной кривошеи («опуховидное образование») наиболее выражен:

1. сразу после рождения
2. через 6 месяцев после рождения
3. **-на 3-5 неделе после рождения, когда уплотнение в мышце достигает максимального размера**
4. в возрасте 5 лет, когда сформируется грубый рубцовый тяж в мышце

Укажите основные клинические признаки врожденной мышечной кривошеи у ребенка в возрасте 4-6 месяцев:

1. сколиоз грудного отдела позвоночника, деформация шеи
2. отсутствие движений в шейном отделе позвоночника, грубая асимметрия черепа и лица
3. **-наличие в грудино-ключично-сосцевидной мышце опуховидного уплотнения, ограничение поворота головы в сторону поражения и наклона в противоположную сторону, начальные признаки вторичных деформаций - асимметрия черепа и лица**
4. порочное положение головы возникает после ОРЗ и проявляется клиникой шейного лимфаденита

Укажите основные принципы консервативного лечения врожденной мышечной кривошеи:

1. консервативное лечение врожденной мышечной кривошеи не является эффективным и не применяется
2. **-раннее использование ортопедических укладок головы ребенка в правильное положение, воротник Шанца, пассивная ЛФК, массаж, ФТЛ, введение лидазы в пораженную мышцу**
3. только ЛФК
4. в связи с очень низким процентом положительных результатов консервативного лечения выполняется операция в возрасте 3 мес.

В каком возрасте проводится оперативное лечение врожденной мышечной кривошеи?

1. в связи с 100% положительными результатами консервативного лечения операции не выполняются
2. в возрасте 5-7 лет
3. **-в возрасте после 1 года до развития вторичных деформаций**
4. только при наличии грубых костных изменений со стороны шейного отдела позвоночника в возрасте 10 лет

Дайте определение термину «сколиотическая болезнь»:

1. нефиксированная деформация позвоночника, в грудном отделе полностью корригирующаяся при активном напряжении мышц спины
2. деформация позвоночника в сагиттальной плоскости с выраженным мобильным грудным кифозом
3. **-это фиксированная деформация позвоночника и прилегающих паравертебральных мягких тканей с боковым искривлением и торсией тел позвонков**
4. мобильная деформация грудно-поясничного отдела позвоночника с преобладанием лордоза

Укажите основной ранний клинический признак сколиотической болезни:

1. смещение линии остистых отростков от средней линии
2. асимметрия нижних углов лопаток, треугольников талии
3. **-паравертебральная асимметрия – реберное возвышение (реберный горб), мышечный валик**
4. перекос таза

Дайте характеристику понятия нарушение осанки при патологии позвоночника у детей

1. нарушение осанки это фиксированная установка позвоночника
2. **-это нефиксированное отклонение позвоночника в сагиттальной или фронтальной плоскостях полностью корригирующееся при напряжении мышц или в горизонтальном положении пациента**
3. фиксированная деформация позвоночника, в положении стоя, которая полностью корригируется в положении лёжа
4. нет клинической разницы между сколиозом и различными видами нарушения осанки

Какие физиологические изгибы имеет позвоночник здорового пациента в сагиттальной плоскости:

1. позвоночник здорового человека в сагиттальной плоскости не имеет изгибов
2. имеется только грудной и шейный кифоз
3. **-шейный лордоз, грудной кифоз, поясничный лордоз и крестцовый кифоз**
4. шейный кифоз, грудной кифоз, поясничный кифоз, крестцовый кифоз

Укажите принципиальное отличие деформации позвоночника при сколиозе и при различных видах нарушения осанки:

1. при сколиозе деформация не фиксирована и легко исправляется при напряжении мышц, а при всех видах нарушения осанки деформация фиксирована
2. **-фиксированная деформация позвоночника при сколиозе и нефиксированные изменения при различных нарушениях осанки – принципиальное отличие данных патологических изменений**
3. деформация позвоночника при сколиозе и при различных видах нарушения осанки не имеют принципиальных отличий
4. при сколиозе наклон пациента кпереди с фиксированным тазовым поясом сопровождается полной коррекцией деформации

Укажите частоту сколиотической болезни среди детского населения в Республике Беларусь:

1. сколиотическая болезнь среди детского населения РБ не встречается
2. частота деформации составляет 50-60%
3. **-3% дошкольников и 8-9% школьников**
4. встречается у 0,35% детского населения

Укажите степени деформации позвоночника при сколиозе:

1. выделяют 6 степеней деформации при сколиозе – по 10° на каждую степень
2. **-выделяют 4 степени: 1-ая степень первичная дуга искривления до 10° , 2-ая степень – дуга искривления от 11° до 25° , 3-я степень 26° - 40° , 4-ая степень – более 40°**
3. 2 степени: компенсированная и декомпенсированная
4. степеней деформации при сколиозе не выделяют

С какой целью используется рентгенологический тест Риссера при сколиотической болезни?

1. **-для прогнозирования дальнейшего развития заболевания**
2. для определения степени выраженности деформации
3. для контроля за результатом оперативного лечения
4. этот тест используется для прогнозирования развития врожденного вывиха бедра

Какая стадия теста Риссера определяет завершение роста скелета?

1. 0-1 стадии-выраженный активный рост костей скелета
2. 2-3 стадии-умеренно активный рост костей скелета
3. 4 стадия-стабилизация роста скелета
4. **-5 стадия**

При проведении рентгенологического обследования позвоночника пациентов со сколиозом какая часть позвоночника должна быть включена?

1. только деформированная часть позвоночника
2. грудной отдел позвоночника
3. грудо-поясничный отдел позвоночника
4. **-от нижнего уровня первого крестцового позвонка с захватом крыльев подвздошных костей до верхнего уровня Th 3**

Укажите общепринятую рентгенометрическую методику определения степени искривления позвоночного столба при сколиотической болезни:

1. **-методика Кобба-Липпмана**
2. методика Фергюссона
3. методика Риссера

4. методика Абальмасовой

Укажите основные принципы клинического прогнозирования развития сколиоза в процессе роста пациента:

1. учитывается рост пациента при выявлении сколиоза
2. **-клиническое прогнозирование основывается на учете возраста выявления деформации, локализация первичной дуги искривления, наступлении пубертатного периода**
3. прогнозирование основывается на данных дермаграфического теста
4. на динамике роста позвоночника, измеренного в положении сидя

Укажите основные рентгенологические критерии прогнозирования развития сколиоза в процессе роста пациента:

1. явление выраженного остеопороза тел позвонков
2. наличие незаращения дужки 5 поясничного позвонка
3. **-анализ теста Риссера, развития кольцевидных апофизов, наличие клиновидно деформированных тел позвонков, исходной величины первичной дуги искривления**
4. наличие признаков остеохондроза позвоночника с грыжами Шморля, протрузией дисков, рентгенологических признаков спондилеза

Какие виды нарушения осанки у детей отмечаются в сагиттальной плоскости?

1. **-круглая спина, кругло-вогнутая спина, плоская спина, лордотическая спина**
2. патологический фиксированный грудной кифоз (болезнь Шейерманн-Мау)
3. спондилолистез, спондилёз
4. деформация Клиппель-Фейля, болезнь Гризеля

Что включает в себя понятие правильная индивидуальная организация рабочего места пациента – школьника с деформацией позвоночника?

1. **-высота стола и стула соответствуют росту ребенка, стол и стул имеют наклон (стол 15°, стул 5-10°), стул имеет опору для поясничного отдела позвоночника, источника света слева**
2. стол имеет плоскую не наклонённую поверхность, конструкция стула и расположение источника света не имеют значение
3. независимо от роста ребенка высота стола не имеет значения
4. высота стула определяется предпочтением пациента, столешница плоская без наклона, источник света располагается перед пациентом

Корригирующая лечебная гимнастика при сколиозе – цель назначения:

1. **-создание хорошего мышечного корсета за счет мышц туловища, которые благодаря симметричной тяге, удерживают позвоночник в правильном положении**
2. индивидуальный комплекс физических упражнений подбирается врачом или инструктором лечебной физкультуры в детской поликлинике для укрепления мышц нижних конечностей
3. при сколиозе II степени не требуется специальной ЛФК, важна физическая активность пациента
4. корригирующая лечебная гимнастика при сколиозе III-IV степени направлена на полную коррекцию деформации

Ортопедический корсет при лечении сколиотической болезни показан пациентам:

1. пациентам с грудной деформацией позвоночника превышающей 60° с завершённым ростом
2. **-при деформациях свыше 20°-25° при сохранении роста позвоночника, пациентам с завершённым ростом позвоночника, имеющих нестабильные деформации величиной 25°-40°**

3. пациентам с выраженной формой сколиотической осанки
4. ортопедический корсет при лечении сколиотической болезни не показан

На каком принципе основано использование корсета типа Шено – КР 4 для лечения сколиотической болезни?

1. на вытяжении позвоночника в корсете за счет двух точек опоры: таз и основание черепа
2. на непосредственном давлении пелотами на позвоночный столб пациента
3. на деротации тел позвонков в указанном корсете
4. **-корсет осуществляет одновременное давление на патологические выпуклости туловища пациента, так же в корсете предусмотрено свободное пространство для коррекционного перемещения деформированной части**

Укажите способ оперативного лечения тяжелых форм сколиотической деформации позвоночника используемый в РБ:

1. методика Люкье, при которой каждый позвонок фиксируется к двум стержням проведенными под дужкой проволочными петлями
2. методика Двайера с использованием металлических шурупов, вводимых в тела позвонков и последующим использованием эластического металлического стержня
3. **-методика Бел CD - по сегментная транспедикулярная фиксация и последующая 3-х плоскостная коррекция деформации**
4. методика Харрингтона с использованием дистрактора и контрактора

Переломы мыщелков бедра следует дифференцировать:

1. с переломом надколенника
2. с разрывом связок коленного сустава
3. с надмыщелковым переломом бедра
4. **-со всеми, перечисленными видами травм**

Под каким видом обезболивания следует вправлять травматический вывих бедра?

1. местная анестезия
2. **-наркоз с миелорелаксантами**
3. внутрикостная анестезия
4. без анестезии

Назовите основную причину длительного сращения перелома шейки бедра:

1. невозможность опоры на ногу
2. **-отсутствие на шейке бедра надкостницы и нарушение кровоснабжения шейки бедра в момент перелома**
3. сложность иммобилизации гипсовой повязкой
4. выраженный болевой синдром

В качестве оптимального способа транспортной иммобилизации при переломе бедра используют:

1. **-шину Дитерихса**
2. шины Крамера
3. фанерные шины
4. все перечисленные

В качестве временной иммобилизации при переломе шейки бедренной кости используют:

1. **-деротационный гипсовый сапог**
2. шину Крамера
3. фанерную шину

4. шину Дитерихса

Какое укорочение конечности наблюдается при вывихе бедра?

1. анатомическое
2. кажущееся
3. **-относительное**
4. функциональное

При каком вывихе бедра наиболее вероятно сдавление бедренных сосудов?

1. подвздошном
2. седалищном
3. надлонном
4. **-запирательный**

Что из перечисленного можно отнести к анатомическим особенностям проксимального отдела бедра?

1. наличие шеечно-диафизарного угла
2. отсутствие надкостницы на шейке бедра
3. проблемное кровоснабжение
4. **-все перечисленные характеристики**

В норме шеечно-диафизарный угол равен:

1. **-127-130°**
2. 90°
3. 30°
4. 100°

Варусная деформация проксимального отдела бедренной кости это:

1. **-уменьшение шеечно-диафизарного угла**
2. увеличение шеечно-диафизарного угла
3. шеечно-диафизарный угол не меняется
4. шеечно-диафизарный угол 150°

К характерным симптомам при переломе шейки бедра относятся:

1. **-положительный симптом прилипшей пятки**
2. симптом звонка
3. симптом Маркса-Ортолани
4. асимметрия ягодичных складок

Какой возраст наиболее характерен для переломов проксимального отдела бедренной кости?

1. **-пожилой и старческий**
2. детский и юношеский
3. трудоспособный возраст
4. не имеет значения

Оптимальным способом оперативного лечения пожилых пациентов с переломом шейки бедра является:

1. **-эндопротезирование тазобедренного сустава**
2. остеосинтез
3. скелетное вытяжение
4. гипсовая повязка

Что из перечисленного является противопоказанием к оперативному лечению пациентов с переломом шейки бедра?:

1. соматическая патология в стадии декомпенсации
2. отсутствие опоры конечности до травмы
3. выраженные нарушения психики
4. -все перечисленное

Оптимальным способом оперативного лечения пациентов трудоспособного возраста с переломом шейки бедра является:

1. -остеосинтез
2. консервативное лечение гипсовой иммобилизацией
3. отказ от какого-либо лечения
4. эндопротезирование тазобедренного сустава

С целью иммобилизации при переломе бедра используется:

1. -гонитная гипсовая повязка
2. торако-брахиальная гипсовая повязка
3. повязка Дезо
4. повязка Смирнова-Вайнштейна

Какие из перечисленных симптомов могут свидетельствовать о повреждении магистральных сосудов при переломе бедра?:

1. -отсутствие пульса на подколенной артерии *a. dorsalispedis*, *a. Tibialisposterior*
2. отсутствие пульса на лучевой артерии
3. уменьшение бедра в объеме
4. укорочение бедра

Абсолютными показаниями к оперативному лечению пациентов с переломом бедра являются:

1. -повреждение магистральных сосудов
2. соматическая патология в стадии декомпенсации
3. переломы без смещения
4. нарушение психики

Какие из перечисленных способов остеосинтеза возможны при переломе бедра?

1. накостный
2. интромедуллярный с блокированием
3. ВКДО
4. -все перечисленные

Какая деформация возможна при переломе диафиза бедра?

