**1) Акромиально-ключичное сочленение**

1. Вывих акромиального конца ключицы характеризуется

а) признаком Маркса

б) симптомом "треугольной подушки"

**в) симптомом "клавиши"**

г) пружинящим движением в плечевом поясе

2. Неполный вывих акромиального конца ключицы происходит

а) при полном разрыве акромиально ключичной и ключично-клювовидной связок

**б) при разрыве только акромиально-ключичной связки**

в) при разрыве только клювовидно-ключичной связки

г) при растяжении ключично-акромиальной связки

3. Для уточнения диагноза "полный" или "неполный" вывих акромиального конца ключицы необходима рентгенограмма

а) надплечья, в положении больного лежа

б) надплечья, в положении больного стоя

**в) обоих надплечий, стоя, с грузом в руке с поврежденной стороны**

г) обоих надплечий в положении больного "лежа"

4. Невправленный вывих ключицы считается застарелым через

а) 2 часа

б) 1 сутки

в) 5 суток

**г) 3-4 недели**

д) 3-4 месяца

5. Для застарелого полного вывиха ключицы в акромиально-ключичном сочленении характерно все перечисленное, кроме

а) выступания акромиального конца ключицы вверх

б) ограничения отведения руки

в) боли в надплечье при движении с нагрузкой

г) быстрой утомляемости верхней конечности на стороне повреждения

**д) ослабления силы в руке**

6. Оперативное лечение застарелого вывиха акромиального конца ключицы еще возможно через

**а) 3 месяца**

б) 9 месяцев

в) 1 год

г) 2 года

7. Срок иммобилизации верхней конечности после оперативного вправления и восстановления связок по поводу полного вывиха ключицы составляет

а) 2 недели

**б) 4-5 недель**

в) 8 недель

г) 12 недель

8. Из стернальных вывихов ключицы наиболее часто встречается

а) надгрудинный

б) предгрудинный

**в) загрудинный**

г) двусторонний

9. После вправления вывиха грудинного конца ключицы иммобилизация накладывается

**а) в отведении плеча на 90 градусов**

б) в сгибании плеча на 90 градусов

в) во внутренней ротации плеча

г) в наружной ротации плеча

10. Срочно оперировать следует

а) надгрудинный вывих ключицы

б) предгрудинный вывих ключицы

в) загрудинный вывих ключицы

**г) загрудинный вывих ключицы с нарушением дыхания**

11. При дополнительном повреждении какого анатомического образования наступает полный вывих акромиального конца ключицы?

а) разрыв ключично - акромиальной связки

**б) разрыв ключично – клювовидной связки**

в) перелом акромиального отростка лопатки

г) перелом акромиального конца ключицы

**2) Ампутации**

1. Под термином "ампутация конечности" подразумевается

**а) отнятие конечности на протяжении той или иной кости (костей)**

б) отнятие конечности на любом участке пораженного сегмента

в) отнятие конечности между суставами

г) отнятие конечности на уровне суставов

д) правильно все

2. Операция отсечения конечности на уровне сустава называется

а) ампутацией

**б) экзартикуляцией**

в) первичной хирургической обработкой

г) костнопластической операцией

д) фасциопластической операцией

3. Первичная ампутация выполняется

а) в порядке оказания неотложной хирургической помощи

б) при полном разможжении конечности

в) при полном отрыве и разможжении конечности

**г) все ответы правильны**

4. Показаниями к первичной ампутации является все перечисленное, за исключением

а) отрывов конечностей

б) глубоких обширных циркулярных термических ожогов конечностей

**в) обширных дефектов кожи и подкожной жировой клетчатки**

г) переломов (открытые, закрытые), осложненных термическими ожогами на фоне лучевой болезни

д) сдавления мягких тканей конечности + отморожение + лучевая болезнь

5. Потеря жизнеспособности конечности при повреждении магистрального сосуда без оказания квалифицированной помощи возникает в сроки

а) 1ч

**б) 2ч**

в) 3ч

г) 4ч

д) 5ч

6. При огнестрельных ранениях коленного сустава с развитием гнойного поражения больному показано все перечисленное, кроме

**а) консервативного лечения**

б) ампутации конечности при развитии эмпиемы сустава с обширным разрушением костей

в) ампутации при тромбозе бедренной артерии

г) резекции, наложения аппарата наружной фиксации

д) артротомии, постоянного дренирования и длительного промывания сустава

7. Демаркационная зона при отморожениях характеризуется тем, что она

**а) имеет полное совпадение уровней некроза кожи и глубже лежащих мягких тканей**

б) не имеет полного совпадения уровней некроза и глубже лежащих тканей

в) кожа поражается значительно проксимальнее, а мягкие ткани подвергаются некрозу меньше

г) некроз мягких тканей, расположенных под кожей, распространяется далеко в проксимальном направлении, а некроз кожи сохраняется значительно дистальнее

8. Ампутации при отморожениях выполняются

а) до появления демаркационной линии

**б) при появлении демаркационной линии и мумификации**

в) в первую или вторую неделю

г) при инфицированных отморожениях по линии демаркации в сроки 3-4 недели

д) правильно все

9. При гангрене конечности у стариков на фоне диабета или облитерирующего эндоартериита уровень ампутации нужно выбирать

а) в центре очага

б) по демаркационной линии

**в) как только возможно выше**

г) уровень ампутации определяется только после сканирования системы микроциркуляции пораженной конечности

д) ниже демаркационной линии

10. Остеомиелит с наличием сепсиса или признаками амилоидоза паренхиматозных органов требует

а) многочисленный секвестрэктомий

б) наложения компрессионно-дистракционного аппарата, с длительным орошением и дренированием очага

**в) ампутации**

г) правильно все

11. При некрозе конечности, связанной с повреждением сосудисто-нервного пучка, необходимо

а) отсечение конечности немного дистальнее демаркационной линии

б) отсечение конечности по уровню демаркационной линии на коже

в) обнажить сосудисто-нервный пучок, удалить тромб, промыть магистральные сосуды

г) уровень ампутации определить методом компьютерной томографии

**д) отсечение конечности немного проксимальнее демаркационной линии**

12. При нагноительных процессах в костях или в суставах с начинающимся истощением показана

а) быстрая ампутация конечности с наложением глухого шва

б) артротомия, резекция пораженных костей, костно-пластическая операция, постоянное длительное орошение и дренирование

**в) быстрая ампутация круговым способом, без стягивающих и направляющих швов**

г) частичная некрэктомия

д) наложение глухой мостовидной повязки

13. При обширных повреждениях конечности ампутация производится

а) по типу ПХО с обязательным и окончательным закрытием раны

б) по типу частичной некрэктомии

в) по типу полной некрэктомии

**г) по типу ПХО раны с иссечением всех нежизнеспособных тканей, усечения конечности по уровню повреждения кости, с орошением и дренированием раны, без ее ушивания**

д) экзартикуляция

14. Уровень ампутации при некрозах конечностей при облитерирующем эндоартериите, атеросклерозе или диабетической гангрене устанавливается на основании

а) внутриартериального введения хлористого кальция или сосудорасширяющих средств

**б) компьютерной томографии системы микроциркуляции**

в) первичной хирургической обработки

г) УЗД сосудов нижней конечности

15. Двумоментный способ пересечения мягких тканей при ампутации предусматривает

а) одинаковую сократимость кожи, поверхностных и глубоких мышц

**б) неодинаковую сократимость кожи, поверхностных и глубоких мышц, в результате чего может образоваться конус**

в) создание конической культи

г) создание опорной культи

16. К опорным культям относятся

а) культя верхней трети бедра

б) культя верхней трети голени

в) культя средней трети голени

г) культя нижней трети голени

**д) культя после костнопластической операции по Пирогову в нижней трети голени**

17. Элементами фасциопластической операции на голени (по С.Ф.Годунову) являются все перечисленные, кроме

а) выкраивания переднего и заднего кожно-фасциального лоскута

**б) сшивания мышц над костным спилом, передний и задний кожно-фасциальный лоскуты не сшиваются**

в) мышцы не сшиваются над костным пилом

г) передний и задний кожнофасциальный лоскуты сшивают между собой

18. Суть теста С.Ф.Годунова для определения уровня ампутации на голени, бедре состоит

а) в определении нарушения магистрального кровотока

б) в определении тромбоза магистрального сосуда

**в) во внутрикостном введении новокаина, снятии жгута в течение 5 минут и определении полноценности артериального кровотока по гиперемии кожи**

г) во внутривенном введении сосудорасширяющих препаратов

19. Оптимальным вариантом кожной пластики при реконструктивных операциях на культях конечностей являются

а) свободно пересаженные трансплантаты

б) пластика филатовским стеблем

в) пластика расщепленным кожным лоскутом

г) местная пластика

**д) пластика лоскутами на сосудистой ножке, перемещенными с отдаленных участков культи или вышележащего сегмента**

20. В протезно-ортопедических предприятиях больным изготавливают все, кроме

а) постоянные протезы

б) временные протезы

в) лечебно-тренировочные протезы

г) правильно все

**д) экспресс-протезы**

21. Экспресс-протезирование заключается в

а) изготовлении первичного протеза

**б) изготовлении экспресс-протеза на операционном столе после ампутации**

в) изготовлении лечебно - тренировочного протеза

г) изготовлении постоянного протеза

**3) Артрозы**

1. К невропатическим артритам относятся

а) коревые артриты

б) табетические артриты

**в) сирингомиэлические поражения суставов**

г) ревматоидные артриты

2. Табетические артропатии характеризуются

**а) внезапным началом с обильным выпотом и субфебрильной температурой**

б) разболтанностью сустава

в) параартикулярным обызвествлением

г) расстройством чувствительности

д) всем вышеперечисленным

3. Для сирингмиелитической артропатии характерны

а) мышечные атрофии верхней конечности

**б) аналгезии**

в) деструкция суставных концов костей

г) "когтистость" пальцев кисти

д) все вышеперечисленное

4. При рассеянном склероза наблюдается

а) триада Шарко (нистагм, интенционные дрожания, скандированная речь)

б) утомляемость ног к концу дня

в) вестибулярные нарушения (головокружение, тошнота)