1. -«галифе»
2. штыкообразная
3. вилкообразная
4. серповидная

К осложнениям перелома шейки бедренной кости следует отнести:

1. несращение
2. ложный сустав
3. аваскулярный некроз головки бедра
4. -все перечисленные

Оптимальные сроки выполнения остеосинтеза шейки бедра:

1. –в течение 6 часов
2. в течение недели
3. после длительной предоперационной подготовки
4. не имеет значение

В качестве фиксаторов шейки бедренной кости могут использоваться:

1. компрессирующие винты
2. Г-образная пластина
3. винт DHS
4. -все перечисленные фиксаторы

К переломам шейки бедренной кости относятся:

1. -субкапитальный, трансцервикальный
2. чрезвертельный
3. подвертельный
4. чрезмышцелковый

Укажите примерный срок консолидации перелома шейки бедренной кости:

1. 2-3 недели
2. 1 месяц
3. -6 месяцев и более
4. 2 года

Укажите наиболее распространенную классификацию переломов шейки бедренной кости:

1. -Pawels-Garden
2. Кохера
3. Бильрота
4. Манингера

Какие из перечисленных видов смещения характерны для переломов шейки бедра?

1. -аддукционные и абдукционные
2. сгибательные
3. разгибательные
4. ротационные

В кровоснабжении проксимального отдела бедренной кости участвуют:

1. артерия круглой связки
2. артерии огибающие шейку бедра
3. внутрикостные артерии
4. -все перечисленные сосуды

Вертлужная впадина является суставной впадиной:

- 1.-тазобедренного сустава
2. коленного сустава
3. голеностопного сустава
4. ни одно из названий не соответствует действительности

Сзади тазобедренный сустав прикрыт:

1. -ягодичными мышцами
2. икроножной мышцей

3. четырехглавой мышцей
4. ни одно из перечисленных образований не верно

Причиной переломов шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста является:

1. -остеопороз
2. авитаминоз
3. атеросклероз
4. деменция

Летальность у пожилых пациентов при переломе шейки бедра возникает на фоне:

1. пневмонии
2. тромбоэмболии
3. пролежней
4. -всех перечисленных факторов

С целью профилактики тромбоэмболии (ТЭЛА) при переломах шейки и диафиза бедра оптимально использование:

1. -низкомолекулярных гепаринов
2. антибиотиков
3. анальгетиков
4. витаминов

С возрастом шеечно-диафизарный угол:

1. -уменьшается
2. увеличивается
3. может, как увеличиваться, так и уменьшаться
4. не изменяется

При переломе шейки бедра с варусным смещением отломков длина конечности:

1. -уменьшается
2. увеличивается
3. может увеличиваться или уменьшаться
4. не изменяется

Тазобедренный сустав образован:

- 1.-вертлужной впадиной и головкой бедренной кости
- 2.суставной впадиной лопатки и головкой плеча
3. головкой лучевой кости и головчатым возвышением плеча
4. ни один из приведенных примеров не правильный

Большой и малый вертел расположены:

1. -в проксимальном отделе бедра
2. в дистальном отделе бедра
3. в средней трети бедра
4. в проксимальном отделе голени

Наиболее прочная часть шейки бедра носит название:

1. -дуга Адамса
2. треугольник Ворда
3. участок Вольфа
4. линия Покард-Мейера

«Ползучие» или усталостные переломы шейки бедренной кости возникают:

1. **-без какой либо травмы**
2. на фоне действия выраженного травмирующего агента
3. в результате острой травмы
4. ни один ответ не правильный

Для диагностики вколоченных переломов шейки бедра оптимально использование:

1. **-компьютерной томографии**
2. рентгенографии
3. флебографии
4. УЗИ исследование

Какое смещение при внутрисуставных переломах считается недопустимым?

1. до 0,1 мм
2. до 1 мм
3. **-более 2 мм в виде ступеньки**
4. все смещения допустимы

Какие из перечисленных переломов относятся к латеральным:

1. **-чрезвертельные, межвертельные**
2. субкапитальные
3. трансцервикальные
4. не один из перечисленных

Закрытые переломы бедренной кости сопровождаются кровопотерей:

1. **-800-900 мл**
2. 100-120мл
3. 3000-4000мл
4. не сопровождаются кровопотерей

Перечислите клинические симптомы перелома диафиза бедра:

1. пассивное положение конечности
2. деформация бедра
3. укорочение бедра
4. **-все перечисленные**

При лечении перелома диафиза бедра методом скелетного вытяжения спицу целесообразно проводить через:

1. **-надмышечковую область бедра**
2. пяточную кость
3. большой вертел
4. надлодыжечная область голени

Мышечки бедренной кости имеют:

1. **-губчатую структуру**
2. кортикальную структуру
3. смешанную
4. ни один ответ не правильный

Переломы мышечков бедра могут возникать при:

1. прямой травме

2. не прямой травме
3. **-оба ответа правильные**
4. оба ответа неправильные

При лечении переломов мышцелков бедра методом скелетного вытяжения спицу целесообразно проводить через:

1. надмышцелковую область бедра
2. пяточную кость
3. большой вертел
4. **-бугристость большеберцовой кости**

Смещение центрального фрагмента при переломе бедра в в/3 происходит в направлении:

1. **-сгибания в тазобедренном суставе, отведения и наружной ротации**
2. сгибание в тазобедренном суставе, приведение, внутренняя ротация
3. разгибание
4. разгибание, внутренняя ротация

Надмышцелковые переломы бедренной кости сопровождаются смещением периферического отломка кзади, что может приводить к:

1. **-повреждению подколенной артерии**
2. повреждению бедренного нерва
3. повреждению седалищного нерва
4. повреждению срединного нерва

Переломы ключицы среди всех переломов костей составляют:

1. 1-3%
2. **-5-10%**
3. 30%
4. 50%

Наиболее часто ключица ломается при падении:

1. на боковую поверхность лица
2. на локоть
3. **-на вытянутую руку**
4. при любом из перечисленных вариантов

При консервативном лечении перелома ключицы у лиц пожилого возраста применяются для иммобилизации ключицы все перечисленные повязки, кроме:

1. косыночной повязки
2. повязки Дезо
3. **-8-образной гипсовой повязки**
4. подвешивающей повязки

Показаниями к оперативному лечению перелома ключицы являются:

1. открытые переломы с повреждением или сдавлением сосудисто-нервного пучка
2. оскольчатый перелом ключицы с опасностью ранения кожи
3. закрытый оскольчатый перелом
4. **-только 1 и 2**

При наличии перелома ключицы у пациентов, пострадавших в результате высокоэнергетических травм (ДТП, кататравма) необходимо выполнение рентгенографии:

- 1.-грудной клетки в прямой проекции в положении стоя
2. противоположного надплечья
3. с функциональной нагрузкой
4. грудной клетки в положении лежа

При переломе ключицы в средней трети чаще других применяется:

- 1.-внутрикостный остеосинтез штифтом
2. остеосинтез аппаратом внешней фиксации
3. накостный остеосинтез линейной пластиной LCP
4. накостный остеосинтез крючкообразной пластиной

Средний срок иммобилизации при консервативном лечении перелома ключицы:

1. 1-2 недели
2. 2-3 недели
3. **4-6 недель**
4. 6-8 недель

Свежим, называется вывих акромиального ключицы при сроке давности травмы не более:

- 1.-**3-х дней**
2. 7-ми дней
3. 14-ти дней
4. 21-го дня

Застарелым, называется вывих акромиального ключицы при сроке давности травмы более:

1. 5-ти дней
2. 10-ти дней
3. 14-ти дней
- 4.-**21-го дня**

При полном вывихе акромиального конца ключицы происходит разрыв связки:

- 1.-**клювовидно-ключичной и акромиально-ключичной**
2. дельтовидной
3. круглой
4. передней крестообразной

Характерным симптомом полного свежего вывиха акромиального конца ключицы является:

1. кровоподтек в области травмированного надплечья
2. локальная болезненность в проекции акромиально-ключичного сочленения
3. крепитация костных отломков в области акромиального конца ключицы
- 4.-**симптом «клавиши»**

При оценке рентгенограмм о наличии подвывиха или вывиха акромиального конца свидетельствует:

- 1.-**смещение нижнего контура ключицы в области акромиально-ключичного сочленения вверх по отношению к соответствующему контуру акромиального отростка**
2. неровность верхнего контура акромиально-ключичного сочленения
3. кальцинаты в подакромиальном пространстве
4. периостальные наслоения в области средней трети ключицы

Ведущим методом диагностики вывиха грудинного конца ключицы является:

1. осмотр и пальпация грудинно-ключичного сочленения
2. УЗИ грудинно-ключичного сустава
3. **-КТ грудной клетки**
4. рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях

Переломы проксимального метаэпифиза плечевой кости во всех возрастных группах составляют:

1. **-4-5% всех переломов**
2. 20% всех переломов
3. 17% всех переломов
4. 80% всех переломов

Наиболее частым переломом проксимального отдела плеча является перелом:

1. головки
2. анатомической шейки
3. бугорков
4. **-хирургической шейки**

Абдукционный перелом хирургической шейки плеча возникает:

1. при приведении плеча
2. **-при отведении плеча**
3. при нейтральном положении
4. при любом из перечисленных положений

Аддукционный перелом хирургической шейки плеча возникает:

1. **-при приведении плеча**
2. при отведении плеча
3. при нейтральном положении
4. при сгибании плеча

При абдукционном переломе хирургической шейки плеча угол, образованный фрагментами, открыт:

1. кнутри и кзади
2. **-кнаружи и кзади**
3. кнутри и кпереди
4. углового смещения нет

При аддукционном переломе хирургической шейки плеча отломки смещены так, что образуют угол, открытый:

1. **-кнутри и кзади**
2. кнаружи и кзади
3. кнаружи и кпереди
4. кнутри и кпереди

Наиболее грозным осложнением при лечении переломов проксимального отдела плеча является:

1. консолидация в неправильном положении костных отломков
2. контрактура в плечевом суставе
3. **-асептический некроз головки плеча**
4. формирование ложного сустава

Признаками мышечной интерпозиции при диафизарных переломах плеча являются:

1. смещение фрагментов
2. **-отсутствие крепитации костных отломков при пальпации**
3. неудача при попытке репозиции
4. все перечисленное

Диафизарные переломы плеча при консервативном лечении срастаются:

1. к 4-5 неделе
2. к 6-8 неделе
3. **-к 12-14 неделе**
4. к 20-22 неделе

При переломах диафиза в верхней трети, ниже хирургической шейки плечевой кости и выше точки крепления большой грудной мышцы центральный отломок смещается под действием тяги надостной мышцы:

1. **-кнаружи, кпереди с наружной ротацией**
2. внутрь
3. приводится с проксимальным смещением и внутренней ротацией
4. все перечисленное не верно

Наиболее частым осложнением при переломе диафиза плечевой кости в нижней трети является повреждение:

1. локтевого нерва
2. **-лучевого нерва**
3. лучевой артерии
4. срединного нерва

Повреждение лучевого нерва при переломе в нижней трети плеча вызывает все перечисленное, кроме:

1. **-расстройства чувствительности в 4 и 5 пальцах**
2. свисания кисти и невозможности активного разгибания ее и основной фаланги пальцев
3. понижения чувствительности на лучевой стороне кисти
4. понижения чувствительности на разгибательной части предплечья

В большинстве случаев повреждение лучевого нерва при переломе плечевой кости на границе средней и нижней трети связано с:

1. его отрывом на уровне плечевого сплетения
2. **-его ущемлением и сдавлением в области перелома плечевой кости**
3. его размождением
4. повреждением плечевой артерии

Травматическим вывихом плеча называют:

1. **-полное разобщение сочленяющихся поверхностей головки плечевой кости и суставной впадины лопатки с разрывом капсулы сустава в результате физического насилия**
2. смещение головки плечевой кости в пределах плечевого сустава
3. разобщение сочленяющихся поверхностей плечевой кости в области локтевого сустава в результате физического насилия или патологического процесса
4. верно 1 и 3

Повреждение Хилл-Сакса (Hill-Sachs) – это:

1. **-импрессионное костное повреждение задне-наружной части головки плеча при ударе о край суставной впадины лопатки при вывихе плеча**

2. отрыв передне-нижнего края суставной губы cavitasglenoidalis
3. отрыв точки крепления длинной головки бицепса плеча в верхней части суставной губы
4. перелом в области хирургической шейки плечевой кости

Различают следующие виды вывихов:

1. свежий
2. несвежий
3. застарелый
4. привычный
5. **-все перечисленные**

Плечо при вывихе, как правило:

1. приведено
2. **-отведено**
3. согнуто
4. ротировано кнаружи

Характерным симптомом вывиха плеча является:

1. **-симптом «пружинящего сопротивления»**
2. симптом «клавиши»
3. симптом падающей руки
4. симптом Кеннеди

Наиболее щадящим способом вправления свежего вывиха плеча является способ:

1. Гиппократ
2. **-Чаклина**
3. Мотта
4. Кохера

Причиной возникновения привычного вывиха плеча является:

1. родовая травма
2. инфекционный артрит
3. вывих плеча, сопровождающийся переломом ключицы
4. **-повреждения в момент травматического вывиха в сочетании с неправильной тактикой ведения пациента после вправления вывиха**

После установления диагноза «травматический вывих» к вправлению следует прибегнуть:

1. **-немедленно**
2. через 1 час
3. через сутки
4. через 3 суток

К наружным ротаторам плеча относятся следующие мышцы:

1. **-m. supraspinatus, m. infraspinatus, m. teres minor**
2. m. supraspinatus, m. subscapularis
3. m. brachioradialis
4. m. supraspinatus, m. infraspinatus, m. teres minor, m. subscapularis

Для проверки наличия импиджмент-синдрома плеча применяют следующие тесты:

1. Каплана
2. **-Jobe**

3. lift-off
4. падающей руки

Консервативное лечение при разрыве сухожилия надостной мышцы в раннем периоде состоит в:

1. -иммобилизации поврежденной конечности в положении отведения и адекватном обезболивании
2. лечебной физкультуре и укреплении мышц плечевого сустава
3. назначении силовых упражнений, направленных на укрепление мышц верхней конечности
4. все верно

«Золотым стандартом» оперативного лечения при свежих массивных разрывах ротаторной манжеты является:

- 1.-артроскопический шов с помощью анкерных фиксаторов
2. мини-инвазивный чрескостный шов
3. открытый шов ротаторов плеча
4. пластическое замещение поврежденного сухожилия

При не установлении диагноза или неправильной тактике лечения перелома ладьевидной кости кисти наиболее тяжелым осложнением является:

1. формирование ложного сустава
- 2.-асептический некроз проксимального полюса ладьевидной кости
3. нарушение чувствительности в 4 и 5 пальцах кисти
4. развитие «туннельного» синдрома

При свежих переломах ладьевидной кости предпочтительным методом оперативного лечения является:

1. ВКДО
2. чрескожный остеосинтез спицами
- 3.-остеосинтез компрессирующим винтом Герберта
4. остеосинтез костным штифтом

Противопоказанием к наложению первичного сухожильного шва глубокого сухожилия сгибателя пальцев является все перечисленное, кроме:

1. наличия явных признаков острого воспаления в области раны на пальце
2. наличия у пострадавшего тяжелого сочетанного повреждения внутренних органов
3. множественных переломов костей кисти и пальцев, требующих особого лечения
4. скальпированной кожной раны кисти и пальцев, требующей пластического восстановления
5. -наличия повреждений сухожилий нескольких пальцев

Первичным сухожильным швом называется шов, наложенный:

1. на сухожилие в течение первого часа после травмы
- 2.-в течение первых 12-24 часов после повреждения
3. в течение первых 7 дней после травмы
4. в течение первых 3 дней после травмы

По ладонной поверхности кисти при выборе тактики и техники шва сухожилий сгибателей выделяют:

- 1.-5 зон сухожилий сгибателей
2. 6 зон сухожилий сгибателей
3. 7 зон сухожилий сгибателей
4. 8 зон сухожилий сгибателей

«Критической» зоной сухожилий сгибателей пальцев кисти называется область:

1. от середины средней фаланги до головок пястных костей
2. зона карпального канала
3. от дистальной фаланги до середины средней фаланги
4. проксимальнее головок пястных костей до поперечной связки запястья

Шов сухожилия сгибателя пальца кисти в «критической» зоне:

1. должен обеспечивать наилучшие условия для скольжения
2. не выполняется ввиду его нецелесообразности
3. должен быть выполнен рассасывающимся материалом
4. все перечисленное верно

Повреждение Банкарта – это:

1. отрыв хрящевой губы с капсульно-связочным комплексом от переднего края суставного отростка лопатки
2. ишемическая контрактура кисти
3. повреждение на уровне сустава Лисфранка
4. контрактура, сопровождающаяся отвисанием кисти и пальцев

При свежих закрытых разрывах сухожилий разгибателей пальцев кисти на уровне дистального межфалангового сустава выполняют наружную фиксацию в положении:

1. «писчего пера»
2. в разогнутом положении
3. в положении гиперкоррекции дистальной фаланги
4. в согнутом положении

Эффективность способов консервативного лечения разрывов сухожилий разгибателей пальцев кисти:

1. более 50%
2. менее 50%
3. 100%
4. 70%

Чаще всего для пластики посттравматических дефектов сгибателей и разгибателей пальцев кисти используется:

1. сухожилие длинной ладонной мышцы (m. palmarislongus)
2. Ахиллово сухожилие
3. акромиально-ключичная связка
4. сухожилие короткой малоберцовой мышцы (m. peroneusbrevis)

Срок иммобилизации при консервативном лечении разрыва сухожилия разгибателя пальца кисти:

1. 2 недели
2. 3-4 недели
3. 5-6 недель
4. иммобилизация не требуется

Укажите, какие кости образуют предплечье:

1. локтевая и малоберцовая
2. лучевая и большеберцовая
3. лучевая и локтевая

4.малоберцовая и большеберцовая

Какие движения предплечья называются пронация и супинация?

1. сгибание предплечья
2. **-вращательные движения предплечья**
3. разгибание предплечья
4. сгибание и разгибание предплечья

Какие переломы предплечья характерны для детского возраста?

1. со смещением по длине
2. со смещением по ширине
3. с ротационным смещением
4. **-переломы в области диафиза по типу «зеленой ветки»**

Переломо-вывих Монтеджи – это комбинация:

1. **-перелом проксимальной трети локтевой кости с вывихом головки лучевой кости**
2. перелом лучевой кости с вывихом локтевого отростка
3. перелом обеих костей предплечья с вывихом головки лучевой кости
4. перелом локтевого отростка с вывихом головки лучевой кости

Переломо-вывих Галеацци – это комбинация:

1. **-перелом дистальной трети лучевой кости с вывихом головки локтевой кости**
2. перелом костей предплечья с вывихом головки локтевой кости
3. перелом локтевой кости с вывихом головки лучевой кости
4. перелом локтевой кости с вывихом головки локтевой кости

Обсалютные признаки перелома кости предплечья:

1. отёк и боль при пальпации
2. припухлость и ограничение функции
3. **-деформация под углом и патологическая подвижность**
4. гиперемия и местное повышение температуры

Транспортная иммобилизация шиной Крамера при переломе костей предплечья:

1. **-от верхней трети плеча до кончиков пальцев**
2. от кончиков пальцев до локтевого сустава
3. от лучезапястного сустава до верхней трети плеча
4. от лучезапястного сустава до локтевого сустава

Перелом лучевой кости в типичном месте типа Коллиса или Смита это:

1. **-перелом лучевой кости на 2-2,5 см проксимальней суставной щели лучезапястного сустава**
2. перелом головки лучевой кости
3. перелом диафиза лучевой кости
4. перелом лучевой кости с вывихом головки локтевой кости

Костная основа голени представлена:

1. большеберцовой костью
2. малоберцовой костью
3. **-большеберцовой и малоберцовой костью**
4. бедренной костью

Какая из костей голени выполняет опорную функцию:

1. **-в большей степени большеберцовая кость**
2. бедренная кость
3. малоберцовая кость
4. большеберцовая и малоберцовая кости в равном объёме

Открытые переломы голени это:

1. переломы с обширной гематомой
2. **-наличие раны мягких тканей сообщаемой с переломом**
3. переломы с деформацией голени
4. наличие раны на голени не связанной с переломом

Иммобилизация при переломе костей голени накладывается:

1. от кончиков пальцев до коленного сустава
2. от голеностопного сустава до верхней трети бедра
3. **-от кончиков пальцев до верхней трети бедра**
4. от голеностопного до коленного сустава

Внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез это:

1. остеосинтез стержнями
2. остеосинтез пластинами
3. остеосинтез винтами
4. **-остеосинтез аппаратом Илизарова**

Срок иммобилизации гипсовой повязкой при переломе диафиза обеих костей голени:

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

Как правильно выполнить рентгенографию голени при её переломе:

1. только в прямой проекции
2. **-в двух проекциях с захватом смежных суставов (коленного и голеностопного)**
3. в двух проекциях с захватом голеностопного сустава
4. только в боковой проекции

При наложении скелетного вытяжения при переломе диафиза костей голени спицу проводят:

1. через ахиллово сухожилие
2. через икроножную мышцу
3. **-через пяточную кость**
4. через кожу

Пациент находится на скелетном вытяжении при переломе костей голени:

1. 3-5 дней до сопоставления отломков
2. **-35-40 дней до формирования первичной костной мозоли**
3. 100-110 дней до сращения перелома
4. 10-15 дней до спадения отёка

Остеосинтез костей голени по экстренным показаниям производят:

1. при закрытых переломах
2. при поперечных переломах со смещением
3. при переломах с наличием трофических язв на коже голени

4. -при переломах с повреждением сосудов и нервов

Остеосинтез винтами большеберцовой кости производят:

1. при поперечных переломах
2. при оскольчатых переломах
3. **-при винтообразных переломах, когда линия перелома вдвое больше диаметра кости**
4. при переломах без смещения

Накостный остеосинтез пластинами при переломах костей голени применяют:

1. **-при переломах проксимального и дистального метаэпифиза со смещением при внутрисуставных переломах**
2. при переломах диафиза
3. при двойных переломах
4. при поперечных переломах

Пластина с угловой стабильностью винтов LCP это:

1. это пластина с монокортикальными винтами
2. это пластина с ограниченным контактом с костью
3. **-это пластина, в которой головки винтов прочно фиксируются в пластине и проводятся в различных направлениях**
4. это компрессирующая пластина

После остеосинтеза перелома голени заблокированным стержнем:

1. **-гипсовая иммобилизация не используется**
2. гипсовая иммобилизация 3,5 месяца
3. гипсовая иммобилизация 1,5 месяца
4. фиксация голени ортезом

Что включает перелом Дюпюитрена?

1. перелом обеих лодыжек
2. **-поперечный перелом внутренней лодыжки, разрыв дистального межберцового синдесмоза, перелом нижней трети малоберцовой кости с подвывихом стопы кнаружи**
3. перелом обеих лодыжек и заднего края большеберцовой кости
4. перелом наружной лодыжки и разрыв дельтовидной связки

При переломо-вывихах в голеностопном суставе:

1. сустав отёчен, движения болезненные
2. **-сустав деформирован, опорная функция нарушена, активные движения отсутствуют, выражен отёк, и подкожная гематома**
3. активные движения сохранены, боль при ходьбе
4. выраженный отёк и подкожная гематома по наружной поверхности сустава. Активные движения ограничены

При переломе лодыжек со смещением показано:

1. гипсовая иммобилизация. Закрытая репозиция после спадения отёка
2. **-закрытая репозиция по экстренным показаниям**
3. скелетное вытяжение
4. открытый металлоостеосинтез после спадения отёка

При изолированном переломе наружной лодыжки без смещения показано:

1. наложение 8-образной повязки
2. **-наложение U-образной гипсовой лонгеты**

3. наложение аппарата Илизарова
4. остеосинтез пластиной

При частичном повреждении наружных боковых связок голеностопного сустава показана:

1. **-8-образная повязка эластичным бинтом**
2. гипсовая лонгета на 6 недель
3. оперативное лечение
4. скелетное вытяжение

При переломе малоберцовой кости в средней трети показано:

1. остеосинтез пластиной
2. **-гипсовая лонгета**
3. скелетное вытяжение
4. наложение аппарата Илизарова

Назовите метод лечения, который более эффективен при открытом переломо-вывихе в голеностопном суставе:

1. закрытая репозиция
2. металлоостеосинтез
3. скелетное вытяжение
4. **-ВКДО аппаратом Илизарова**

Что такое интрамедуллярный остеосинтез голени блокированным штифтом «интерлокинг»?

1. остеосинтез двумя спицами
2. остеосинтез тремя винтами
3. **-остеосинтез интрамедуллярным стержнем, обеспечивающим осевую и ротационную стабильность**
4. остеосинтез пластиной

Укажите, через какую кость проводят спицу при наложении скелетного вытяжения за голень:

1. таранная кость
2. **-пяточная кость**
3. наружная лодыжка
4. плюсневая кость

Укажите, какую шину используют при лечении переломов костей голени методом скелетного вытяжения:

1. **-шину Белера**
2. шину Дитерихса
3. шину Крамера
4. импровизированную шину

Укажите основной метод лечения при переломах лучевой кости в типичном месте типа Коллиса:

1. **-закрытая репозиция, гипсовая лонгета**
2. скелетное вытяжение
3. ВКДО аппаратом Илизарова
4. остеосинтез пластиной

Укажите характерные клинические признаки при переломе лучевой кости в типичном месте типа Коллиса:

1. угловая деформация средней трети предплечья
2. патологическая подвижность
3. **-штыкообразная деформация нижней трети предплечья**
4. крепитация отломков

Укажите характерные клинические признаки при разгибательном переломо-вывихе Монтеджи:

1. **-укорочение и деформация верхней трети предплечья с ограничением сгибания в локтевом суставе**
2. деформация нижней трети предплечья по типу «вилки»
3. угловая деформация и крепитация отломков в средней трети предплечья
4. отёк и ограничение функции лучезапястного сустава

Укажите, какой из методов остеосинтеза предпочтительней при закрытом переломе костей предплечья со смещением:

1. ВКДО аппаратом Илизарова
2. остеосинтез спицами
3. **-остеосинтез пластинами**
4. интрамедулярный остеосинтез штифтами

Укажите метод лечения при переломе диафиза лучевой кости без смещения:

1. **-гипсовая повязка**
2. ВКДО аппаратом Илизарова
3. остеосинтез спицами
4. остеосинтез штифтом

Укажите уровень фиксации гипсовой повязкой после закрытой репозиции перелома средней трети предплечья:

1. от лучезапястного сустава до локтевого сустава
2. **-от головок пястных костей до середины плеча**
3. от кончиков пальцев до верхней трети плеча
4. от лучезапястного сустава до «здоровой» лопатки

Укажите основной дополнительный метод исследования применяемый при диагностике переломов предплечья:

1. сонография
2. **-рентгенография**
3. магнитнорезонансная томография
4. доплерография

Назовите наиболее эффективный метод лечения при открытом переломе костей предплечья в средней трети:

1. скелетное вытяжение
2. **-ВКДО аппаратом Илизарова**
3. остеосинтез спицами
4. остеосинтез пластинами

Назовите механизм травмы при «переломе лучевой кости в типичном месте»:

1. **-падение на вытянутую руку**
2. прямой удар по нижней трети предплечья

3. падение с опорой на локоть
4. падение на плечо

Укажите правильную технику ручной репозиции отломков лучевой кости при переломе Коллиса:

- 1.-тракция кисти по длине, затем ладонное сгибание и ульнарное отведение
2. тракция кисти по длине и тыльное сгибание
3. тыльное сгибание кисти и лучевое отведение
4. тракция кисти по длине и лучевое отведение