г) нарушение чувствительности парастезии и боли

**д) все вышеперечисленное**

5. При гемофилическом поражении суставов наблюдается

а) понижение свертываемости крови

б) кровоизлияние в сустав

в) хронические артриты

**г) все вышеперечисленное**

 6. Болезнь Кашина - Бека характеризуется

а) обезображивающими полихондроостеоартрозами

б) эндемичностью и неясной этиологией

в) симметричностью и прогрессированием

г) деформацией и тугоподвижностью суставов

**д) всем вышеперечисленным**

7. Третья стадия деформирующего эндемического остеоартроза (болезни Кашина - Бека) устанавливается на основании

а) короткопалости (медвежья лапа) и утиной походки

б) ограничения движения в коленных суставах и голеностопных суставах

в) недостаточности функции паращитовидных желез, наличия уретрита

г) лордоза поясничного отдела позвоночника

**д) всего вышеперечисленного**

 8. Для псориатического спондилоартрита характерно все, кроме

а) поражение мелких периферических суставов конечностей

б) поражение дистальных межфаланговых суставов средних пальцев рук

в) истинные анкилозы

**г) наличие вторичных разрастаний в тканях, окружающих кости**

д) сужение суставной щели

9. Комплекс лечения больных с псориатическим поражением позвоночника и суставов включает все перечисленное, кроме:

а) кортикостероиды

б) пирогенал,

**в) метатрексат**

г) применение мази ("Антипсориатикум", "Псориазин")

д) салициловые примочки

10. Для ранней стадии болезни Рейтера характерны симптомы: 1) конъюнктивит, 2) неспе- цифический уретрит, 3) воспаление суставов нижних конечностей, 4)боли в пояснице

а) правильно все перечисленное

**б) правильно все перечисленное, кроме 4**

в) правильно все перечисленное, кроме 1

г) правильно все перечисленное, кроме 3

д) правильно все перечисленное, кроме 2

**4) Ахондроплазии**

1. Ахондроплазия - это

**а) системное поражение скелета, связанное с пороком развития хондробластической системы, аномалией развития и роста хряща**

б) последствия внутриутробного сифилиса

в) последствия внутриутробного рахита

г) нейроэндокринное заболевание

д) повышение давления амниотической жидкости

2. При ахондроплазии наиболее часто поражаются:

**а) трубчатые кости**

б) плоские кости

в) фаланги пальцев

г) правильно все

д) все неверно

3. По классификации ахондроплазия относится:

а) к остеодисплазиям

**б) к хондродисплазиям**

в) к остеохондропатиям

г) правильно все

д) все неверно

4. Из всех костей скелета при ахондроплазии менее всего изменены:

а) таз

б) ребра

**в) ключицы**

г) позвоночник

д) основание черепа

5. Рентгенструктурные изменения имеют место при ахондропазии в следующих костях, кроме:

а) в трубчатых костях

б) в эпифизах

в) в черепе

**г) в лопатках**

д) в позвоночнике

6. Для ахондроплазии характерна:

а) повышенная ломкость костей

**б) изодактилия**

в) афалангия

г) синдактилия

д) саблевидные голени

7. Для ахондроплазии характерны все клинические признаки, кроме:

а) карликовый рост

б) изодактилия

в) головной череп нависает над лицевым

**г) ноющие боли в костях постоянного характера**

д) диспропорция скелета

**5) Травмы бедра**

1. В классификации переломов шейки бедра различают все перечисленные, кроме

а) медиальных

б) субкапитальных и шеечных

в) латеральных

г) межвертельных и чрезвертельных

**д) подвертельных**

2. Основными признаками перелома шейки бедра являются все перечисленные, кроме

а) болей в тазобедренном суставе

б) укорочения конечности

в) симптома Гирголова

г) симптома "прилипшей пятки"

**д) ротации конечности внутрь**

3. Консервативное лечение переломов шейки бедра включает все перечисленные методы, кроме

а) скелетного вытяжения

б) наложения кокситной гипсовой повязки

в) репозиции отломков и фиксации спицами

г) функционального лечения

**д) иммобилизации репонированных отломков гипсовой повязкой, наложенной на конечность до верхней трети бедра**

4. Оперативное лечение переломов шейки бедра осуществляется всеми перечисленными методами, кроме

а) закрытого остеосинтеза различными металлоконструкциями

б) открытого остеосинтеза металлоконструкциями

**в) открытой репозиции отломков и фиксации гипсовой повязкой**

г) эндопротезирования тазобедренного сустава

5. Открытый остеосинтез шейки бедра обладает всеми перечисленными преимуществами, кроме

**а) менее травматичен**

б) позволяет точно сопоставить отломки

в) позволяет правильно провести фиксатор

г) прочно скрепить отломки

д) позволяет раньше активизировать больного

6. Переломы большого и малого вертелов возможны в случае

а) падения на ноги

б) падения на область ягодиц

в) сдавления таза в передне-заднем направлении

г) сдавления таза с боков

**д) падения на область тазобедренного сустава**

7. Характерными признаками перелома большого и малого вертелов являются все перечисленные, кроме

а) боли в области тазобедренного сустава, усиливающейся при пальпации

б) боли в области паховой складки и внутренней поверхности бедра

**в) боли в крестцово-подвздошном сочленении**

г) гематомы в области тазобедренного сустава

д) крепитации отломков при пальпации

8. Консервативное лечение переломов большого и малого вертелов осуществляется всеми перечисленными способами, кроме

а) введения 1% раствора новокаина в зону перелома и отведения ноги на плоскости на 10(-15(

б) укладки ноги на шину Белера на 20-25 дней в положении сгибания в тазобедренном и коленном суставе с наружной ротацией конечности

в) отведения ноги на 10(-15( от средней линии с валиком под коленным суставом, наложения деротационного сапожка

**г) наложения кокситной гипсовой повязки**

9. Фиксация отломков при оперативном лечении переломов большого и малого вертелов может быть осуществлена всеми перечисленными способами, исключая

а) проволочные серкляжи

б) спицы с упорными площадками

в) металлические штифты и шурупы

г) пластины

**д) шовный материал**

10. Возникновению гнойных осложнений при огнестрельных ранениях тазобедренного сустава способствуют все перечисленные причины:

а) первичного микробного загрязнения раны

б) вторичного загрязнения раны

в) наличия обширной зоны первичного некроза тканей вокруг раневого канала

г) поздней и нерадикальной хирургической обработки раны

**д) все правильно**

11. Благоприятному исходу огнестрельного ранения тазобедренного сустава способствует первичная хирургическая обработка раны, произведенная

**а) в первые 6 часов после ранения с дренированием раны**

б) с наложением швов и дренированим раны

в) в первые 6-12 часов

г) в первые 12-24 часов

12. Первая медицинская помощь при огнестрельном ранении тазобедренного сустава в военно-полевых условиях состоит из всех перечисленных мероприятий, кроме

а) введения анальгетиков и антибиотиков

б) остановки наружного кровотечения

в) иммобилизации

**г) наложения аппарата Илизарова**

д) эвакуации

13. Повреждение бедра под действием травмирующей силы возможно при падении

а) на спину

б) на область крестца и ягодиц

в) на область крыла подвздошной кости

**г) на область бедра**

д) на вытянутые ноги

14. При переломе верхней трети диафиза бедра типичным смещением отломков следует считать

а) смещение отломков по ширине, длине и под углом

б) смещение вокруг оси

**в) установка центрального отломка в положении отведения, сгибания и наружной ротации, периферического кверху и кзади от центрального**

г) установка центрального отломка в положении приведения кнутри и кпереди, периферического кзади вверх и под углом

д) смещение центрального отломка кзади, периферического кпереди и кзади

15. Максимальное отведение и сгибание проксимального фрагмента наблюдается при переломах бедра в области

**а) верхней трети диафиза**

б) средней трети диафиза

в) нижней трети диафиза

г) надмыщелков

д) средней и нижней трети диафиза

16. Проксимальный фрагмент при переломах в верхней и средней трети бедра устанавливается в положении

а) приведения, сгибания и внутренней ротации

**б) отведения, сгибания и наружной ротации**

в) приведения, сгибания и наружной ротации

г) отведения, сгибания и внутренней ротации

д) отведения, разгибания и внутренней ротации

17. Повреждение или сдавление сосудов бедра наиболее часто встречается при закрытых переломах бедренной кости в области

а) проксимального отдела бедра

б) верхней трети диафиза

в) средней трети

г) нижней трети

**д) надмыщелков**

18. Интрамедуллярный остеосинтез может явиться причиной всех следующих осложнений, кроме

а) шока и кровопотери

б) жировой эмболии

в) ложного сустава

г) нагноения

**д) деформирующего артроза коленного сустава**

19. Неправильный подбор фиксатора по размерам при интрамедуллярном остеосинтезе бедра может явиться причиной всех следующих осложнений, кроме

а) проникновения штифта в коленный сустав

**б) перелома фиксатора**

в) заклинивания фиксатора в костном отломке

г) перфорации стенки кости

д) образования трещин в кости

20. Оптимальными сроками оперативного лечения переломов диафиза бедра являются

а) 1-е сутки после травмы

б) 1-2-е сутки после травмы

в) 2-5-е сутки после травмы

**г) 7-15-е сутки после травмы**

д) спустя 15 суток

21. К наиболее часто встречающимся осложнениям травматического эпифезиолиза дистального конца бедра относятся

а) нарушение (тромбоз) магистрального кровотока конечности

**б) нарушение роста кости**

в) невозможность закрытой репозиции

г) повреждение сосудисто-нервного пучка

д) жировая эмболия

22. Абсолютным показанием к оперативному лечению при надмыщелковом переломе бедра является

а) неустраняемое консервативными методами смещение фрагмента

б) нарушение конгруэнтности суставных поверхностей

**в) повреждение и сдавление сосудисто-нервного пучка**

г) интрепозиция мягких тканей

д) неправильно сросшийся перелом

23. Лечение огнестрельного перелома бедра на госпитальном этапе включает

а) хирургическую обработку и интрамедуллярный остеосинтез

б) хирургическую обработку, активное дренирование, наружную фиксацию отломков

**в) хирургическую обработку, активное дренирование, компрессионно-дистракционный остеосинтез**

г) хирургическую обработку, вакуумирование и наложение гипсовой повязки

д) обкалывание антибиотиками, новокаиновую блокаду, иммобилизацию сегмента

24. К осложнениям, наблюдаемым при переломе бедра в позднем реабилитационном периоде, относятся все следующие, кроме