Укажите метод лечения при изолированном переломе большеберцовой кости без смещения:

- 1.-циркулярная гипсовая повязка от кончиков пальцев до середины бедра
2. ВКДО аппаратом Илизарова
3. скелетное вытяжение
4. остеосинтез пластиной

Укажите механизм травмы при оскольчатом «бамперном» переломе голени:

1. прямой удар по голени бампером автомобиля
- 2.-при наезде автомобиля на пешехода
3. поворот туловища при фиксированной стопе
4. при падении с высоты

Укажите, какие переломы голени подлежат оперативному лечению:

1. переломы без смещения отломков
2. изолированные переломы большеберцовой кости
3. переломы с поперечной линией излома большеберцовой кости
4. -переломы с интерпозицией между отломками мягких тканей мышц или поперечно расположенных костных фрагментов

Укажите срок иммобилизации гипсовой повязкой при переломе лучевой кости в «типичном месте»:

1. 2 месяца
- 2.-5 недель
3. 2 недели
4. 3 месяца

Назовите наиболее часто встречающиеся осложнения при переломе костей голени в нижней трети:

1. тромбоз глубоких вен
2. остеомиелит
- 3.-замедленная консолидация и ложные суставы
4. повреждение магистральных сосудов

Укажите, какая связка укрепляет голеностопный сустав по внутренней поверхности:

1. передняя таранно-малоберцовая
2. пяточно-малоберцовая
- 3.-дельтовидная
4. внутренняя боковая

Укажите наиболее частую травму голеностопного сустава:

1. перелом наружной лодыжки

- 2.-повреждение связок
3. перелом таранной кости
4. перелом внутренней лодыжки

Назовите самое частое осложнение, которое развивается при переломе лодыжек голени:

1. гнойный артрит
- 2.-посттравматический деформирующий артроз
3. костный анкилоз
4. ложный сустав наружной лодыжки

Абсолютный признак перелома кости:

1. деформация сустава
2. деформация мягких тканей
3. отек
- 4.-патологическая подвижность костных отломков

Признак, характерный только для перелома:

1. кровоподтек
2. припухлость
- 3.-крепитация костных отломков
4. нарушение функции конечности

Симптом, характерный только для вывиха:

1. боль
2. гиперемия
3. нарушение функции
- 4.-пружинящее сопротивление движению в суставе

Патологическим называется вывих:

1. врожденный
2. при травме
- 3.-при разрушении суставных поверхностей образующих сустав
4. «застарелый»

Если при сохраненной целостности кожи определяется локальная боль, крепитация и деформация конечности, можно предположить:

1. повреждение связочного аппарата
2. ушиб мягких тканей
3. вывих
- 4.-закрытый перелом

Абсолютное укорочение конечности характерно для:

1. растяжения связок
- 2.-перелома костей
3. ушиба
4. разрыва суставной капсулы

При переломе бедра необходимо иммобилизовать:

1. тазобедренный сустав
2. тазобедренный и коленный суставы
- 3.-тазобедренный, коленный, голеностопный суставы
4. место перелома

В положении «лягушки» транспортируют пациентов с переломом:

- 1.-костей таза
2. позвоночника
3. бедра
4. костей стоп

У детей наблюдаются, как правило, переломы:

1. косые
- 2.-по типу «зеленой ветки», поднадкостничные, эпифизеолизы, остеоэпифизеолизы
3. компрессионные
4. полные

Симптом, характерный для перелома костей таза:

1. напряжение мышц передней брюшной стенки
2. крепитация в области верхней трети бедра
3. императивный позыв на мочеиспускание
- 4.-симптом Ларрея

При открытом переломе, прежде всего, необходимо:

1. дать обезболивающее средство
2. провести иммобилизацию конечности в том положении, в котором она находится в момент повреждения
- 3.-на рану в области перелома наложить стерильную повязку
4. остановить кровотечение

Вид смещения отломков определяют по данным:

- 1.-рентгенограмм
2. ангиограмм
3. опроса
4. УЗИ
5. денситометрии

Укорочение конечности определяют по данным:

1. пальпации
2. УЗИ
3. аускультации
- 4.-сравнительных измерений длины конечности по костным выступам

Наиболее часто в диагностике переломов используют:

1. КТ
2. МРТ
- 3.-рентгенографию
4. УЗИ
5. денситометрию

Амплитуду движений в суставе определяют:

1. тонометром
2. циркулем
3. линейкой
- 4.-угломером
5. аппаратом Илизарова

Общее правило при наложении иммобилизации:

1. конечность всегда должна быть разогнута
2. иммобилизовать кость на ее протяжении
3. обездвижить сегмент с захватом одного сустава
4. туго затянуть фиксирующие бинты
5. **-обездвижить сегмент с захватом вышележащего и нижележащего суставов**

Целью лечения перелома является:

1. **-восстановление функции поврежденной конечности**
2. анатомическое сопоставление отломков
3. минимизация расходов
4. обойтись без оперативного вмешательства
5. обездвижить конечность

Возможность нагружать конечность после операции остеосинтеза зависит от:

1. пожеланий пациента
2. **-стабильности остеосинтеза и способа фиксации перелома**
3. стажа работы врача
4. загруженности отделения
5. требований страховой компании

Анатомичное сопоставление отломков необходимо:

1. для переломов нижней конечности
2. для всех переломов
3. для переломов верхней конечности
4. **-для внутрисуставных переломов**
5. не требуется

Интрамедуллярный остеосинтез с блокированием обеспечивает осевую нагрузку:

1. **- в ранние сроки**
2. в те же сроки, что и при остеосинтезе пластинами
3. в поздние сроки
4. не обеспечивает
5. не проводится

Внеочаговый остеосинтез при переломах длинных трубчатых костей может быть применен:

1. только для простых переломов
2. только для переломов типа С
3. **-для всех типов переломов, требующих оперативного лечения**
4. только как временная фиксация
5. не применяется

При переломе вертлужной впадины со значительным смещением отломков:

1. **-показано оперативное лечение**
2. показано консервативное лечение
3. направляют в травмпункт своим ходом
4. лечение не проводят

При подозрении на перелом костей таза:

1. **-проверяют симптомы Верней, Ларрея**

2. проверяют симптом Тренделенбурга
3. проверяют симптом Байкова
4. проверяют симптом Бабинского
5. проверяют симптом Чаклина

При переломе одной из ветвей лобковой кости:

1. показана КТ
2. целостность тазового кольца нарушается
3. показано только оперативное лечение
4. **-целостность тазового кольца не нарушается**
5. проводят спинномозговую анестезию

При переломах костей таза с целью обезболивания рекомендовано:

1. проводниковая анестезия
2. наркоз
3. перидуральная блокада
4. **-анестезия по Школьникову-Селиванову**
5. прием барбитуратов

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

1. передне-верхнюю ость подвздошной кости
2. **-наружный край надколенника**
3. внутренний край надколенника
4. первый палец стопы

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

1. центр головки плечевой кости
2. центр головчатого возвышения плеча
3. головку лучевой кости
4. головку локтевой кости
5. **-центр V пальца кисти**

Относительная длина нижней конечности включает в себя расстояние от передней верхней ости таза:

1. до большого вертела бедра
2. до суставной щели коленного сустава
3. **-до нижнего края внутренней лодыжки**
4. до пяточного бугра

Относительная длина верхней конечности измеряется от акромиального отростка лопатки:

1. до середины проекции головки плеча
2. до наружного мыщелка
3. **-до шиловидного плеча отростка лучевой кости**
4. до конца третьего пальца
5. до конца пятого пальца

Перкуссия по костным выступам не позволяет выявить:

1. наличия жидкости в полости очага или сустава
2. наличия газа в полости или суставе
3. **-степени срастания переломов длинных трубчатых костей**

4. степени кровоснабжения конечностей
5. наличия больших полостей в эпифизах или метафизах конечностей

Отведение и приведение конечностей – это движения:

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

Рентгенографическое исследование дает возможность установить перечисленное, кроме:

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

При чтении рентгенограммы при переломах костей необходимо обращать внимание на все перечисленное, за исключением:

1. плотности рентгенологического рисунка кости (остеопороз, остеосклероз)
2. нарушения кортикального слоя кости
3. состояния окружающих кость тканей
4. изменения оси и формы кости
5. **-степени плотности (засветки) полей рентгенограммы вне исследуемой кости**

После наложения циркулярной гипсовой повязки на конечность могут возникнуть все перечисленные ниже осложнения, за исключением:

1. образования пролежней
2. **-гибели всей сапрофитной кожной микрофлоры с дальнейшим замещением ее грибковой микрофлорой**
3. сдавления (ишемии) питающих сосудов
4. сдавления нервных стволов с дальнейшим образованием невритов и фолькмановской контрактуры на верхней конечности

Переломы костей таза встречаются при всех перечисленных механизмах, кроме:

1. сдавливания костей таза
2. разведения костей таза
3. прямого удара по тазу
4. **-скручивания костей таза**
5. отрывного механизма

К переломам, сопровождающимся разрывом тазового кольца, относятся:

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

В лечении пострадавших с тяжелыми переломами костей таза не применяются:

1. лечение и профилактика травматического шока
2. восполнение потерянной при травме крови

3. **-раннее вставание и активизация пострадавшего - «функциональное лечение»**
4. репозиция смещенных отломков костей таза
5. профилактика и лечение возникающих осложнений

Чаще всего при переломах костей таза повреждаются:

1. простата у мужчин и яичники у женщин
2. **-уретра, простатическая ее часть**
3. дистальная часть мочеиспускательного канала
4. мочевого пузыря
5. влагалище у женщин и половой член у мужчин

Переломы большого вертела возможны в случае:

1. падения на ноги
2. падения на область ягодиц
3. сдавления таза в передне-заднем направлении
4. **-сдавления таза с боков или падения на область большого вертела**

Костная пластика наиболее удачно может быть применена:

1. для артродеза суставов
2. **-для лечения ложных суставов**
3. для создания суставов
4. при свежих переломах

Среди переломов костей таза носит название «перелома Мальгения»:

1. двойной перелом переднего полукольца
2. отрывной перелом передне-нижней кости
3. **-односторонний перелом лонной и седалищной кости спереди и подвздошной кости сзади**
4. перелом вертлужной впадины
5. перелом крыла подвздошной кости

При травматическом разрыве лонного сочленения в стационаре целесообразно применить следующую укладку больного:

1. **-сдавить и приподнять таз с помощью гамачка, укрепленного на балканской раме**
2. положение «лягушки» на горизонтальной плоскости
3. скелетное вытяжение за обе нижние конечности по горизонтальной плоскости
4. не требует специальной укладки

Симптом «заднего шага» характерен:

1. для перелома крыла подвздошной кости
2. для разрыва симфиза
3. для разрыва крестцово-подвздошного сочленения
4. для перелома горизонтальной ветви лонной кости
5. **-для отрыва передней верхней ости**

Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы, является:

1. гематома в области плечевого сустава
2. **-болевая реакция и крепитация отломков при пальпации ключицы**
3. гемипарез
4. беспричинный плач и реакция на болевое ощущение при пеленании
5. нарушение кровообращения

Какое количество 0,25% раствора новокаина необходимо для выполнения односторонней внутритазовой блокады?

- 1.-240 мл (600 мг)
2. 400-550 мл
3. 600-750 мл
4. 700-850 мл

Что такое симптом Габая?

1. деформация таза
2. нарушение функций таза
3. -поддержка «здоровой» ногой больную при перемещении тела
4. поддержка «здоровой» рукой больную ногу при перемещении тела

Симптом Ларрея-боль в месте перелома при:

1. -разведении крыльев подвздошных костей
2. сжатии крыльев подвздошных костей
3. ощупывании крыльев подвздошных костей

Симптом Вернейля - боль в месте перелома при:

1. разведении крыльев подвздошных костей
2. -сжатии крыльев подвздошных костей
3. ощупывании крыльев подвздошных костей

При внутрибрюшном разрыве мочевого пузыря позывы на мочеиспускание:

1. частые
2. обычные
- 3.-отсутствуют

При вальгусной деформации I пальца стопы (hallux valgus) типичной формой сопутствующей деформации стопы является:

1. пяточная стопа
2. полая стопа
3. эквино-варусная стопа
- 4.-поперечно-распластанная стопа

Укажите повреждения, характерные для супинационного перелома области голеностопного сустава:

- 1.-поперечный перелом наружной лодыжки
2. разрыв дистального межберцового синдесмоза
3. поперечный перелом внутренней лодыжки
4. разрыв дельтовидной связки

При переломах пяточной кости наиболее характерными сопутствующими повреждениями будут:

1. перелом голени
2. перелом шейки бедра
- 3.-перелом позвонка
4. перелом надколенника

Вид лечения, который целесообразно применять при вальгусной деформации I-го пальца стопы II-III ст.:

1. консервативный - корригирующие гипсовые повязки

- 2.-оперативный
3. ЛФК
4. ношение ортопедической обуви

Укажите наиболее часто встречающуюся деформацию стопы:

- 1.-вальгусная деформация I пальца стопы
2. полая стопа
3. эквинусная стопа
4. варусная стопа

Клиническими признаками перелома пяточной кости являются:

1. боли в области пяточной кости, уплощение свода стопы, деформация голеностопного сустава, опущение верхушек лодыжек на стороне перелома пяточной кости
2. деформация голеностопного сустава и смещение внутренней лодыжки вверх
3. гемартроз голеностопного сустава, уплощение внутреннего свода стопы
- 4.-**боль в области расположения пяточной кости, отсутствие деформации голеностопного сустава**

Какой метод обследования наиболее предпочтителен для визуализации рентгеннегативного инородного тела в подошвенной области?

- 1.-УЗИ
2. рентгенография
3. РКТ
4. МРТ

Лучшим способом иммобилизации при переломе основной фаланги V пальца будет:

1. задняя гипсовая лонгета
- 2.-**прибинтовывание к IV пальцу**
3. закрытая репозиция
4. открытая репозиция с фиксацией спицами

Кровоподтек на подошвенной поверхности стопы (признак Мондора) характерен для:

1. перелома плюсневых костей
- 2.-**повреждения сустава Лисфранка**
3. перелома шейки таранной кости
4. перелома лодыжек

Предпочтительным методом лечения при переломе Джонса (основания V плюсневой кости) является:

1. иммобилизация гипсовой лонгетой
2. закрытая одномоментная репозиция
- 3.-**открытая репозиция, остеосинтез винтом**
4. ношение ортопедической обуви

Суставная капсула голеностопного сустава лишена укрепляющих связок:

1. латерально и сзади
- 2.-**спереди и сзади**
3. медиально и сзади
4. медиально и латерально

Лечение ушибов мягких тканей стопы включает все перечисленное, кроме:

- 1.-**применения малых доз рентгенотерапии**

2. применения холода в остром периоде
3. наложения давящей повязки
4. физиопроцедур

Показаниями к хирургической коррекции наружного отклонения I пальца стопы являются все, кроме:

1. -нарушения косметической формы стопы
2. болевого синдрома
3. сочетание с молоткообразной деформации других пальцев стопы
4. хронического бурсита области головки I плюсневой кости

Противопоказаниями к хирургической коррекции наружного отклонения I пальца стопы являются все кроме:

1. ангиопатии нижних конечностей
2. острый период инфаркта миокарда
3. инфекции кожи и мягких тканей в области оперативного вмешательства
4. -болевого синдрома и наличия «натоптышей»

Консервативное лечение при наружном отклонении I пальца стопы показано при:

1. ригидной форме деформации
2. наличии избыточной массы тела
3. -эластичной форме деформации
4. деформации II степени

Причинными факторами молоткообразной деформации пальцев стопы являются все кроме:

1. удлинённый II луч стопы
2. плохо подобранная обувь
3. нейро-мышечные расстройства
4. -наличие застарелого перелома внутренней лодыжки

При когтеобразной деформации пальцев наблюдается:

1. -разгибание в плюсне-фаланговом и сгибание в проксимальном межфаланговом суставе
2. сгибание в плюсне-фаланговом и разгибание в проксимальном межфаланговом суставе
3. нейтральное положение в плюсне-фаланговом и сгибание в проксимальном межфаланговом суставе
4. нейтральное положение в плюсне-фаланговом и разгибание в проксимальном межфаланговом суставе

Основной причиной когтеобразной деформации пальцев стопы является:

1. ношение плохо подобранной обуви
2. -дисбаланс мышц сгибателей и разгибателей
3. травмы стопы
4. врожденные дефекты стопы

Угол Белера в норме равен:

1. -25-40°
2. 40-55°
3. 30-65°
4. 10-20°

Консервативное лечение внутрисуставных переломов пяточной кости допустимо при величине угла Белера:

1. 0-10°
2. -15-20°
3. отрицательном угле Белера
4. угол Белера не является определяющим при показаниях к консервативному лечению

Тактика лечения при переломах шейки таранной кости со смещением отломков и подвывихом:

1. -открытая репозиция и остеосинтез
2. наложение гипсовой повязки
3. ношение подошвенных ортезов-супинаторов
4. скелетное вытяжение

Наиболее часто встречающийся подтаранный вывих стопы это:

1. -медиальный
2. латеральный
3. передний
4. задний

Основным методом лечения подтаранного вывиха стопы является:

1. -закрытое одномоментное вправление
2. открытое одномоментное вправление
3. скелетное вытяжение
4. астрагалэктомия

Медиальный подтаранный вывих стопы сопровождается выраженной деформацией стопы в виде:

1. -приобретенной косолапости
2. пяточной стопы
3. эквино-варусной стопы
4. форма стопы не меняется

Характерным механизмом травмы при переломе шейки таранной кости является:

1. падение тяжелого предмета на стопу
2. -тыльное сгибание и супинация стопы
3. форсированная нагрузка на пяточную кость
4. супинация стопы под осевой нагрузкой

Методом выбора лечения при повреждениях сустава Лисфранка является:

1. -открытая репозиция с фиксацией винтами и спицами
2. закрытая репозиция с иммобилизацией гипсовой лонгетой
3. активная реабилитация без иммобилизации
4. скелетное вытяжение

Основной причиной продольного плоскостопия у взрослых является:

1. -дисфункция задней большеберцовой мышцы
2. травма стопы
3. остеоартроз таранно-ладьевидного сустава
4. сопутствующая неврологическая патология

Методом выбора лечения при мобильной форме продольного плоскостопия является:

- 1.-ношение стелек-супинаторов
2. гипсовая иммобилизация
3. скелетное вытяжение
4. хирургическая коррекция

При неэффективности консервативных методов лечения плоскостопия выполняется:

- 1.-операция Эванса
2. ампутация на уровне сустава Лисфранка
3. эндопротезирование голеностопного сустава
4. ЛФК

Плюсна образована:

1. двумя костями
2. тремя костями
3. четырьмя костями
- 4.-пятью костями

При наличии внутрисуставного перелома в области межфалангового сустава методом выбора является:

- 1.-открытая репозиция и фиксация спицами
2. закрытая репозиция и иммобилизация гипсовой лонгетой
3. иммобилизация к смежному пальцу
4. активная ЛФК

При переломах диафизов плюсневых костей наиболее характерное смещение происходит в:

- 1.-сагиттальной плоскости
2. фронтальной плоскости
3. вертикальной плоскости
4. горизонтальной плоскости

При эквинусной деформации стопы методом выбора лечения является:

- 1.-удлинение ахиллова сухожилия
2. артрорез голеностопного сустава
3. ампутация стопы по Пирогову
4. эндопротезирование голеностопного сустава

Причиной частого формирования ложного сустава при переломах основания V плюсневой кости являются:

- 1.-особенности кровоснабжения данной анатомической зоны
2. нарушение предписанного режима пациентом
3. неправильный выбор тактики лечения
4. употребление пищи обедненной кальцием

Наиболее частой причиной неудач при вправлении латерального подтаранного вывиха стопы является:

- 1.-интерпозиция сухожилия задней большеберцовой мышцы
- 2.сопутствующий перелом шейки таранной кости
- 3.вывих в суставе Лисфранка
4. низкие практические навыки хирурга

Показаниями к оперативному лечению внутрисуставного перелома пяточной кости является:

- 1.-смещение задней суставной поверхности более 2 мм
2. возраст более 70 лет
3. олигофрения
4. наличие инфекционного процесса в мягких тканях пяточной области

Частым осложнением при переломах шейки таранной кости является:

- 1.-аваскулярный некроз
2. артрит подтаранного сустава
3. ТЭЛА
4. делирий

Методом выбора лечения внутрисуставных переломов пяточной кости у пациента с тяжелой сопутствующей патологией:

- 1.-гипсовая иммобилизация
2. открытая репозиция, остеосинтез пластиной
3. закрытая одномоментная репозиция
4. назначение препаратов кальция

Методом выбора лечения при переломах кубовидной кости является:

- 1.-консервативный
2. открытая репозиция, остеосинтез пластиной
3. назначение хондропротекторов
4. закрытая одномоментная репозиция

При вывихе ногтевой фаланги I пальца стопы наиболее рациональным методом лечения является:

- 1.-закрытое одномоментное вправление
2. открытое одномоментное вправление
3. гипсовая иммобилизация
4. остеосинтез винтами

При переломах клиновидных костей стопы наиболее частым механизмом травмы является:

- 1.-падение тяжелого предмета на стопу
2. падение с высоты
3. ДТП
4. производственная травма

Наиболее частый механизм травмы при повреждении сустава Лисфранка:

- 1.-аксиальное давление на согнутую в голеностопном суставе стопу
2. падение тяжелого предмета на стопу
3. падение с высоты
4. парасуицид

К таранной кости прикрепляются сухожилия следующих мышц:

1. задней большеберцовой мышцы
2. трехглавой мышцы голени
3. длинного сгибателя пальцев
4. -ни одна из вышеперечисленных

К бугристости V плюсневой кости прикрепляется:

1. сухожилие короткой малоберцовой мышцы
2. ахиллово сухожилие
3. сухожилие длинного разгибателя пальцев
4. ничего из вышеперечисленного

Скелетное вытяжение применяется при:

1. переломах плюсневых костей
2. переломах фаланг пальцев
3. переломах пяточных костей
4. -все вышеперечисленное

С помощью какого метода достигается наиболее лучшая визуализация внутрисуставных переломов пяточной кости:

- 1.-РКТ
2. МРТ
3. сцинтиграфия
4. рентгенография

Лучший метод транспортной иммобилизации при переломах пяточной кости:

- 1.-иммобилизация лестничной шиной
2. гипсовой повязкой
3. подбинтовывание к здоровой конечности
4. без иммобилизации

Методом выбора лечения при переломах опоры таранной кости (sustentaculum tali) является:

1. -открытая репозиция и внутренняя фиксация
2. закрытая одномоментная репозиция
3. гипсовая иммобилизация
4. ни один из перечисленных

Укажите в порядке очерёдности частоту повреждений позвоночника по отделам:

1. шейный отдел - I место, поясничный - II место, грудной - III место
- 2.-поясничный - I место, грудной - II место, шейный - III место
3. поясничный - I место, шейный - II место, грудной - III место

Укажите автора теории, согласно которой все повреждения позвоночника делятся на стабильные и нестабильные:

- 1.-Denis
2. Юмашев Г.С.
3. Каплан А.В.
4. Гориневская В.В.

Укажите нестабильное повреждение позвоночника:

1. компрессионный перелом тела позвонка I – II ст.
2. перелом дуги позвонка
- 3.-«взрывной перелом тела позвонка»
4. перелом остистого отростка

Укажите в порядке очередности распределение частоты осложнений по отделам позвоночника при травмах:

1. шейный, поясничный, грудной
2. **-шейный, грудной, поясничный**
3. поясничный, шейный, грудной
4. крестцовый, поясничный, шейный

Укажите число позвонков, из которых состоит позвоночник человека:

1. **-33-34**
2. 30-33
3. 33-36
4. 28-30

Укажите движения, которые осуществляет позвоночник:

1. сгибание и разгибание в сагиттальной и фронтальной плоскости.
Ротационные движения
2. **-сгибание и разгибание в сагиттальной, боковые наклоны во фронтальной плоскости.**
Ротационные движения. Пружинящие движения
3. сгибание и разгибание только в сагиттальной плоскости. Ротационные движения.
Пружинящие движения
4. сгибание и разгибание только в фронтальной плоскости. Ротационные движения.
Пружинящие движения

Что формирует позвоночный канал?

1. **-дуги позвонков, задняя продольная связка, жёлтые связки**
2. только дуги позвонка
3. задняя продольная связка, желтая связка
4. дуги позвонка, задняя продольная связка, жёлтая связка, суставные отростки

Какими оболочками окружен спинной мозг?

1. паутинной (arahnioidea) и сосудистой (piamater)
2. **-твердой мозговой оболочкой (duramater), паутинной (arahnioidea) и сосудистой (piamater)**
3. твердой мозговой оболочкой (duramater) и сосудистой (piamater)
4. спинной мозг не покрыт оболочками

На каком уровне позвоночника заканчивается спинной мозг?

1. на уровне 11 грудного позвонка
2. на уровне 3 поясничного позвонка
3. **-между I и II поясничными позвонками**
4. на уровне 5 поясничного позвонка

Укажите основные механизмы повреждения позвоночника:

1. **-сгибательный, сгибательно-вращательный, разгибательный, компрессионный, от сдвига, от растяжения, прямой механизм**
2. сгибательный, разгибательный, компрессионный, прямой механизм
3. сгибательно-вращательный, компрессионный, от сдвига и растяжения, прямой механизм
4. тракционный, ротационный

Укажите автора, который впервые применил понятие о стабильном переломе позвоночника:

1. **-Nicoll**
2. Holdsworth
3. Denis

4. Мальгень

Укажите, какие переломы позвоночника относятся к категории нестабильных:

1. переломы с повреждением переднего и заднего опорного комплекса
2. переломы с повреждением только среднего опорного комплекса
3. **-переломы, сопровождающиеся повреждением 2-х опорных комплексов переднего, среднего или заднего, среднего, либо всех 3-х опорных комплексов**
4. переломы с повреждением только переднего или заднего опорного комплекса

Какие переломы позвоночника относятся к категории стабильных?

1. переломы среднего и заднего опорного комплекса
2. переломы переднего и среднего опорного комплекса
3. **-изолированные переломы одного из трех опорных комплексов**
4. переломы всех 3-х опорных комплексов

Кем разработан метод функционального лечения переломов в грудно-поясничном отделе позвоночника?

1. Капланом А.В.
2. **-Гориневской В.В.**
3. Юмашевым Г.С.
4. Denis

Какой метод диагностики является основным в выявлении переломов позвоночника:

1. клинический
2. **-рентгенографический**
3. магнитно-резонансной терапии
4. сцинтиграфии

Какие инструментальные методы диагностики необходимо использовать для постановки диагноза при травме позвоночника?

1. МРТ (магнитно-резонансная томография)
2. рентгенографический (R-графия, контрастная миелография, РКТ)
3. нейромиография
4. **-все перечисленные**

Что относится к закрытой травме спинного мозга?

1. **-сотрясение, ушиб, сдавление спинного мозга**
2. ушиб спинного мозга
3. только сдавление спинного мозга
4. гематомиелия

При поступлении пациента в медучреждение с травмой позвоночника, какой из методов позволит выявить имеющиеся неврологические осложнения?