а) несросшегося перелома

б) деформации и укорочения конечности

в) контрактуры

г) остеомиелита

**д) сдавления сосудисто-нервного пучка**

25. Оптимальным сроком для удаления фиксаторов является срок

а) 6 месяцев

**б) 1 год**

в) 1.5 года

г) 2 года

д) фиксатор можно не удалять

26. Лечение огнестрельных повреждений бедра в военно-полевых условиях начинают со всех следующих мероприятий, кроме

а) остановки наружного кровотечения

б) проведения реанимационных мероприятий

в) иммобилизации конечности

**г) наложения компрессионно-дистракционного аппарата**

д) транспортировки в специализированный госпиталь

28. Патологический вывих бедра возникает в результате

а) костно-суставного туберкулеза и остеомиелита

б) опухолевого процесса

в) лучевого поражения

г) неврогенных артропатий

**д) всего перечисленного**

28. Диагноз патологического вывиха бедра осуществляется на основании

а) болевого синдрома в области сустава

б) нарушения опороспособности конечности

в) положительного синдрома Тренделенбурга

г) анамнестических данных

**д) совокупности всех перечисленных признаков**

29. Рентгенологическими признаками патологического вывиха бедра являются

а) структурные изменения в костях головки бедра и вертлужной впадины

б) изменение топографического соотношения костей в тазобедренном суставе

в) наличие отягощенного анамнеза заболеванием

**г) сочетание структурных изменений и топографических взаимоотношений костей в тазобедренном суставе**

д) все вышеперечисленное

30. Характер лечения патологического вывиха бедра связан

а) с заболеванием, приведшим к патологическому вывиху бедра

б) с локализацией и характером костных изменений

в) с возрастом больного и состоянием больного, а также давностью заболевания

г) с возможностью врачей, лечебного учреждения и желанием больного

**д) со всем вышеперечисленным**

31. Консервативное лечение патологического вывиха бедра включает в себя

а) покой и иммобилизацию

б) антибиотикотерапию и химиотерапию

в) так называемое "функциональное" лечение, включая лечебную гимнастику, массаж и бальнеологию

г) протезирование

**д) все вышеперечисленное**

32. При оперативном лечении патологического вывиха бедра применяются следующие виды вмешательства

а) остеосинтез

**б) эндопротезирование**

в) верно все

г) резекция сустава

33. При приобретенном "кокса вара" применяется

**а) вальгизирующая остеотомия бедра**

б) консервативное лечение

в) артродез и артропластика тазобедренного сустава

г) ношение ортопедической обуви и разгрузка сустава

д) все перечисленное

34. При приобретенном "кокса вальга" применяется

**а) варизирующая остеотомия**

б) артродез тазобедренного сустава

в) ношение ортопедической обуви

г) консервативное лечение и разгрузка сустава

д) все перечисленное

35. "Кокса вара" возникает в связи с поражением

а) головки и эпифиза бедра

**б) шейки бедра**

в) вертельной зоны бедра

г) подвертельной и диафизной зоны бедра

д) комбинации всех вышеперечисленных зон

36. Приобретенные "кокса вара" бывают вследствие

а) диспластических процессов

б) специфических и неспецифических инфекций

**в) последствий травм**

г) нарушения минерального обмена

д) комбинации всего перечисленного

37. Диагноз щелкающего тазобедренного сустава ставится на основании наличия

**а) щелкающего бедра при активном сгибании с внутренней ротацией**

б) уплотнения широкой фасции бедра

в) шума в области бедра при ходьбе

г) двусторонности поражения

д) нормальной структуры тазобедренного сустава в рентгеновском изображении

6) Болезнь Блаунта

**1. Болезнь Блаунта – это**

**а) дисплазия проксимальной ростковой зоны большеберцовой кости с с последующим разрежением, разрыхлением и преждевременной оссификацией медиальной части эпифизарной пластинки**

б) последствие перенесенного остеомиелита большеберцовой кости

в) рахитоподобное заболевание

г) дисплазия росткового хряща дистального конца большеберцовой кости

д) остеохондропатия головки бедренной кости

2. В течении болезни Блаунта различают:

а) две стадии течения

б) три стадии течения

в) четыре стадии течения

**г) пять стадий течения**

д) нет стадийности течения

3. В чем заключаются рентгенструктурные изменения при болезни Блаунта?

а) незначительное уменьшение высоты и ширины внутренней части эпифиза б/берцовой кости, нечеткость границ росткового хряща

б) расширение медиального отдела ростковой пластинки, кистовидные тени в клювовидной части метафиза

в) оссификация внутреннего отдела ростковой пластинки, искривление оси большеберцовой кости внутрь

г) восстановление формы эпифиза с нормальной зоной роста с латеральной стороны и резким сужением - с медиальной

**д) все перечисленное**

4. Назовите формы болезни Блаунта

**а) ранния и поздняя**

б) только поздняя

в) только ранняя

г) постравматическая

 5. В каком возрасте ребенка проявляется ранняя (врожденная) форма болезни Блаунта?

а) в 1-2 года

**б) в 3-4 года**

в) на первом году жизни

г) в младшем школьном возрасте

д) в подростковом возрасте

6. В каком возрасте проявляется поздняя (постнатальная) форма болезни Блаунта?

а) в дошкольном возрасте

**б) в подростковом возрасте**

в) не зависимо от возраста

г) в младшем школьном возрасте

д) у взрослых

7. Какие рентгенструктурные признаки относятся к I стадии течения болезни Блаунта.

**а) незначительное уменьшение высоты и ширины внутренней части эпифиза б/берцовой кости, нечеткость границ росткового хряща**

б) расширение медиального отдела ростковой пластинки, кистовидные тени в клювовидной части метафиза

в) оссификация внутреннего отдела ростковой пластинки, искривление оси большеберцовой кости внутрь

г) восстановление формы эпифиза с нормальной зоной роста с латеральной стороны и резким сужением - с медиальной

8. Какие рентгенструктурные признаки говорят о II стадии болезни Блаунта?

а) незначительное уменьшение высоты и ширины внутренней части эпифиза б/берцовой кости, нечеткость границ росткового хряща

**б) расширение медиального отдела ростковой пластинки, кистовидные тени в клювовидной части метафиза**

в) оссификация внутреннего отдела ростковой пластинки, искривление оси большеберцовой кости внутрь

г) восстановление формы эпифиза с нормальной зоной роста с латеральной стороны и резким сужением - с медиальной

9. Какая рентгенологическая картина подтверждает III и IV стадии течения болезни Блаунта?

а) незначительное уменьшение высоты и ширины внутренней части эпифиза б/берцовой кости, нечеткость границ росткового хряща

б) расширение медиального отдела ростковой пластинки, кистовидные тени в клювовидной части метафиза

**в) оссификация внутреннего отдела ростковой пластинки, искривление оси большеберцовой кости внутрь**

г) восстановление формы эпифиза с нормальной зоной роста с латеральной стороны и резким сужением - с медиальной

10. Назовите рентгенологические признаки характерные для V стадии болезни Блаунта?

а) незначительное уменьшение высоты и ширины внутренней части эпифиза б/берцовой кости, нечеткость границ росткового хряща

б) расширение медиального отдела ростковой пластинки, кистовидные тени в клювовидной части метафиза

в) оссификация внутреннего отдела ростковой пластинки, искривление оси большеберцовой кости внутрь

**г) восстановление формы эпифиза с нормальной зоной роста с латеральной стороны и резким сужением - с медиальной**

11. Назовите ведущий клинический симптом при болезни Блаунта.

а) укорочение пораженной конечности

б) выраженный болевой синдром

**в) варусная деформация голени**

г) вальгусная деформация голени

д) утрата опороспособности конечности

12. Назовите целесообразную методику лечения болезни Блаунта при деформации до 10 градусов

**а) консервативное лечение**

б) лечение не показано

в) правильно все

г) оперативное лечение

13. Назовите целесообразную методику лечения болезни Блаунта при деформации более 10 градусов

а) консервативное лечение

б) бальнеолечение

в) функциональное лечение

**г) оперативное лечение**

14. Из предложенных оперативных методик, какая наиболее целесообразна?

а) поперечная остеотомия

б) угловая остеотомия по Репке

**в) коррекция с помощью компрессионно-дистракционного аппарата**

г) целесообразной методики не представлено

**7) Врожденный вывих бедра**

1. В основе классификации врожденной варусной деформации шейки бедренной кости лежит

а) параметр эпифизарно-диафизарного угла

б) степень укорочения конечности

в) положение большого вертела

г) сроки окостенения эпифиза головки бедра

**д) все перечисленные признаки**

2. Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является

а) ограничение отведения бедер

**б) симптом Маркса-Ортолани (соскальзывание)**

в) укорочение ножки

г) асимметрия ножных складок

д) наружная ротация ножки

3. Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует

**а) в период новорожденности**

б) в первые полгода жизни

в) до 1 года

г) до 2 лет

4. Незамеченная вовремя болевая контрактура приводящих мышц при лечении врожденного вывиха с помощью шины Виленского может привести

а) к асептическому некрозу головки бедренной кости

б) к шоку

в) к разрыву капсулы

**г) к скручиванию бедра**

д) к нарушению кровообращения в стопах

5. Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является

**а) дисплазия бедренного сустава**

б) врожденная косорукость

в) амниотические перетяжки

г) патологический вывих бедра

д) болезнь Клиппеля-Фейля

6. В основе остеохондропатии лежит

а) дисфункция созревания

б) дисфункция роста

в) механическое воздействие

**г) дистрофические изменения ангионевротического характера**

д) тератогенное воздействие

7. В основе патогенеза врожденного вывиха бедра у детей лежит

а) дисфункция роста

**б) дисфункция созревания**

в) родовая травма

г) внутриутробная инфекция

д) онкогенное воздействие

8. Этиологическим фактором врожденного вывиха бедра (дисплазии) является

а) воспалительный процесс

б) травматический фактор

**в) дисплазия**

г) неправильное членорасположение плода в утробе матери

д) нарушение обменных процессов

9. Наиболее часто врожденный вывих бедра (дисплазия) бывает

**а) у лиц женского пола**

б) у лиц мужского пола

в) одинаково часто без особой разницы

г) нет достоверных данных

10. Наиболее часто встречается

**а) левосторонний вывих**

б) правосторонний вывих

в) двусторонний вывих

г) все не правильно

11. По степени расположения головки бедра по отношению к суставной впадине возможны все перечисленные формы, кроме