1. рентгенографический
2. магнитно-резонансной томографии
3. контрастные методы диагностики
4. **-общеклинический**

Укажите, какие позвоночные сегменты чаще страдают при непрямом механизме травмы – падении пациента на голову с высоты, либо нырянии в водоём:

1. **-С₁-С₂, С₃-С₄**
2. С₅-С₆

3. C₆-C₇
4. Th₃-Th₄

Перелом Джеферсона это:

1. -одно-, двухсторонний перелом дуг 1-го шейного позвонка
2. оскольчатый перелом тела любого шейного позвонка
3. перелом зубовидного отростка C₂ позвонка
4. переломо-вывих в любом сегменте шейного отдела позвоночника

Укажите, в каких сегментах позвоночного столба шейного отдела чаще встречаются переломо-вывихи?

1. C₁-C₄
2. -C₄-C₆
3. C₁-C₂, C₆-C₇
4. Th₁-Th₂

Для выявления травматического повреждения в шейном отделе позвоночника в сегменте C₁-C₂, какая Rg-проекция наиболее информативна?

1. -Rg-графия сегмента C₁-C₂ через широко открытый рот в прямой проекции
2. Rg-графия сегмента C₁-C₂ в боковой проекции
3. стандартная Rg-графия шейного отдела позвоночника в прямой проекции
4. Rg-графия сегмента C₁-C₂ в косой проекции

Укажите, сколько типов повреждений зубовидного отростка C₂ позвонка, согласно Anderson i D'Alouzo существует?

1. -3 типа
2. 2 типа
3. 4 типа
4. 5 типов

При рентгенографии позвоночника в боковой проекции, на какие признаки следует обратить внимание, чтобы распознать повреждение:

1. параллельность остистых отростков
2. взаимоотношение суставных отростков
3. высоту тела позвонка
4. -взаимоотношение тел позвонков (по заднему контуру), а также вышеуказанные признаки

В случае вывиха позвонка, при пальпации позвоночного столба, какой выявляется основной симптом?

1. локальная болезненность
2. припухлость
3. -выстояние или западение остистых отростков
4. костная крепитация

При рентгенографии в прямой проекции позвоночника, на какие признаки следует обратить внимание, чтобы заподозрить повреждение?

1. целостность верхней замыкательной пластинки тела позвонка
2. боковую клиновидную деформацию тела позвонка
3. целостность нижней замыкательной пластинки тела позвонка
4. -все вышеуказанное

По классификации Бека 2 степень компрессии тела позвонка характеризуется:

1. -снижение высоты тела до $\frac{1}{2}$
2. снижение высоты тела более $\frac{1}{2}$
3. снижение высоты тела до 30 %
4. снижение высоты тела до 20 %

МРТ исследование позвоночника при травматическом повреждении назначают с целью определения?

1. характера перелома позвонка
2. характера смещения костных структур
3. -характера повреждения межпозвоночного диска, невралжных структур, наличия гематомы
4. величины смещения позвонка

Что позволяет определить РКТ исследование при травматическом повреждении позвоночника?

1. -характер перелома позвонка и смещение костных отломков
2. характер повреждения межпозвоночного диска и невралжных структур
3. характер повреждения капсульно-связочного аппарата позвоночного столба
4. наличие гематомы в позвоночном сегменте

Укажите, какой метод лечения предпочтителен у пациентов со свежим вывихом, либо перелома-вывихом позвонка на уровне сегментов С₂-С₇ при оказании ургентной специализированной помощи:

1. консервативное лечение
2. -**закрытое вправление**
3. открытое вправление
4. вытяжение на петле Глисона

Назовите основные приемы в порядке очередности при закрытом ручном вправлении перелома-вывиха позвонка по Гютеру:

1. ротация в сторону вывиха, затем в здоровую сторону, тракция по длине
2. -**тракция по длине, затем ротация в здоровую сторону, ротация в сторону вывиха**
3. наклон в здоровую сторону, тракция по длине, ротация в сторону вывиха
4. последовательность приемов не имеет значения

Укажите показания к консервативному лечению при травмах шейного отдела позвоночника:

1. -**стабильные, неосложненные переломы с небольшой степенью компрессии**
2. переломы и перелома-вывихи без неврологической симптоматики
3. пожилой и старческий возраст пациента
4. отсутствие неврологической симптоматики при переломе

Укажите показания к оперативному лечению при травме позвоночника:

1. незначительная патологическая деформация позвоночного сегмента
2. -**нестабильные, осложненные переломы и перелома-вывихи позвонков**
3. нарушение анатомической высоты поврежденного позвонка
4. молодой, работоспособный возраст пациента

Выберите наиболее предпочтительный метод лечения при неосложненном нестабильном переломе в С1-С2 сегменте шейного отдела позвоночника:

1. консервативное лечение гипсовым корсетом

2. лечение на вытяжении петлѐй Глиссона
3. -лечение «Гало»-аппаратом
4. открытый металлоостеосинтез

Функциональный метод лечения по Гориневской-Древинг направлен на:

1. дистракцию и устранение компрессии в зоне перелома позвонка
2. -создание мышечного корсета с помощью лечебной физкультуры
3. устранение кифотической деформации позвоночного сегмента
4. восстановление анатомических взаимоотношений в поврежденном сегменте

Метод постепенной этапной репозиции по Каплану в лечении неосложненных переломов грудно-поясничного отдела позвоночника заключается в:

1. этапности наложения гипсовых корсетов
2. переразгибании позвоночного столба с одновременной тракцией по оси
3. -устранении клиновидной деформации с использованием реклинирующих валиков
4. вытяжении позвоночника за подмышечные области по оси, по наклонной плоскости

Какой метод лечения следует применять у пациента с оскольчатым переломом тела С4позвонка со сдавлением спинного мозга?

1. консервативное лечение, фиксация торако-краниальной гипсовой повязкой
2. -оперативное лечение, передняя декомпрессия спинного мозга, передний спондилодез
3. оперативное лечение, использование «Гало» - аппарата
4. оперативное лечение, задняя декомпрессия спинного мозга, задний спондилодез

Укажите сроки, при которых прогнозируется консолидация переломов позвоночника в шейном отделе:

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

Укажите основной недостаток, который имеется при использовании гипсового корсета в лечении травм позвоночного столба:

1. атрофия мышц
2. чувство дискомфорта у пациента
3. паталогическая деформация позвоночника
4. развитие остеопороза

Какое оперативное вмешательство следует выполнить пациенту с нестабильным, неосложненным повреждением позвоночного сегмента в грудно-поясничном отделе?

1. передний спондилодез с использованием наkostных пластин
2. -задний спондилодез с использованием транспедикулярных фиксаторов
3. передний спондилодез с использованием костно-пластического материала
4. задний спондилодез с использованием фиксаторов-стяжек

Укажите основное преимущество транспедикулярной фиксации в лечении нестабильных повреждений позвоночника:

1. меньшая травматичность операции по сравнению с передним спондилодезом
2. прочность выполняемого остеосинтеза
3. -возможность выполнения интраоперационной репозиции с последующей фиксацией поврежденного сегмента
4. возможность ранней вертикализации пациента

Укажите, какое основное преимущество имеет ауто- костнопластический материала перед другими имплантатами при выполнении корпородеза:

- 1.-высокая биосовместимость
2. удобство в использовании
3. низкая себестоимость
4. минимальный риск развития воспалительных явлений в его использовании

Операция переднего корпородеза при травмах позвоночника это:

1. операция по удалению костных отломков поврежденного тела позвонка
2. -операция, направленная на создание неподвижности и стабилизации поврежденного сегмента за счет вмешательства на телах позвонков
3. операция, направленная на восстановление связочного аппарата, поврежденного сегмента
4. операция, направленная на устранение смещения костных структур и межпозвоночного диска в поврежденном сегменте

С целью быстреего формирования полноценного корпородеза при травмах позвоночника выберите наиболее предпочтительный вид имплантов:

1. титановый, пористый, сетчатый имплант (МЭШ), заполненный костной аутокостью
2. костный ауто,- аллотрансплантат в сочетании с использованием на костной пластины с блокированием винтов
3. пористый сетчатый имплант КЕЙДЖ
4. костный трансплантат

С целью полной постановки диагноза при травмах позвоночника, какие возможные неврологические осложнения необходимо исключить?

1. корешковую симптоматику
2. периферические парезы и параличи
3. нарушение функции тазовых органов
4. -все вышеуказанное

Укажите основной признак, по которому в отдельных клинических случаях по рентгенограмме, выполненной в прямой проекции, следует заподозрить повреждение позвонка:

1. -увеличение расстояния между корнями дуг позвонка
2. смещение остистого отростка в сторону
3. сегментарные просветления в проекции тела позвонка
4. уменьшение высоты межпозвоночного диска

Укажите способ транспортировки пострадавшего пациента с травмой шейного отдела позвоночника:

1. сидя с воротником Шанца
2. стоя с воротником Шанца
3. -лежа на спине с воротником Шанца
4. лежа на боку с воротником Шанца

Укажите способ транспортировки пострадавшего пациента с травмой позвоночника в грудном отделе:

1. в полусидячем положении
2. -лежа на спине на щите
3. лежа на животе на щите
4. лежа на спине на мягких носилках

Укажите способ транспортировки пострадавшего пациента с травмой позвоночника в поясничном отделе:

1. лежа на животе, на щите
2. **-лежа на спине, на щите с валиком в поясничную область**
3. лежа на спине, на щите
4. лежа на спине на мягких носилках

Укажите, какой вид анестезии с целью обезболивания следует выполнять при травме позвоночника в грудно-поясничном отделе на госпитальном этапе:

1. перидуральная блокада
2. спинальная анестезия
3. **-паравerteбральная новокаиновая блокада**
4. внутривенное введение наркотических анальгетиков

При компрессионном переломе со смещением внутреннего мыщелка большеберцовой кости наблюдается следующая деформация коленного сустава:

1. вальгусная
2. **-варусная**
3. вынужденное сгибание
4. ось конечности не изменяется
5. вынужденное переразгибание

При компрессионном переломе со смещением наружного мыщелка большеберцовой кости наблюдается следующая деформация коленного сустава:

1. **-вальгусная**
2. варусная
3. вынужденное сгибание
4. ось конечности не изменяется
5. вынужденное переразгибание

При переломе надколенника иммобилизацию накладывают:

1. **-в среднефизиологическом положении в коленном суставе**
2. в положении сгибания в коленном суставе под углом 90°
3. в положении разгибания
4. не накладывают
5. в положении «нога на ногу»

Для повреждения передней крестообразной связки характерен симптом:

1. Байкова
2. заднего выдвижного ящика
3. Тренделенбурга
4. **-переднего выдвижного ящика**
5. нет симптома

При переломе надколенника характерен симптом:

1. хруста в суставе
2. заднего выдвижного ящика
3. Байкова
4. **-невозможность разогнуть согнутую в коленном суставе ногу**
5. переднего выдвижного ящика

При разрыве связки надколенника:

1. отмечают крепитацию отломков
2. надколенник смещается книзу
3. надколенник не смещается
4. выше надколенника пальпируется западение мягких тканей
5. **-надколенник смещается кверху**

При неоперативном лечении частичного повреждения боковых связок коленного сустава предпочтительнее использование:

1. съемного тьюра
2. **-эластичного наколенника**
3. шарнирно-ортеза с боковыми стабилизаторами
4. гонитной гипсовой повязки

Назовите основной признак гемартроза коленного сустава:

1. уменьшение объема сустава
2. ограничение движений в суставе
3. **-баллотирование надколенника**
4. симптом «выдвижного ящика»

Из переломов надколенника наиболее часто встречаются:

1. продольные переломы
2. **-поперечные переломы**
3. оскольчатые переломы
4. отрывные переломы

Пункцию коленного сустава выполняют:

1. **-по наружной стороне сустава на уровне основания или верхушки надколенника, отступив от него на 1-2 см**
2. отступя от боковых поверхностей надколенника на 3-4 см медиально или латерально
3. на уровне бугристости большеберцовой кости
4. с внутренней поверхности коленного сустава

При выявлении разрыва внутреннего мениска коленного сустава следует отдать предпочтение методу исследования:

1. рентгенографическому
2. термографическому
3. УЗИ
4. **-МРТ**
5. артропневмографическому

Повреждение внутреннего мышечка большеберцовой кости, возникшего при чрезмерной аддукции, сопровождается:

1. **-повреждением боковых связок коленного сустава**
2. повреждением крестообразных связок
3. собственной связки надколенника
4. сухожильного разгибательного растяжения коленного сустава

Техника выполнения симптома «баллотирования» надколенника состоит:

1. в сжатии коленного сустава
2. в сжатии надпателлярного заворота левой руки
3. в надавливании кончиками пальцев на подколенник в передне-заднем направлении

- 4.-в сжатии надпателлярного заворота левой рукой и надавливании кончиками пальцев на надколенник в передне-заднем направлении
5. в перкуссии надколенника

Чаще встречаются следующие виды смещения коленной чашечки при ее вывихе:

- 1.-латеральные
2. медиальные
3. горизонтальные
4. ротационные

Наиболее характерные рентгенологические признаки при деформирующем артрозе коленного сустава включают:

1. сужение и деформацию суставной щели, субхондральный склероз
2. костные разрастания вокруг сустава
3. наличие дегенеративных кист в эпифизах
4. уплощение суставных площадок большеберцовой кости с варусной или вальгусной деформацией
5. -все вышеперечисленное

Показаниями к применению консервативной терапии при деформирующем артрозе коленного сустава является:

1. поражение I стадии
2. - поражение I-II стадии
3. поражение III стадии
4. поражение IV стадии

Лучшим способом остеосинтеза перелома надколенника является:

1. перипателлярный кисетный или полукисетный шов лавсаном
2. чрескостный проволочный П-образный шов
3. чрескостный двухэтажный двойной лавсановый шов
- 4.-скрепление отломков спицами Киршнера с 8-образным стягивающим двойным проволочным швом
5. компрессионный остеосинтез аппаратами различных конструкций

В нормальном (здоровом) коленном суставе не возможно движение:

1. сгибание-130°
2. разгибание-180°
3. переразгибание-15°
- 4.-отведение-20°
5. ротация (в положении сгибания) до 15°

Переломы мышечного возвышения большеберцовой кости сопровождаются разрывом:

1. внутренней боковой связки коленного сустава
2. наружной боковой связки коленного сустава
3. боковых и крестообразных связок
4. задней крестообразной связки
5. -передней крестообразной связки

При отклонении голени от средней линии нижней конечности во фронтальной плоскости от 0° до 3° можно сделать заключение о том, что:

1. -боковые связки коленного сустава целы

2. крестообразные связки сохранены
3. частичный разрыв боковых связок
4. частичный разрыв боковых связок и крестообразных связок
5. частичный разрыв крестообразных связок

Пациентка 50 лет страдает деформирующим гонартрозом. Многократные курсы консервативного лечения, остеотомия с целью исправления оси нижней конечности, операции на связочном аппарате коленного сустава давали временный эффект. В настоящий момент - клинико-рентгенологическая картина гонартроза III. Пациентку беспокоят боли, усиливающиеся при ходьбе. Пользоваться конечностью не может. Второй коленный сустав функционирует удовлетворительно. Какой вариант лечения целесообразнее?

- 1.-эндопротезирование сустава
2. продолжать консервативное лечение (обезболивающие, гормональные препараты, НПВП, магнит, физиотерапевтическое лечение, массаж)
3. показан артродез сустава
4. ампутировать конечность выше коленного сустава и протезировать конечность

Лечебные мероприятия при «свежем» повреждении передней крестообразной связки коленного сустава:

1. артроскопическая пластика передней крестообразной связки
2. гипсовая иммобилизация на 6 недель
- 3.-гипсовая иммобилизация 3-4 недели с последующей лечебной физкультурой для укрепления передней группы мышц бедра
4. эндопротезирование коленного сустава

При артроскопии коленного сустава возможно выявить или произвести все перечисленное, кроме:

1. повреждения суставного хряща
2. повреждения менисков
3. наличия дополнительной связки - медиопателлярной связки, связки надколенника (третьего мениска коленного сустава)
4. -сшивания собственной связки надколенника

Симптомом разрыва внутреннего мениска коленного сустава является:

- 1.-Байкова
2. баллотирования надколенника
3. переднего выдвигающего ящика
4. Обуховской больницы

Укажите в % соотношении частоту использования артроскопии суставов:

1. лучезапястный сустав 90%, тазобедренный сустав 10%
2. локтевой сустав 80%, коленный сустав 20%
- 3.-коленный сустав 70%, плечевой сустав 20%, все остальные суставы-10%
4. голеностопный сустав 50%, локтевой сустав 50%

Укажите величину кровопотери при переломах костей таза С-типа:

1. до 500 мл
2. до 750 мл
3. -до 1,5-2 литров и более
4. до 6 литров

Какими костями образован локтевой сустав:

1. -плечевой, локтевой, лучевой
2. плечевой, локтевой
3. локтевой, лучевой
4. плечевой, локтевой, ладьевидной

Плече-локтевой сустав представляет собой:

1. -блоковидный
2. шаровидный
3. цилиндрический

Согласно классификации АО различают следующие виды переломов дистального отдела плечевой кости:

1. -тип А, тип В, тип С
2. тип 1, тип 2 тип 3
3. со смещением, без смещения
4. сгибательный, разгибательный

Треугольник Гютера образован:

1. -внутренний надмыщелок плечевой кости, наружный надмыщелок плечевой кости, вершина локтевого отростка
2. головка локтевой кости, головка лучевой кости, вершина локтевого отростка,
3. большой бугорок плечевой кости, акромиальный отросток, клювовидный отросток
4. передне-верхняя ость подвздошной кости, седалищный бугор, большой вертел

Средне-физиологическое положение для локтевого сустава:

1. -сгибание 90°
2. сгибание 45°
3. разгибание 180°
4. сгибание 120°

Срок гипсовой иммобилизации при надмыщелковых перелома плечевой кости:

1. -4-6 недель
2. 4-6 месяцев
3. 3-4 недели
4. 6-8 месяцев

Укажите точку проведения спицы при скелетном вытяжении при переломах дистального отдела плечевой кости:

1. -локтевой отросток
2. диафиз локтевой кости
3. диафиз лучевой кости
4. пястные кости

Различают следующие виды вывихов костей предплечья:

1. -задний
2. нижний
3. верхний
4. центральный

Наиболее часто встречающийся вывих костей предплечья:

1. -задний

2. передний
3. расходящийся
4. нижний

Вправление вывихов костей предплечья проводится под:

1. **-общей анестезией**
2. местной анестезией
3. проводниковой анестезией
4. без анестезии

Длительность иммобилизации после вправления вывиха костей предплечья:

1. **-1-2 недели**
2. 1-2 месяца
3. 3-4 месяца
4. иммобилизация не применяется

Уровень иммобилизации после вправления вывиха предплечья:

1. **-от верхней трети плеча до пястно-фаланговых сочленений**
2. от здоровой лопатки до пястно-фаланговых сочленений
3. от нижней трети плеча до нижней трети предплечья
4. от верхней трети плеча до верхней трети предплечья

Основным методом лечения при многооскольчатых, раздробленных переломах головки лучевой кости является:

1. **-резекция головки лучевой кости**
2. металлоостеосинтез головки лучевой кости
3. гипсовая иммобилизация 6-8 недель
4. скелетное вытяжение

Какое из активных движений в локтевом суставе нарушается максимально при переломах локтевого отростка:

1. **-разгибание**
2. сгибание
3. ротационные движения
4. отведение
5. приведение

Наиболее распространенный метод лечения переломов локтевого отростка со смещением:

1. **-металлоостеосинтез спицами и проволочной петлей по Веберу**
2. гипсовая иммобилизация
3. скелетное вытяжение
4. эндопротезирование

Укажите причины контрактуры Фолькмана:

1. повреждение срединного нерва на уровне локтевого сустава
2. флеботромбоз верхней конечности
3. **-ишемические изменения в результате нарушения артериального кровообращения в системе плечевой артерии на уровне локтевого сустава**
4. длительная гипсовая иммобилизация при переломах предплечья

В норме треугольник Гютера представляет собой:

1. **-равнобедренный треугольник**

2. прямоугольный треугольник
3. равносторонний треугольник

Разгибательные надмыщелковые переломы плечевой кости опасны повреждением:

1. -плечевой артерии
2. локтевого нерва
3. подмышечной артерии
4. локтевой артерии

Укажите определяющий признак травматического вывиха предплечья:

1. отек области сустава
2. гиперемия области сустава
3. боли в области сустава
4. -«симптом» упругой фиксации

Как изменяется длина конечности при задних вывихах предплечья?

1. -относительное укорочение предплечья
2. относительное удлинение предплечья
3. длина конечности не изменяется
4. абсолютное удлинение конечности

Отрывной перелом локтевого отростка возникает в результате:

1. -резкого сокращения трехглавой мышцы плеча
2. резкого сокращения четырехглавой мышцы плеча
3. падения на вытянутую руку
4. ударе тупым предметом в область локтевого сустава

В локтевом суставе возможны следующие варианты движений:

1. -сгибание/разгибание
2. отведение/приведение
3. наружная ротация/внутренняя ротация

Основной причиной пониженной регенерации костной ткани при переломах у лиц пожилого и старческого возраста является:

1. синильный психоз
2. -изменения метаболизма с преобладанием катаболических процессов
3. недостаток витаминов и микроэлементов
4. атеросклероз сосудов

Какие переломы характерны для детского возраста:

1. -по типу «зеленой ветки»
2. вколоченные
3. аддукционные
4. абдукционные

Наиболее частая локализация вывихов:

1. -вывих плеча
2. вывих бедра
3. вывих голени
4. вывих С1 позвонка

Наибольшая частота вывихов плеча обусловлена:

1. слабость капсульно-связочного аппарата плечевого сустава
2. плоской суставной впадиной лопатки и шаровидной головкой плечевой кости
3. большим объемом движений в плечевом суставе
4. **-всем вышеперечисленным**

Для разгибательного перелома лучевой кости в типичном месте характерна деформация:

1. **-штыкообразная**
2. по типу «зеленой ветки»
3. абдукционная
4. аддукционная

Назовите позвонок, не имеющий тела:

1. **-1-ый шейный**
2. 1-ый поясничный
3. 1-ый крестцовый
4. 1-ый грудной

Укажите наиболее часто встречающиеся поздние осложнения травматических вывихов бедра у взрослых:

1. **-аваскулярный некроз головки бедра**
2. тромбофлебит подкожных вен
3. тромбоэмболия легочной артерии
4. остеомиелит бедра

Назовите среднефизиологическое положение для локтевого сустава:

1. **-сгибание 90°**
2. сгибание 45°
3. сгибание 135°
4. разгибание 180°

Анкилоз это:

1. **-полное отсутствие движений в суставе**
2. ограничение движений в суставе
3. качательные движения в суставе
4. вид ложного сустава

Контрактура это:

1. полное отсутствие движений в суставе
2. **-ограничение движений в суставе**
3. качательные движения в суставе
4. вид ложного сустава

Для повреждения, каких анатомических образований наиболее характерен симптом «выдвижного ящика»:

1. разрыв собственной связки надколенника
2. разрыв медиального мениска
3. **-разрыв крестообразных связок**
4. разрыв латерального мениска

Укажите, какой вид гипсовой повязки наложите больному при переломе наружной лодыжки без смещения отломков?

1. кокситная

2. гонитная
3. - **U-образная**
4. окончатая

Для каких возрастных категорий больных наиболее характерны переломы проксимального отдела бедренной кости:

1. дети
2. лица зрелого возраста
3. - **пожилые люди**
4. подростки

Тракцией, какой мышцы обусловлено смещение проксимального отломка ключицы вверх при переломе ее в средней трети?

1. - **грудино-ключично-сосцевидной**
2. лестничной
3. широкой

Какие связки повреждаются при вывихе акромиального конца ключицы:

1. клюво-плечевая
2. ключично-реберная
3. грудино-ключичная
4. - **ключично-клювовидная**

Укажите положение верхней конечности в момент повреждения при аддукционном переломе хирургической шейки плечевой кости:

1. отведение
2. - **приведение**
3. сгибание
4. разгибание

Укажите положение верхней конечности в момент повреждения при абдукционном переломе хирургической шейки плечевой кости:

1. - **отведение**
2. приведение
3. сгибание
4. разгибание

Отметьте наиболее частое осложнение перелома плечевой кости в средней и нижней трети:

1. повреждение плечевой артерии
2. повреждение локтевого нерва
3. - **повреждение лучевого нерва**
4. повреждение двуглавой мышцы плеча

Какой вид обезболивания используется при вправлении вывиха плеча:

1. проводниковая анестезия
2. без наркоза
3. местная анестезия
4. - **внутривенный наркоз**

По какому краю ребра расположены реберная артерия и нерв:

1. по переднему

2. по верхнему
- 3.-по нижнему

Признаком свежего полного повреждения сухожилий пальцев является:

1. ограничение пассивных движений в суставах пальцев
- 2.-**невозможность активных движений в суставах пальцев**
3. разболтанность в суставах пальцев
4. невозможность пассивных движений в суставах пальцев

Укажите, какие переломы бедренной кости относятся к медиальным:

1. чрезвертельные
2. -**субкапитальные**
3. межвертельные
4. чрезмышцелковые
5. надмышцелковые

Укажите сроки консолидации медиальных переломов шейки бедренной кости:

1. 5-6 недель
2. 2-3 недели
- 3.-**6-9 месяцев**
4. 10-12 месяцев

Укажите наиболее частый анамнестический и клинический симптом при повреждении мениска:

1. симптом поршня
- 2.-**симптом блокады**
3. патологическая подвижность в коленном суставе
4. симптом вожжей

Для повреждения, каких анатомических образований наиболее характерен симптом «выдвижного ящика»:

1. разрыв собственной связки надколенника
2. разрыв медиального мениска
3. -**разрыв крестообразных связок**
4. разрыв капсулы сустава

Укажите симптомы, характерные для перелома шейки бедра:

- 1.-**укорочение и наружная ротация конечности**
2. приведение конечности
3. укорочение и внутренняя ротация конечности
4. удлинение и отведение конечности

Укажите опасность переломов в 1/3 бедра:

- 1.-**повреждение подколенной артерии**
2. повреждение бедренного нерва
3. тромбоз глубоких вен бедра
4. повреждение запирательного нерва

Что предусматривает функциональный метод лечения компрессионных стабильных переломов тел позвонков?

1. вытяжение петлей Глиссона
2. вытяжение за таз

- 3.-создание внутреннего мышечного корсета путём проведения массажа и лечебной гимнастики с первых дней после травмы
4. наложение гипсового корсета

Главным недостатком метода постоянного скелетного вытяжения является:

- 1.-длительный срок постельного режима и гиподинамия
2. перерастяжение близлежащих к перелому суставов
3. инфицирование мягких тканей вокруг спиц
4. неврологические расстройства

Симптом Томпсона при выявлении разрыва ахиллова сухожилия проявляется:

1. западением в области разрыва ахиллова сухожилия
2. невозможностью стоять и ходить на пальцах поврежденной ноги
- 3.-отсутствием подошвенного сгибания стопы поврежденной конечности при сдавлении трехглавой мышцы голени
4. резком ограничении супинации стопы
5. ощущением щелчка при разрыве ахиллова сухожилия

Лечение дисплазии тазобедренного сустава начинается:

- 1.-с рождения
2. в возрасте 1 года
3. в возрасте 1-2 месяцев
4. в возрасте 3 месяцев и старше

Наиболее характерный рентгенологический признак коксартроза:

1. сужение суставной щели
2. дегенеративная киста в головке и в крышке впадины
3. костные разрастания вокруг сустава
4. склероз субхондрального участка головки и впадины в области наиболее нагруженной части сустава
- 5.-все перечисленное

При разрыве передней крестообразной связки коленного сустава характерным симптомом является:

1. блокада коленного сустава
- 2.-симптом «выдвижного ящика»
3. сгибательная контрактура в коленном суставе
4. симптом «прилипшей пятки»

Какие виды переломов верхней конечности наиболее типичны для детского возраста?