а) предвывиха

б) подвывиха

в) вывиха

**г) дисплазии**

12. Ведущим симптомом дисплазии тазобедренного сустава в первые месяцы жизни ребенка является

а) укорочение конечности

б) асимметрия кожных складок

в) симптом "щелчка"

**г) ограничение отведения бедер**

д) наружная ротация конечности

13. Рентгенологическая картина дисплазии тазобедренного сустава в первые месяцы жизни ребенка

**а) позднее появление ядра окостенения головки**

б) изменения величин h и d (уменьшение, увеличение, без перемен)

в) отношение диафиза бедра к линии Омбредана (проходит линия через диафиз бедра, кнутри, кнаружи от него)

г) изменение угла Виберга

д) изменение ацетабулярного угла (увеличение, уменьшение, без перемен)

14. Наиболее точно дисплазию тазобедренного сустава выявляет рентгенологическая схема, разработанная

а) С.А.Рейнбергом

б) Радулеску

**в) Хильгенрейнером**

г) Омбреданом

15. Лечение дисплазии тазобедренного сустава начинается

**а) с рождения**

б) в возрасте 1 месяца

в) в возрасте 1-2 месяцев

г) в возрасте 3 месяцев и старше

16. Наиболее целесообразным методом лечения дисплазии тазобедренного сустава в раннем периоде является

а) консервативный (по Лоренцу)

б) гипсовые повязки

**в) функциональные шины**

г) оперативный

17. Клиническая симптоматология врожденного вывиха бедра у детей старше

2-х лет включает

а) хромоту

б) укорочение конечности

в) положительный симптом Тренделенбурга

г) большой вертел выше линии Розер-Нелатона

**д) все перечисленное**

18. После двухлетнего возраста при различных формах дисплазии тазобедренного сустава наиболее целесообразно применение

а) гипсовой повязки

б) вытяжения

в) функциональных шин

г) компрессионно-дистракционных аппаратов

**д) хирургического лечения (внесуставные или внутрисуставные вмешательства)**

19. При консервативном лечении больных с дисплазией (вывихом) тазобедренного сустава наибольшие осложнения дает

**а) метод Лоренца**

б) афункциональный метод

в) функциональный метод

г) компрессионно-дистракционный метод

20. При консервативном лечении дисплазии (вывиха) тазобедренного сустава наиболее часто встречается в качестве осложнения

**а) асептический некроз головки бедра**

б) парез седалищного нерва

в) тугоподвижность в суставе и анкилоз

г) все перечисленное

21. Из методов лечебного воздействия при консервативном лечении врожденного вывиха бедра применяются

а) водные процедуры

б) физиотерапия

в) лечебная гимнастика

г) массаж

**д) все перечисленное верно**

22. Оперативные методы лечения врожденного вывиха бедра делятся

**а) на внутрисуставные и внесуставные**

б) на костях таза

в) на проксимальном отделе бедра

г) в сочетании с артропластикой сустава

23. Осложнениями после внутрисуставных операций при врожденном вывихе бедра являются

а) релюксация

б) асептический некроз головки бедра

в) анкилоз

г) контрактуры

**д) ограничение движений в суставе**

24. По снятии гипсовой повязки после оперативного лечения врожденного вывиха бедра применяются

а) пассивные физические упражнения

б) активные физические упражнения

в) грязелечение

г) водные процедуры

**д) все перечисленное верно**

25. Нагрузка на оперированную конечность при врожденном вывихе бедра разрешается

а) через 2 месяца

**б) через 3 месяца**

в) через 6 месяцев

г) через 1 год

**8) Врожденная косолапость**

1. Этиологическим фактором при врожденной косолапости является

**а) порок первичной закладки**

б) внутриутробная травма

в) родовая травма

г) дисплазия

д) внутриутробный полиомиелит

2. Основной симптом косолапости

а) эквинсу стопы

б) экскаватус стопы

в) вальгус стопы

**г) варус стопы**

д) приведение переднего отдела стопы

3. Больной с косолапостью при ходьбе

а) хромает

б) не хромает

в) ходит, переступая "нога за ногу"

г) наступает на внутренний край стопы

**д) наступает на наружный край стопы**

4. При косолапости наиболее заинтересованы

а) длинный сгибатель пальцев

б) передняя большеберцовая мышца

в) задняя большеберцовая мышца

**г) ахиллово сухожилие**

д) длинный сгибатель 1 пальца

5. Консервативное лечение косолапости начинают

**а) с рождения**

б) через 1 месяц после рождения

в) через 3 месяца после рождения

г) через полгода после рождения

д) в возрасте 1 года

 6. Консервативное лечение косолапости включает все, кроме:

а) мягкое бинтование и ЛФК

б) массаж и ЛФК

в) редрессацию

г) гипсовые повязки

**д) применение шины по Виленскому**

7. Патологическая установка стопы при врожденной косолапости слагается

**а) из приведения, супинации и подошвенного сгибания**

б) из отведения, супинации и подошвенного сгибания

в) из приведения, пронации и тыльного сгибания

г) отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении

д) эквинусной установки стопы

8. Консервативное лечение косолапости продолжается

а) до 6 месяцев

**б) до 1 года**

в) до 2.5-3 лет

г) до 5-летнего возраста

д) до исправления элементов косолапости

9. Оперативное лечение при врожденной косолапости, как правило, начинают

а) с 6-месячного возраста

**б) с 12-месячного возраста**

в) с 9-летнего возраста

г) с 5-летнего возраста

д) с 10-летнего возраста

10. У детей в возрасте 1-3 лет наиболее эффективно оперативное лечение при врожденной косолапости на

а) сухожилиях

**б) сухожильно-связочном аппарате**

в) костях стопы

г) суставах

11. У детей в возрасте от 3 до 12 лет целесообразно оперативное вмешательство на:

а) сухожилиях

**б) сухожильно-связочном аппарате в сочетании с резекцией ядра кубовидной кости или ее массы**

в) костях стопы

г) костях стопы и голени

д) верно все

12. У детей в возрасте старше 12 лет целесообразно выполнить:

а) операцию Зацепина

б) трехсуставной артродез по Новаченко

в) серповидную резекцию по Куслику

**г) применить компрессионно-дистракционную методику с адресным щадящим артродезом наиболее заинтересованных суставов стопы**

д) все перечисленное верно

13. У взрослых пациентов с нелеченной (или неизлеченной) врожденной косолапостью целесообразно выполнить:

а) операцию Зацепина

**б) трехсуставной артродез по Новаченко**

в) серповидную резекцию по Куслику

г) применить компрессионно-дистракционную методику с адресным щадящим артродезом наиболее заинтересованных суставов стопы

д) все перечисленное верно

14. Гипсовая иммобилизация после операции при врожденной косолапости продолжается

а) 1 месяц

**б) 2 месяца**

в) 3 месяца

г) 6 месяцев

д) до 1 года

**9) Травма голеностопного сустава**

1. Для гемартроза голенностопного сустава ведущим симптомом является

а) кровоподтек

б) боль

в) нарушение функции конечности

**г) скопление крови в полости сустава**

д) разрыв межберцового синдесмоза

2. Пальпацию голеностопного сустава на выявление гемартроза следует производить

а) спереди

б) с боков

**в) сзади**

г) спереди и сзади голеностопного сустава, снутри и снаружи ахиллова сухожилия

д) все ответы правильные

3. При переломе внутренней лодыжки или н/3 б/берцовой кости рентгенограммы голени

в в/3 производятся с целью выявления

а) перелома внутреннего мыщелка большеберцовой кости

б) перелома наружнего мыщелка большеберцовой кости

**в) перелома головки малоберцовой кости**

г) все правильно

д) все ответы неправильны

4. Для определения высоты внутренней и наружней лодыжек необходимо провести

горизонтальную линию через

а) таранную и пяточную кости

б) таранную, пяточную, большеберцовую кости

в) таранную, пяточную, большеберцовую и малоберцовую кости

**г) суставную часть дистального эпиметафиза большеберцовой кости**

д) биссектрису угла Беллера

5. Для фиксации лодыжек после их вправления показана

а) циркулярная бесподкладочная гипсовая повязка

б) циркулярная гипсовая повязка с ватной прокладкой

в) разрезная циркулярная гипсовая повязка типа "сапожок"

**г) V-образная повязка со стопой**

д) V-образная повязка без лонгеты для стопы

6. Вторичное смещение при лодыжечных переломах возможно вследствие

а) спадения травматического отека

б) использования первичной циркулярной повязки

в) плохого моделирования гипсовой повязки

**г) всего перечисленного**

д) ранней осевой нагрузки

7. Нарушение кровообращения при переломо-вывихах в голеностопном суставе возможно вследствие

всех перечисленных причин, кроме

а) многократных репозиций

б) сдавления гипсовой повязкой

в) применения циркулярной гипсовой повязки

г) нарастающего отека

**д) наложения аппарата внешней фиксации**

8. Разрыв дельтовидной связки чаще всего сопровождается

**а) разрывом межберцового синдесмоза**

б) разрывом наружных связок голеностопного сустава

в) переломом пяточной и таранной костей

г) переломом плюсневых костей

д) вывихом в шопаровом суставе

9. При трехлодыжечном переломо-вывихе в голеностопном суставе срок иммобилизации составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

**в) 2,5-3 месяца**

г) 4 месяца

10. При трехлодыжечном переломе в голеностопномо суставе, леченном оперативным путем,

срок иммобилизации составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

**в) 3 месяца**

г) 4 месяца

д) 5 месяцев

11. Оперативное лечение переломо-вывиха голеностопного сустава ускоряет сроки сращения

а) на 10 дней

б) на 14 дней

в) на 21 день

г) на 28 дней

**д) не ускоряет**

12. Первичная хирургическая обработка огнестрельных ранений голеностопного сустава

на современном этапе включает

а) рассечение, иссечение и восстановление целостности тканей

б) внутрикостное промывание раны с антибиотиками

в) использование вакуума

г) дренирование раны

**д) ПХО раны, активное дренирование, наложение модуля аппарата Илизарова**

13. Срок восстановления трудоспособности при трехлодыжечном переломе

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

**г) 4 месяца**

д) 4-6 месяцев

14. Лечение ушибов мягких тканей стопы включает все перечисленное, кроме

**а) применения рентгенотерапии (малых доз)**

б) применения холода в остром периоде

в) наложения давящей повязки

г) физиопроцедур

д) ЛФК

15. Признаками перелома шейки таранной кости являются

а) боль в области ахилла, усиление ее при тыльном сгибании стопы, поколачивание пяточной области усиливает боли в зоне перелома