- 1.-поднадкостничный перелом
2. оскольчатый перелом
3. спиралевидный
4. поперечный перелом

Укажите клинические признаки врожденной мышечной кривошеи:

1. укорочение шеи
- 2.-укорочение кивательной мышцы
3. выступающая лопатка
4. синостоз

Какие способы консервативного лечения применяют при врожденной косолапости?

- 1.-этапные циркулярные гипсовые повязки от с/3 бедра по методике Понсети
2. тотальная тенолигаментокапсулотомия
3. массаж
4. бинтование по Финку-Эттингену

Укажите начало срока проведения консервативного лечения врожденной косолапости:

- 1.-с 5-7 дня раннего неонатального периода:
2. 8 месяца
3. с 6 месяцев
4. после 1 года

Что вы понимаете под термином «сколиоз»?

1. усиление грудного изгиба позвоночника
2. усиление поясничного изгиба позвоночника
- 3.-**боковое искривление позвоночника с торсией тел позвонков**
4. асимметричное положение плечевого пояса

Назовите наиболее достоверный признак врожденного вывиха бедра у новорожденного:

1. ограничение отведения бедер
- 2.-**симптом Маркса-Ортолани, Барлоу, ротационной нестабильности (соскальзывание головки)**
3. укорочение ножки
4. асимметрия кожных складок
5. наружная ротация ножки

Не сопровождается разрывом тазового кольца:

- 1.-**перелом дна вертлужной впадины**
2. разрыв крестцово-подвздошного сочленения с одной стороны
3. разрыв лонного сочленения и перелом подвздошной кости
4. перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
5. разрыв лонного сочленения и вертикальный перелом крестца

Чаще всего при переломах костей таза повреждаются:

1. простата у мужчин и яичники у женщин
- 2.-**уретра, простатическая ее часть**
3. дистальная часть мочеиспускательного канала
4. мочевого пузыря
5. влагалище у женщин и половой член у мужчин

Показаниями к оперативному лечению перелома ключицы являются:

1. открытые переломы с повреждением или сдавлением сосудисто-нервного пучка
2. оскольчатый перелом ключицы с опасностью ранения кожи
3. значительное смещение отломков после репозиции
4. -**все перечисленное**

Наиболее частым переломом проксимального отдела плеча является перелом:

1. головки
2. анатомической шейки
3. бугорков
- 4.-**хирургической шейки**

Признаками мышечной интерпозиции при диафизарных переломах плеча являются:

1. подвижность на уровне смещения фрагментов
2. отсутствие «костного хруста»
3. неудача при попытке репозиции
4. **-все перечисленное**

При переломе плеча в нижней трети, осложненным повреждением срединного нерва, возникает расстройство чувствительности:

1. 4 и 5 пальцев
2. во 2-м пальце
3. только в 1-м пальце
4. только в 3-м пальце
5. **-в 1, 2, 3 пальцах кисти и внутренней поверхности 4 пальца**

Различают следующие виды вывихов:

1. свежий
2. несвежий
3. застарелый
4. привычный
5. **-все перечисленные**

Вывих акромиального конца ключицы характеризуется:

1. признаком Маркса
2. симптомом «треугольной подушки»
3. **-симптомом «клавиши»**
4. пружинящим движением в плечевом поясе

Неполный вывих акромиального конца ключицы происходит:

1. при полном разрыве акромиально-ключичной и ключично-клювовидной связок
2. **-при разрыве только акромиально-ключичной связки**
3. при разрыве только ключично-стернальной связки
4. при растяжении ключично-акромиальной связки

Вывих плеча часто сопровождается переломом:

1. ключицы
2. **-большого бугорка**
3. шиловидного отростка лопатки
4. клювовидного отростка лопатки

Срок иммобилизации плеча после вправления вывиха составляет:

1. 10 недель
2. **-4 недели**
3. 6 недель
4. 8 недель

Причиной возникновения привычного вывиха является:

1. родовая травма
2. инфекционный артрит
3. вывих плеча, сопровождающийся переломом ключицы
4. **-повреждения в момент травматического вывиха, в сочетании с неправильной тактикой ведения после вправления вывиха**

«Свежим» вывихом плеча называется вывих, давностью:

- 1.-до 3 дней
2. 1 неделя
3. 3 недели
4. 4 недели
5. свыше 4 недель

Застарелым вывихом плеча называется вывих давностью:

1. до 2 недель
2. 1 неделя
3. 3 дня
- 4.-свыше 3 недель

Медикаментозное лечение врожденной мышечной кривошеи включает применение:

1. мумие
- 2.-инъекции лидазы
3. инъекции гидрокортизона
4. не существует

Наиболее целесообразным методом лечения дисплазии тазобедренного сустава в раннем периоде является:

1. тугое пеленание
2. массаж
- 3.-функциональные шины
4. оперативный

Наиболее характерный рентгенологический признак коксартроза:

1. сужение суставной щели
2. дегенеративная киста в головке и в крышке впадины
3. костные разрастания вокруг сустава
4. склероз субхондрального участка головки и впадины в области наиболее нагруженной части сустава
5. -все перечисленное

Укажите локализацию перелома плеча, при которой имеется наибольшая опасность повреждения лучевого нерва:

1. оскольчатый перелом верхней трети плеча со смещением
2. абдуктивный перелом шейки плеча со смещением
3. аддуктивный перелом шейки плеча со смещением
- 4.-перелом диафиза плеча на границе средней и нижней трети плеча со смещением
5. перелом головчатого возвышения плечевой кости

Укажите наиболее часто встречающиеся поздние осложнения травматических вывихов бедра у взрослых:

1. флегмона бедра
2. тромбофлебит подкожных вен
- 3.-коксартроз
4. остеомиелит бедра

Выделите положение стопы, составляющее элементы врожденной косолапости:

- 1.-эквинусная деформация стопы
2. тыльное сгибание стопы
3. пронация стопы

4. поворот переднего отдела стопы кнаружи

Какие виды переломов верхней конечности наиболее типичны для детского возраста?

- 1.-поднадкостничный перелом
2. оскольчатый перелом
3. спиралевидный перелом
4. поперечный перелом

При консервативном лечении перелома ключицы применяются для иммобилизации ключицы:

1. лестничные шины
- 2.-**8-образная повязка**
3. U-образная повязка
4. гипсовой повязки по Турнеру

«Свежим» вывихом плеча называется вывих, давностью:

- 1.-до 3 дней
2. 1 неделя
3. 3 недели
4. 4 недели
5. свыше 4 недель

Консервативное лечение мышечной формы кривошеи впервые недели и месяцы жизни ребенка включает:

1. фиксированное положение головы
2. ношение гипсовой повязки
- 3.-**рассасывающий массаж больной стороны**
4. скелетное вытяжение

При субкапитальном переломе шейки бедра методом выбора является:

1. остеосинтез 3-х лопастным гвоздем
2. функциональное лечение
- 3.-**однополюсное эндопротезирование**
4. остеосинтез спицами
5. лечение на вытяжении с последующим наложением укороченной гипсовой кокситной повязки

Что называется переломом лучевой кости в типичном месте?

1. перелом нижней трети лучевой кости в сочетании с вывихом головки локтевой кости
2. перелом шейки лучевой кости
- 3.-**перелом дистального метаэпифиза лучевой кости на 2-3 см. выше суставной щели лучезапястного сустава**
4. перелом диафиза лучевой кости в верхней трети
5. перелом головки лучевой кости

Симптом «прерванного вдоха» характерен для перелома:

1. ключицы
2. лопатки
- 3.-**ребра**
4. плеча

Переломы лучевой кости в «типичном месте» делят на:

1. супинационные и пронационные
2. абдукционные и аддукционные
3. **-сгибательные и разгибательные**
4. приводящие и отводящие

Что нарушено при переломе надколенника:

1. активное отведение голени
2. **-активное разгибание голени**
3. активная ротация голени
4. активно приведение

Симптом вожжей - это:

1. приспособление для вытяжения позвоночника
2. **-напряжение мышц спины**
3. напряжение мышц передней брюшной стенки
4. напряжение грудных мышц

Симптом «щелчка» характерен для:

1. врожденной кривошеи
2. **-врожденного вывиха бедра**
3. врожденной косолапости
4. болезни Пертеса

Врожденная мышечная кривошея возникает из-за недоразвития:

1. трапецевидной мышцы
2. **-кивательной мышцы**
3. подключичной мышцы
4. дельтовидной мышцы

Сколиоз-искривление позвоночника:

1. кпереди
2. кзади
3. **-боковое**
4. книзу

Какие методы лечения можно использовать при переломах диафиза бедренной кости, как самостоятельные:

1. иммобилизация задней гипсовой лонгетой
2. иммобилизация лестничной шиной
3. **-погружной остеосинтез**
4. фиксация спицами

Контрактура Фолькмана возникает вследствие:

1. перелома костей предплечья
2. **-продолжительного значительного, но не полного нарушения артериального кровотока**
3. короткого, измеряемого минутами, полного прекращения кровотока
4. двойного перелома плечевой кости

Укажите достоверный признак перелома:

1. болезненность при осевой нагрузке в области травмы
2. **-крепитация отломков**
3. боль при пальпации

4. наличие кровоподтека
5. лимфодема

Укажите методы остеосинтеза:

1. жесткий
2. **-интрамедуллярный**
3. боковой
4. медиальный

Назовите одно из ранних осложнений переломов трубчатых костей:

1. артрит
2. **-жировая эмболия**
3. остеомиелит
4. подкожная эмфизема

Укажите поздние осложнения переломов:

1. **-ложные суставы**
2. подкожная эмфизема
3. артриты
4. эмфизема легких
5. хронический бронхит

Укажите виды травматических вывихов бедра:

1. **-передние**
2. привычный
3. внутренние
4. наружные

Укажите консервативные способы лечения переломов костей голени:

1. фиксация лестничной шиной
2. компрессионно-дистракционный остеосинтез
3. **-фиксация гипсовой повязкой**
4. костно-пластическая реконструкция

Выделите анатомо-морфологические признаки, характерные для дисплазии тазобедренного сустава у детей грудного возраста:

1. **-гипоплазия вертлужной впадины**
2. гиперплазия вертлужной впадины
3. удлинение конечности
4. поворот верхнего конца бедра кзади

Укажите типичное смещение дистального отломка при разгибательном переломе

Коллеса:

1. **-к тылу**
2. в ладонную сторону
3. вентрально
4. в локтевую сторону

В каком положении кисти накладывается гипсовая лонгета при переломе дистального метаэпифиза лучевой кости без смещения?

1. **-в среднефизиологическом**
2. в ульнарной девиации

3. в радиальной девиации
4. тыльное сгибание

Под каким видом обезболивания следует вправлять вывих бедра:

1. местная анестезия
2. проводниковая анестезия
- 3.-**наркоз**
4. внутрикостная анестезия

К неосложненным переломам позвоночника относятся признаки, кроме:

1. локальная боль в области перелома
2. выбухание остистого отростка при пальпации
3. локальная болезненность при осевой нагрузке
- 4.-**нарушение мочеиспускания**

При переломах 1-го ребра могут повреждаться все перечисленные анатомические образования, кроме:

1. подключичных сосудов
2. плечевого сплетения
- 3.-**аорты**
4. легкого

Укажите вертельные, т.е. латеральные переломы проксимального отдела бедренной кости:

1. субкапитальный
2. -**межвертельный, чрезвертельный**
3. базальный
4. трансцервикальный

Отметьте виды смещения отломков, при которых будет наблюдаться укорочение сегмента конечности:

1. в сторону
- 2.-**по длине**
3. ротационное
4. под углом

Для рентгенологической картины I стадии коксартроза характерны все признаки, кроме:

1. незначительное сужение суставной щели
2. субхондральный склероз
3. небольшие краевые остеофиты
- 4.-**дислокация (подвывих) головки бедра**

Для уточнения диагноза «полный» или «неполный» вывих акромиального конца ключицы необходима рентгенограмма:

1. надплечья, в положении больного лежа
2. надплечья, в положении больного стоя
- 3.-**обоих надплечий, стоя, с грузом в руке с поврежденной стороны**
4. обоих надплечий в положении больного «лежа»

В зависимости от положения головки различают все перечисленные вывихи плеча, за исключением:

- 1.-**верхнего**

2. нижнего
3. переднего
4. заднего

Наиболее часто вывихи возникают:

1. в тазобедренном суставе
2. в коленном суставе
3. **-в плечевом суставе**
4. в локтевом суставе
5. в лучезапястном суставе

После вправления вывиха плечо следует фиксировать с помощью:

1. косыночной повязки
2. мягкой повязки
3. **-гипсовой повязки**
4. фиксация не применяется

После установления диагноза вывиха к вправлению следует прибегнуть:

1. **-немедленно**
2. через 2 час
3. через сутки
4. через 3 суток

Лечение ушибов мягких тканей стопы включает все перечисленное, кроме:

1. **-применения рентгенотерапии (малых доз)**
2. применения холода в остром периоде
3. наложения давящей повязки
4. физиопроцедур
5. ЛФК

Наиболее часто встречающаяся причина деформирующего артроза коленного сустава:

1. **-травмы коленного сустава: внутрисуставные переломы, неправильно сросшиеся переломы голени бедра, последствия повреждения менисков и связок коленного сустава, вывихи голени**
2. врожденный вывих надколенника
3. болезнь Кенига
4. воспалительные процессы

Показаниями к применению консервативной терапии при деформирующем артрозе коленного сустава является:

1. **-поражение I и II стадии**
2. поражение III стадии
3. поражение IV стадии