б) увеличение подвижности в таранно-пяточном сочленении

**в) болезненное и ограниченное подошвенное сгибание и тыльное разгибание в голеностопном суставе**

г) резкое уменьшение аддукции и абдукции стопы

д) нормальный объем движений в голено-стопном суставе

16. При переломах заднего отдела таранной кости гипсовая повязка накладывается в легком

тыльном сгибании стопы сроком

а) на 3-4 недели

**б) на 6-8 недель**

в) на 8-10 недель

г) на 10-12 недель

д) на 12-14 недель

17. При переломе шейки таранной кости без смещения нагрузка на ногу разрешается через

а) 1 месяц

б) 2 месяца

**в) 2,5-3 месяца**

г) 4 месяца

д) 5 месяцев

18. Срок восстановления трудоспособности при переломах шейки таранной кости со смещением отломков,леченный консервативно, составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

**г) 4 месяца**

д) 5 месяцев

19. При застарелых невправленных многооскольчатых переломах шейки таранной кости необходимо

произвести

а) остеосинтез винтами

б) остеосинтез спицами

**в) артродез голеностопного и подтаранного суставов**

г) астрагалэктомию

20. При компрессионных переломах тела таранной кости средний срок иммобилизации гипсовой повязкой составляет

а) 1 месяц

**б) 2 месяца**

в) 3 месяца

г) 3-4 месяца

д) 4-5 месяцев

21. При развитии асептического некроза таранной кости и деформирующего остеоартроза голеностопного и подтаранного суставов показано

а) остеосинтез винтами

б) остеосинтез спицами

в) остеосинтез проволокой

г) астрагалэктомия

**д) артродез голеностопного и подтаранного суставов**

22. Таранно-пяточный угол в норме составляет

а) 10-20 градусов

б) 20-30 градусов

**в) 30-40 градусов**

г) 40-50 градусов

д) 40-60 градусов

23. Признаками перелома пяточной кости являются

**а) боли в области пяточной кости, уплощение свода стопы, деформация голеностопного сустава, опущение верхушек лодыжек на стороне перелома пяточной кости**

б) деформация голеностопного сустава и смещение внутренней лодыжки вверх

в) гемартроз голеностопного сустава, уплощение внутреннего свода стопы

г) боль в области расположения пяточной кости, отсутствие деформации голеностопного сустава

24. Переломы пяточной кости со смещением отломков и снижением таранно-пяточного угла подлежат лечению всеми перечисленными методами, кроме

а) наложения гипсового "сапожка" без предварительной репозиции

б) скелетного вытяжения

в) наложения аппаратов чрезкостной фиксации

**г) ручной репозиции на "клине" или на колене с последующим наложением аппарата внешней фиксации или гипсового "сапожка"**

д) остеосинтеза

25. Средний срок иммобилизации при компрессионных переломах пяточной кости составляет

а) 1 месяц

**б) 2-3 месяца**

в) 3 месяца

г) 4 месяца

д) 5 месяцев

26. При переломах ладьевидной, кубовидной и клиновидных костей срок гипсовой иммобилизации

составляет

а) 1 неделю

б) 2 недели

в) 3 недели

г) 4-6 недель

**д) 6-8 недель**

27. При отрывах бугорка ладьевидной кости, к которому прикрепляется сухожилие задней

большеберцовой мышцы, гипсовая повязка накладывается на срок

а) 3 недели

б) 4 недели

**в) 5 недель**

г) 6 недель

д) 6-8 недель

28. При переломах кубовидной и клиновидных костей срок иммобилизации гипсовой повязкой составляет

а) 3 недели

б) 4 недели

**в) 4-6 недель**

г) 6-8 недель

д) 9-10 недель

29. Средний срок иммобилизации гипсовой повязкой переломов плюсневых костей после устранения смещения составляет

а) 3 недели

**б) 4 недели**

в) 5 недель

г) 6 недель

д) 6-8 недель

30. Средний срок иммобилизации гипсовой повязкой переломов плюсневых костей со смещением отломков,леченных оперативно (спицами, штифтами), составляет

а) 2 недели

б) 3 недели

**в) 4-5 недель**

г) 6 недель

д) 7-8 недель

31. Средний срок иммобилизации переломов пальцев стопы без смещения отломков составляет

а) 1 неделю

б) 2 недели

**в) 3 недели**

г) 4 недели

д) 5 недель

**10) Травма голени**

1. Повреждение внутреннего мыщелка большеберцовой кости, возникшего при чрезмерной аддукции, сопровождается

а) повреждением боковых связок коленного сустава

б) повреждением крестообразных связок

в) повреждением боковых и крестообразных связок

**г) повреждением наружной малоберцовой связки, передней крестообразной связки и внутреннего мениска**

д) повреждением боковых и крестообразных связок, мениска

2. Повреждение наружнего мыщелка большеберцовой кости, вызываемого чрезмерной абдукцией,

сопровождается повреждением

а) боковых связок

б) боковых и крестообразных связок

**в) внутренней большеберцовой связки, передней крестообразной связки и наружного мениска**

г) менисков

3. Лечение переломов мыщелков большеберцовой кости без смещения отломков состоит в наложении лонгетно-циркулярной гипсовой повязки (угол сгибания в коленном суставе 90 градусов) на срок

а) 1 месяц

б) 2 месяца

**в) 3 месяца**

г) 4 месяца

д) 5 месяцев

4. Переломы межмыщелкового возвышения большеберцовой кости сопровождаются разрывом

а) внутренней боковой связки коленного сустава

б) наружной боковой связки коленного сустава

в) боковых и крестообразных связок

г) задней крестообразной связки

**д) передней крестообразной связки**

5. При лечении компрессионных переломов мыщелка большеберцовой кости со смещением отломков предпочтительным является

**а) артротомия, удаление поврежденных менисков, поднятие осевших мыщелков, металлоостеосинтез**

б) закрытый компрессионно-дистракционный остеосинтез переломов большеберцовой кости

в) ручное вправление переломов мыщелков большеберцовой кости

г) скелетное вытяжение за надлодыжечную или пяточную область

д) ультразвуковая сварка

6. При лечении компрессионных переломов мыщелка большеберцовой кости путем остеосинтеза нагрузку на ногу разрешают в сроки не раньше

а) 1 месяца

б) 2 месяцев

в) 3 месяцев

**г) 4 месяцев**

д) 5 месяцев

7. При наличии многооскольчатого раздробленного перелома надколенника со смещением отломков предпочтительным методом лечения является

а) консервативный способ

**б) эндопротезирование надколенника, восстановление 4-х главой мышцы бедра**

в) остеосинтез

г) остеосинтез по Мюллеру

8. При оказании квалифицированной помощи пострадавшему с огнестрельным ранением коленного сустава следует

а) не торопиться произвести ПХО

б) произвести раннюю ПХО раны коленного сустава, ранний остеосинтез без проведения интенсивной инфузионной терапии

**в) произвести ПХО раны, активное дренирование полости его, под прикрытием интенсивной инфузионной терапии, антибиотиков широкого спектра действия**

г) произвести ПХО с использованием ультразвука с обильным промыванием полости коленного сустава и аспирацией раствора хлоргексидина 1:1000, использование вакуума

д) использовать антибиотики широкого спектра действия

9. Косые (винтообразные) переломы костей голени имеют типичное смещение

**а) центральный отломок большеберцовой кости, сместившийся по длине, располагается кнутри и кпереди, периферический отломок смещается кзади и ротируется кнаружи**

б) центральный отломок большеберцовой кости смещается по длине и ширине, ротируется кнутри, периферический отломок смещается кпереди и ротируется кнутри

в) центральный отломок большеберцовой кости смещается по длине, кнаружи, периферический отломок смещается кнутри

г) возможен любой из вариантов

10. При консервативном лечении переломов костей голени со смещением отломков скелетное вытяжение накладывают

**а) за пяточную кость, за надлодыжечную область**

б) за с/з б/б кости

в) за таранную кость

г) правильно все

д) правильного ответа нет

11. При винтообразных переломах костей голени со смещением отломков имеет место все перечисленное, за исключением

а) типичного смещения отломков, их неустойчивости, частого повторного смещения в гипсовой повязке

б) сложных анатомических соотношений отломков и невозможности удержать их в правильном положении консервативными методами

в) острых штыкообразных отломков, которые нанизывают на себя мягкие ткани и создают интерпозицию

г) повреждения мягких тканей

**д) отсутствия интерпозиции мягких тканей**

12. Оптимальным методом лечения винтообразных переломов костей голени со смещением отломков является

а) гипсовая повязка

б) скелетное вытяжение + гипсовая повязка

**в) компрессионно-дистракционный метод**

г) операция остеосинтеза

13. Консервативные методы лечения закрытых винтообразных переломов костей голени со смещением дают

а) отличные результаты

б) хорошие результаты

**в) удовлетворительные результаты**

г) плохие результаты

14. Оптимальным методом лечения открытых переломов костей голени со смещением отломков является

а) ПХО, репозиция перелома, наложение разрезной гипсовой повязки от верхней трети бедра до кончиков пальцев стопы

б) ПХО, наложение скелетного вытяжения

в) остеосинтез, если имеется материально-техническая база, подготовленные кадры

**г) ПХО, наложение компрессионно-дистракционного аппарата**

15. При открытых переломах костей с массивными повреждениями мягких тканей

в этой же зоне, оптимальными являются

а) ПХО раны, репозиция перелома, наложение разрезной гипсовой повязки

б) ПХО раны, репозиция перелома, наложение демпферного скелетного вытяжения

**в) ПХО раны, наложение модуля спицевого аппарата**

г) правильно все

16. Оптимальным методом лечения неправильно сросшегося перелома костей голени является

а) повторная репозиция, наложение гипсовой повязки

б) скелетное вытяжение

в) остеотомия малоберцовой кости, корригирующая остеотомия большеберцовой кости с остеосинтезом в правильном положении

г) остеотомия малоберцовой кости, гипсовая повязка

**д) остеотомия малоберцовой кости, корригирующая остеотомия большеберцовой кости с наложением компрессионно-дистракционного аппарата**

17. Устранение ложного сустава включает все перечисленное, кроме

а) операции Бека, резекции концов ложного сустава

б) костнопластической операции по Хахутову-Ольби

в) корригирующей остеотомии с формированием скользящего трансплантата и постепенного перекрытия им ложного сустава с помощью аппарата Илизарова

г) пластики ложного сустава иди дефекта костным трансплантатом на сосудистой ножке с использованием компрессионно-дистракционного аппарата

**д) операции "обходного" полисиностоза**

18. Лечение остеомиелита костей голени включает все перечисленное, кроме

а) секвестрэктомии, промывной системы, ультразвукового озвучивания раны

б) проточного промывания и длительного дренирования

в) местного применения хлоргексидина 1:1000

г) применение раневого диализа

**д) местное применение антисептиков**

19. Средний срок восстановления трудоспособности при переломах костей голени составляет

а) 2-3 месяца

б) 3-4 месяца

**в) 4-5 месяцев**

г) 5-6 месяцев

д) 6-8 месяцев

**11) Деформирующий коксартроз**

1. Что не относится к классификации коксоартроза по этиологическому признаку?

а) посттравматический

б) диспластический

в) постинфекционный (специфический и неспецифический)

**г) вирусный**

д) идиопатический

2. Какие рентгенструктурные изменения суставных концов тазобедренного сустава не имеют отношения к классификации поражений по Косинской?

а) Ассептический некроз головки бедра

**б) Прорыв очага деструкции в сустав**

в) Остеоартроз с кистовидной перестройкой (кистозная дистрофия)

г) Остеоартроз без кистовидной перестройки (идиопатический коксоартроз)

3. К методу консервативного лечения коксоартроза относится все, кроме:

а) Массаж мышц ягодицы и бедра

б) Разгрузка сустава (вытяжением)

в) Снижение осевой нагрузки (ходьба на костылях)

**г) Разгрузка сустава эндоаппаратом**

д) Применение хондропротекторов

4. К методу оперативного лечения деструктивных поражений тазобедренного сустава относится все, кроме:

а) Коррегирующая остеотомия проксимального конца бедра

б) Некрэктомия очага

в) Туннелизация

**г) Редрессация с постоянным скелетным вытяжением**

д) Эндопротезирование

5. Назовите оперативное вмешательство, обеспечивающее постоянную и длительную разгрузку тазобедренного сустава

а) Операция Фосса

б) Коррегирующая остеотомия

**в) Разгрузка сустава эндоаппаратом**

г) Эндопротезирование

д) Фенестрация

6. Назовите абсолютные показания к эндопротезированию тазобедренного сустава

а) Деструкция головки бедра I степени, болевой синдром I-II степени

б) Деструкция головки бедра I-II степени, болевой синдром III степени

в) Деструкция головки бедра II степени, болевой синдром II степени

**г) Деструкция головки бедра III степени, болевой синдром III степени**

д) Деструкция головки бедра III степени, умеренное ограничение функции, болевой синдром II степени

7. Назовите показания к коррегирующей остеотомии

а) Деструкция головки бедра I степени, болевой синдром I-II степени

**б) Деструкция головки бедра I-II степени, болевой синдром III степени**

в) Деструкция головки бедра II степени, болевой синдром II степени

г) Деструкция головки бедра III степени, болевой синдром III степени

д) Деструкция головки бедра III степени, умеренное ограничение функции, болевой синдром II степени

8. В каком случае можно ограничиться выполнением элементов операции Фосса

а) Деструкция головки бедра I степени, болевой синдром I-II степени

б) Деструкция головки бедра I-II степени, болевой синдром III степени

**в) Деструкция головки бедра II степени, болевой синдром II степени**

г) Деструкция головки бедра III степени, болевой синдром III степени

д) Деструкция головки бедра III степени, умеренное ограничение функции, болевой синдром II степени

9. Какие операции улучшают биомеханику тазобедренного сустава?

а) Туннелизация

б) Фенестрация широкой фасции бедра

**в) Реконструкция крыши вертлужной впадины**

г) Миотомия приводящей группы мышц бедра

10. Какая операция достоверно не позволяет временно снизить (или исключить) болевой синдром?

а) Туннелизация

**б) Фенестрация широкой фасции бедра**

в) Коррегирующая остеотомия проксимального конца бедра

г) Реконструкция крыши вертлужной впадины

д) Миотомия приводящей группы мышц бедра

11. Назовите послеоперационные осложнения не относящиеся к имплантации эндоаппарата тазобедренного сустава

а) Острое нагноение операционной раны

б) Перелом бедренного винта

в) Срыв тазовой пластины

**г) Проваливание тазового элемента через вертлужную впадину**

д) Появление сером

12. Какой из перечисленных клинических признаков не имеет отношения к неспецифическому коксоартрозу?

а) Гипотрофия мускулатуры бедра и ягодиц

б) Сгибательно-приводящая контрактура бедра

в) Ротация конечности кнаружи

**г) Функциональное удлинение конечности**

д) Функциональное укорочение конечности

13. К алгоритму раннего послеоперационного ведения больного с разгруженным суставом эндоаппаратом не относится:

а) Иммобилизация конечности деротационной шиной (на 2 недели)

б) Объемные движения конечности в тазобедренном суставе с помощью гамака с 3-ей недели

**в) Ходьба спомощью костылей без нагрузки на ногу с 8-й недели**

г) Ходьба спомощью костылей без нагрузки на ногу с 4-й недели

д) Ходьба с ограниченной нагрузкой на ногу с 7-й недели

14. Что можно опустить в алгоритме обследования больного с деструктивным поражением тазобедренного сустава (идиопатический коксоартроз)?

а) Клиническое обследование

б) Рентгенологическое обследование

в) Определение биомеханического статуса

**г) Изучение наследственной патологии**

д) Данные биомеханических показателей крови

15. Найдите ошибку в тактике хирурга амбулаторного приема при организации помощи больному с коксоартрозом?

а) Изучить историю заболевания (со слов больного)

б) Выяснить жалобы больного

в) Выполнить рентгенологические обследования области поражения

**г) Назначить консервативное лечение**

д) Направить на консультацию к специалисту-ортопеду

16. Какие рентгенструктурные изменения в головке бедра характерны для кистозной дистрофии?

а) Сужение рентгеновской суставной щели

б) Параартикулярные оссификаты

**в) Мелкие или крупные (еденичные или множественные) кистозные очаги**

г) Асептический очаг деструкции в верхнем наружном квадранте головки

д) Сублюксация

17. Назовите рентгенструктурные изменения в головке бедра характерные для асептического некроза?

а) Сужение рентгеновской суставной щели

б) Параартикулярные оссификаты

в) Мелкие или крупные (еденичные или множественные) кистозные очаги

**г) Асептический очаг деструкции в верхнем наружном квадранте головки**

д) Сублюксация

18. Какая рентгенкартина характерна для начальных форм коксоартроза?

**а) Сужение рентгеновской суставной щели**

б) Параартикулярные оссификаты

в) Мелкие или крупные (еденичные или множественные) кистозные очаги

г) Асептический очаг деструкции в верхнем наружном квадранте головки

д) Сублюксация

19. Какой участок головки бедра в первую очередь вовлекается в деструктивный процесс при асептическом некрозе?

а) Ямка круглой связки

б) Передне-верхний квадрант

**в) Наружный квадрант**

г) Передне-нижний квадрант

д) Субэпифизарная зона

**12)** [**Диспластический коксартроз**](http://cdo.krasgmu.ru/mod/quiz/view.php?id=29803)

1. Назовите причину диспластического коксоартроза

а) Травма

б) Перенесенный неспецифический гнойный процесс в суставе

**в) Дисплазия вертлужной впадины и врожденный подвывих бедра**

г) Специфическое поражение сустава

д) Ревматоидный моноартрит тазобедренного сустава

2. К клинике начальных форм прекоксоартроза у детей до 7 лет относится все, кроме:

а) Незначительная хромота

**б) Острые внезапные боли в суставе**

в) Утомляемость после ходьбы

г) Наростающие ноющие боли в суставе

д) Ограничение активных форм поведения ребенка

3. Какой симптом не имеет отношения к показаниям оперативного лечения диспластического коксоартроза?

а) Дислокационное укорочение конечности

б) Ограничение подвижности в суставе

в) Неустроненный первичный и вторичный подвывих

**г) Подъем температуры тела по вечерам до субфебрильных цифр**

д) Недоразвитие (или отсутствие) верхнего края вертлужной впадины

4. К рентгенологическим признакам диспластического коксоартроза относится все, кроме:

а) Уплощение вертлужной впадины

б) Увеличение ацетабулярного индекса (до 50-55градусов)

в) Увеличение угла вертикального наклонения (до 45-70градусов)

**г) Формирование coxa vara**

д) Формирование coxa valga

5. Какая операция при диспластическом коксоартрозе не относится к внесуставным операциям?

а) Деторсионно-варизирующая остеотомия бедренной кости

**б) Открытое вправление головки бедра в сочетании с коррегирующей остеотомией бедра и созданием навеса**

в) Неполная остеотомия таза по Памбертону

г) Остеотомия таза по Солтеру

**13)** [**Дисхондроплазия**](http://cdo.krasgmu.ru/mod/quiz/view.php?id=29804)

1. Дисхондроплазия - болезнь Олье относится

**а) к хондродисплазии**

б) к остеодисплазии

в) к гиперостозу

г) к костному эозинофилезу

2. При болезни Олье эмбриональная ткань представлена

**а) хрящевой тканью**

б) фиброзно-хрящевой тканью

в) фиброзной тканью

г) воспалительной тканью

3. Наиболее часто при болезни Олье поражаются

а) плоские кости

**б) трубчатые кости**

в) кости черепа

г) позвоночник

д) мелкие кости кистей и стоп

4. Патологические очаги при болезни Олье локализуются

а) в эпифизе

б) в зоне роста

**в) в метафизе**

г) в диафизе

5. Рентгенологическая картина болезни Олье характеризуется

**а) наличием "полостей"**

б) пятнистым характером очага

в) наличием периостальной реакции

г) "луковичным" периоститом

д) наличием "козырька" или спикул

6. Различают все перечисленные клинические формы болезни Олье, кроме

а) акроформы

б) мономелической

**в) монооссальной**

г) олигооссальной

д) односторонней или двусторонней

7. При болезни Олье возможно наличие синдрома

а) Фюрмайера

б) Олбрайта

**в) Маффучи**

г) ни одного из перечисленных

д) все перечисленные

8. При синдроме Маффучи имеются все перечисленные признаки, кроме

а) витилиго

б) изменений в костях

**в) пигментных пятен**

г) сосудистых изменений (гемангиомы, лимфангиомы)

9. Первые признаки болезни Олье появляются

а) у новорожденного

**б) в дошкольном возрасте**

в) в период первого года жизни

г) у взрослого человека

10. Первые признаки болезни Олье характеризуются

а) температурной реакцией

б) укорочением и деформацией конечности

в) припухлостью и болезненностью

г) хромотой

**д) правильно все**

11. Дифференциальный диагноз при болезни Олье проводится

а) с остеобластокластомой и остеогенной саркомой

**б) с фиброзной остеодисплазией**

в) с остеомиелитом

г) с кистой кости

д) со всем перечисленным

12. Консервативное лечение дисхондроплазии Олье предусматривает

а) гормональное лечение

б) медикаментозное лечение

в) массаж

г) физиотерапию и грязелечение

**д) ни одно из перечисленных**

13. Показаниями к оперативному лечению при болезни Олье являются все перечисленные, кроме

**а) наличия очага небольших размеров**

б) угрозы патологического перелома

в) патологического перелома

г) укорочения конечности

д) деформации конечности

14. Среди методов оперативного лечения при дисхондроплазии применяются

а) выскабливание

б) околосуставная резекция

в) ампутация

г) сегментарная резекция с замещением дефекта

**д) краевая резекция с замещением дефекта и корригирующие остеотомии**

15. Послеоперационный дефект кости при дисхондроплазии Олье

**а) замещается аллопластикой или аутопластикой**

б) не замещается

в) не всегда замещается

г) все перечисленные допустимы

16. Оптимальный возраст для оперативного лечения при болезни Олье

а) дошкольный

б) школьный

в) период полового созревания (подростковый)

г) взрослый

**д) подростковый и взрослый**

17. Перерождение очага дисхондроплазии в злокачественную опухоль

**а) возможно**

б) невозможно

в) сомнительно

18. Признаками перерождения очага дисхондроплазии в злокачественную опухоль являются

а) боль

б) вовлечение в процесс близлежащего сустава

в) выпот в суставе и боль при движении

г) изменение кожных покровов над очагом

**д) все перечисленное**

19. Послеоперационная реабилитация больных с болезнью Олье включает

а) массаж и лечебную гимнастику

б) грязелечение

в) гормонотерапию

г) курортное лечение

**д) не предусматривается**

**14) Другие врожденные деформации**

1. Причиной возникновения болезни Маделунга является

**а) дисплазия дистальной ростковой зоны лучевой кости**

б) опухоль

в) остеомиелит бедренной кости

г) травма

д) дисплазия росткового хряща локтевой кости

2. Этиология множественной эпифизарной хондроплазии (болезни Фейрбанка)

**а) дефект центра оссификации эпифиза энхондрального окостенения(врожденного генеза)**

б) нарушение питания эпифиза

в) нейроэндокринная патология, дефицит гормона роста

г) последствие перенесенного ревматоидного артрита

д) порок развития зоны эпифиза

3. Рентгенологическая картина множественной эпифизарной хондроплазии характеризуется

**а) поздним появлением ядер окостенения, сливающихся между собой в разное время и различающихся по форме и плотности**

б) преждевременным раскрытием ростков зон

в) отсутствием явлений деформирующего артроза

г) отсутствием укорочения конечности

д) отсутствием ядер окостенения в эпифизах

4. Спондилоэпифизарная дисплазия обусловлена

**а) нарушением развития эпифиза, в том числе и эпифизарных зон позвонков**

б) системным нарушением развития мышечной ткани

в) аномалией развития почек

г) нарушением процессов оссификации

д) нейроэндокринными нарушениями

5. Рентгенологические признаки спондилоэпифизарной дисплазии проявляются

**а) изменением эпифизов всех трубчатых костей (уплощены), неправильным соотношением шейного отдела позвоночника и основания черепа**

б) полупозвонками, нарушением количества позвонков в шейном отделе

в) костными выростами вблизи ростковых зон

г) сращением нескольких позвонков между собой, фиброзными анкилозами в суставах

6. При врожденном ложном суставе большеберцовой кости целесообразно

а) наложение аппарата для компрессионно-дистракционного остеосинтеза

б) резекция участка псевдоартроза с аутопластикой

в) резекция с аллопластикой

**г) резекция с пластикой на сосудистой ножке в условиях стабильной фиксации**

д) консервативное лечение

7. Ортопедическое лечение конской стопы у детей раннего возраста включает

а) удлинение ахиллова сухожилия

б) артродез

в) ношение ортопедической обуви

г) удлинение задней большеберцовой мышцы

**д) лишь консервативное лечение**

8. Лечение плоско-вальгусной стопы включает

а) этапные гипсовые повязки

**б) лонгеты из полевика, ЛФК, массаж, электростимуляция мышц**

в) ношение ортопедической обуви

г) ЛФК, массаж

д) лечения не требует

9. Ведущим фактором в развитии врожденной деформации позвоночника является

а) сращение или раздвоение ребер

б) аномалия развития лопаток и крестца

в) изолированное сращение тел позвонков

г) увеличение или уменьшение числа позвонков

**д) все нижеперечисленное**

10. Абсолютным показанием к оперативному лечению радиоульнарного синостоза является

**а) нет абсолютных показаний**

б) резко выраженная пронационная или супинационная установка предплечья

в) лучевая косорукость

г) локтевая косорукость

д) нарушение функции локтевого сустава

11. Оперативное лечение врожденной косорукости (костно-пластическое замещение дефекта кости) следует проводить

а) в первые месяцы жизни

б) до 3 лет

в) в 3-5 лет

**г) в 5-7 лет**

д) в 10-12 лет

12. Деформация Маделунга - это

**а) лучевая косорукость**

б) отсутствие отведение первого пальца

в) локтевая косорукость

г) укорочение костей предплечья

д) сгибательная контрактура

**15) Заболевание позвоночника**

1. Наиболее часто остеохондроз поражает

а) шейный отдел позвоночника

б) грудной отдел позвоночника

в) поясничный отдел позвоночника

г) копчик

**д) распространенный остеохондроз позвоночника**

2. Для остеохондроза позвоночника характерна следующая патогенетическая ситуация, кроме

а) дискомедуллярный конфликт

б) дисковаскуллярный конфликт

в) дискорадикулярный конфликт

**г) слипчивый арахноидит**

д) спондилолистез, спондилорадикулярный конфликт

3. Основными методами диагностики остеохондроза позвоночника являются

а) клинический

б) рентгенологический

в) компьютерная томография

г) радионуклидный

**д) клинический и рентгенологический**

4. Наиболее распространенными методами лечения остеохондроза позвоночника являеются:

**а) консервативный**

б) передняя дискэктомия, передний корпородез

в) ламинэктомия, удаление грыжи диска

г) ламинэктомия, удаление грыжи диска, задний спондилодез

д) закрытый хемонуклеолиз

5. При шейном остеохондрозе наиболее выраженные дегенеративные изменения чаще встречаются на уровне

а) C1-2

б) C2-3

в) C3-4

**г) C4-6**

д) C5-6

6. Основным рентгенологическим методом исследования больных с шейным остеохондрозом является

а) миелография

б) ангиография

в) веноспондилография

**г) бесконтрастная рентгенография**

д) дискография

7. Синдромы при шейном остеохондрозе: 1) цервикальная дискалгия, 2) передней лестничной мышцы, 3) плечелопаточного периартрита, 4) позвоночной артерии, 5) висц. нарушений

а) все перечисленное, кроме 4, 5

б) все перечисленное, кроме 3, 5

в) все перечисленное, кроме 2, 5

г) все перечисленное, кроме 1, 2, 3

**д) все перечисленное**

8. Боли по наружной поверхности плеча и предплечья, иррадиация болей в 3 палец кисти, гипестезия в этой зоне, гипотрофия трехглавой мышцы плеча характерны для поражения

а) C4 корешка

б) C5 корешка

в) C6 корешка

**г) C7 корешка**

д) C8 корешка

9. Боли и гипостезия по наружной поверхности плеча и предплечья, анестезия 1-2 пальцев кисти, атрофия двуглавой мышцы плеча характерны для поражения

а) C4 корешка

б) C5 корешка

в) C6 корешка

г) C7 корешка

**д) C8 корешка**

10. Патологическое воздействие на позвоночную артерию и ее нервное сплетение при шейном остеохондрозе оказывают

а) суставные отростки при динамическом разгибательном подвывихе позвонка и унковертебральные экзостозы

б) экзостозы суставных отростков

в) спазмированная передняя лестничная мышца при латеральном отхождении устья позвоночной артерии

**г) боковые грыжи диска**

д) центральные грыжи диска

11. Выявить нестабильность позвоночного сегмента в шейном отделе возможно с помощью

**а) бесконтрастной рентгенографии в положении сгибания и разгибания позвоночника в боковой проекции**

б) при сравнении рентгенограмм позвоночника, сделанных в положении стоя и лежа

в) радиоизотопного исследования

г) миелографии

д) бесконтрастной рентгенографии в боковой и передне-задней проекции

12. Подводное вытяжение как метод лечения шейного остеохондроза показано

**а) при остеохондрозе с резким дискалгическим синдромом**

б) при остеохондрозе с клинико-рентгенологической формой цервикальной миелопатии, обусловленной механическим сдавлением или сосудистыми нарушениями

в) при остеохондрозе с выраженной клиникой синдрома позвоночной артерии

г) при деформирующем остеохондрозе и наличии костного спаяния (остеофитов)

д) при гипертонической болезни II-III степени и церебральном астеросклерозе

13. При выраженной нестабильности позвоночного сегмента шейного отдела позвоночника необходимо назначение

а) сосудорасширяющих препаратов

б) аналгетиков ненаркотического ряда

**в) головодержателя типа воротника Шанца**

г) подводного или сухого вытяжения

д) мануальной терапии

14. Показания к оперативному лечению при шейном остеохондрозе из перечисленных:

**а) неэффективность консервативной терапии**

б) корешковый синдром

в) вегетативно-дистрофический синдром

г) нестабильность позвоночного сегмента

д) все перечисленное

15. После ламинэктомии в шейном отделе позвоночника стабильность

а) увеличивается

**б) уменьшается**

в) не меняется

г) в оперативном сегменте снижается, а в других отделах увеличивается

16. Показанием к ламинэктомии при шейном остеохондрозе является

а) корешковый синдром

б) вегетативно-дистрофический синдром

в) нестабильность позвоночного сегмента

г) подвывих позвонков

**д) дискогенная цервикальная миелопатия**

17. Передний корпородез при шейном остеохондрозе проводится при применении

**а) эндотрахеального наркоза**

б) местной анестезии

в) проводниковой анестезии

г) местной и проводниковой анестезии

д) не имеет принципиального значения выбор анестезии

18. Площадь сечения позвоночного канала в грудном отделе позвоночника

а) меньше, чем в шейном и поясничных отделах

б) одинаковая, как в шейном и поясничных отделах

в) меньше, чем в шейном, но больше, чем в поясничном отделе

**г) больше, чем в шейном, но меньше, чем в поясничном отделе**

д) больше, чем в шейном и поясничном отделах

19. Большая передняя корешковая артерия Адамкевича снабжает кровью

а) шейный отдел спинного мозга

б) шейный и грудной отделы спинного мозга

**в) грудной отдел спинного мозга**

г) спинной мозг, лежащий ниже сегмента Д8

д) поясничный отдел спинного мозга

20. Клиническая картина при грудном остеохондрозе

**а) чрезвычайно разнообразна, но ни один из симптомов не является строго специфичным**

б) характеризуется только наличием боли в грудном отделе позвоночника

в) характеризуется нарушением чувствительности в нижних конечностях

г) характеризуется изменениями сухожильных рефлексов

д) характеризуется вазомоторными нарушениями ног

21. Рентгенологические признаки грудного остеохондроза: 1) уменьшение высоты дисков, 2) склероз замыкательных пластинок, 3) остеофиты, 4) хрящевые вдавления в тела

**а) все перечисленное**

б) все перечисленное, кроме 2, 4

в) все перечисленное, кроме 3, 4

г) все перечисленное, кроме 1 и 2

д) все перечисленное, кроме 1 и 3

22. Грыжи дисков в грудном отделе позвоночника

а) встречаются очень редко

б) встречаются часто

в) встречаются так же часто, как и в поясничном отделе позвоночника

г) определяют в подавляющем большинстве клинику грудного остеохондроза

**д) могли бы обнаруживаться гораздо чаще, если бы всем больным проводилось миелография**

23. Комплекс консервативного лечения грудного остеохондроза должен включать:

**а) все перечисленное**

б) ортопедическое лечение

в) новокаиновые блокады

г) физиолечение

д) медикаментозное лечение

24. Оперативное лечение грудного остеохондроза показано

а) при остеохондрозе с дискалгическим и корешковым синдромами

б) при остеохондрозе с кардиальным или другими висцеральными синдромами

**в) при остеохондрозе с клиникой торакальной миелопатии**

г) при деформирующем остеохондрозе

д) все правильно

25. Выпадение коленного рефлекса характерно для поражения

а) корешка L2

б) корешка L3

в) корешка L4

**г) корешка L5**

д) корешка S1

26. Выпадение ахиллова рефлекса характерно для поражения

а) корешка L2

б) корешка L3

в) корешка L4

г) корешка L5

**д) корешка S1**

27. Появление болей в вытянутой ноге при подъеме из горизонтального положения называется положительным симптомом

а) Брагара

б) Нери

**в) Лассега**

г) Вассермана

д) Мацкевича

28. При боковой грыже поясничного диска анталгический наклон туловища направлен

**а) в эту же сторону**

б) в сторону, противоположную локализации грыжи

в) зависит от отношения спинномозгового нерва к грыже и диска

г) вперед

д) назад

29. Нормальное содержание белка в спинномозговой жидкости составляет

а) 0.5 г/л

б) 0.165 г/л

**в) 1.5 г/л**

г) 2.0 г/л

д) 5.0 г/л

30. В норме ликворное давление при люмбальной пункции колеблется в пределах (лежа):

**а) 120-200 мм вод. ст.**

б) 250-300 мм вод. ст.

в) 300-350 мм вод. ст.

г) 10-50 мм вод. ст.

д) выше 400 мм вод. ст.

31. Появление органической неврологической (корешковой) симптоматики при поясничном остеохондрозе вызывает

а) трапецевидная деформация тела позвонка

б) оссификация передней продольной связки

в) склерозирование замыкательных пластин смежных позвонков

**г) протрузия или пролапс диска в спинномозговой канал**

32. Наибольшую информацию о наличии и размерах грыжевого выпячивания межпозвонкового диска дает

а) бесконтрастная рентгенография в двух проекциях

б) бесконтрастная рентгенография в функциональных положениях

**в) миелография**

г) ангиография

д) радиоизотопное исследование

33. О нестабильности позвоночного сегмента можно судить

а) по бесконтрастным рентгенограммам, сделанным в передне-задней и боковой проекции

**б) по бесконтрастным рентгенограммам, сделанным в боковой проекции в положении сгибания и разгибания**

в) по рентгенограммам позвоночника, сделанным в передне-задней проекции в положении стоя и лежа

г) по компьютерным томограммам (ЯМР-томография)

д) по радиоизотопному исследованию позвоночника

34. Дифференциальная диагностика остеохондроза поясничного отдела позвоночника проводится:

**а) все перечисленное**

б) с туберкулезным спондилитом

в) деформирующим артрозом тазобедренного сустава

г) с гормональной спондилопатией

д) опухолью позвоночника

35. Для остеохондроза поясничного отдела позвоночника наиболее характерно

**а) поражение 1 или 2 спинномозговых корешков**

б) поражение 3 корешков

в) поражение 4 корешков

г) поражение спинномозговых нервов на различных уровнях (в грудном и поясничном отделах)

д) отсутствие заинтересованности спинномозговых нервов даже в тяжелых случаях

36. Для нестабильной формы остеохондроза поясничного отдела позвоночника характерно

а) наличие постоянных болей в поясничном отделе, не меняющихся при движении туловища

б) отсутствие болей в поясничном отделе позвоночника

**в) наличие болей в поясничном отделе, значительно усиливающихся в вертикальном положении и при движениях туловища**

г) наличие болей только в нижних конечностях при ходьбе

д) наличие болей в поясничном отделе в ночное время в положении лежа

37. Основными методами лечения больных с поясничным остеохондрозом являются

**а) консервативный**

б) передний корпородез

в) ламинэктомия, удаление грыжи диска

г) фиксация поясничного отдела металлофиксаторами, задний спондилодез

38. Мануальная терапия в комплексе лечения поясничного остеохондроза показана

**а) при выраженном болевом синдроме в поясничном отделе, сопровождающемся функциональным ограничением подвижности в межпозвоночных суставах**

б) при наличии органической неврологической симптоматики

в) при травматических повреждениях позвоночника

г) при оперированном позвоночнике

д) при нестабильности позвоночных сегментов

39. Перед проведением мануальной терапии необходимо провести все следующие обследования, кроме

а) клинического осмотра больного

б) рентгенографического исследования позвоночника, включая функциональные положения

в) неврологического осмотра (выявление поражения периферической нервной системы)

**г) радиоизотопного исследования позвоночника и ангиографии**

40. При выявлении нестабильности позвоночного сегмента необходимо

а) в срочном порядке больному предложить операцию - передний корпородез

б) в срочном порядке больному предложить операцию - ламинэктомию

в) в срочном порядке больному предложить операцию - задний спондилодез, фиксацию позвоночника металлическими конструкциями

г) назначить консервативное лечение без ношения корсета

**д) назначить консервативное лечение с обязательным ношением корсета**

41. Закрытый хемонуклеолиз и дерецепция межпозвоночных дисков показаны в случаях

а) длительного течения болезни, снижения высоты одного или нескольких межпозвоночных дисков

б) грыжи диска, перекрывающей 2/3 просвета позвоночного канала

в) грыжи диска, которая полностью перекрывает просвет позвоночного канала

**г) грыжи диска, занимающей менее 1/3 просвета позвоночного канала и без признаков нестабильности позвоночного сегмента**

д) грыжи диска, которая занимает не более 1/3 просвета позвоночного канала и есть признаки нестабильности позвоночного сегмента

42. Показаниями к ламинэктомии и дискотомии, заднему спондилодезу являются:

а) неэффективность консервативного лечения в течение 4 месяцев

б) неэффективность консервативного лечения в течение 2 месяцев

**в) грыжа диска со сдавлением спинномозговых корешков**

г) неэффективность эпидуральной блокады

д) правильно все

43. После операции переднего корпородеза при поясничном остеохондрозе больной должен соблюдать постельный режим в течение

а) 1 недели

б) 2 недель

в) 3 недель

г) 1 месяца

**д) 2-3 месяцев**

44. При заднем доступе стабильность позвоночного сегмента в меньшей степени нарушается

а) при расширенной ламинэктомии

б) при гемиламинэктомии

в) при ламинэктомии

**г) при частичной резекции желтой связки с одной стороны (интерламинарный доступ)**

45. Операция удаления грыжи диска посредством ламинэктомии должна завершаться

а) осуществлением металлофиксации (пластины, стяжки и т.д.)

б) осуществлением металлофиксации и заднего спондилодеза

в) осуществлением только заднего спондилодеза

г) никакая фиксация не нужна

**д) фиксация позвоночного сегмента после ламинэктомии не принципиальна, все зависит от величины дефекта дужек**

46. Болезнь Бехтерева чаще встречается

а) у женщин в возрасте старше 50 лет

б) у женщин в возрасте старше 40 лет

в) у мужчин в возрасте старше 50 лет

**г) у мужчин в возрасте старше 40 лет**

д) одинаково часто у мужчин и женщин, независимо от возраста

47. При болезни Бехтерева позвоночник поражается только

а) при центральной форме

б) при ризомиелической форме

**в) при периферической форме**

г) при скандинавской форме

д) при висцеральной форме

48. При висцеральной форме болезни Бехтерева чаще других происходит:

а) поражение клапанного аппарата сердца

**б) перикардит**

в) аортит

г) деформация позвоночника

д) деформация коленных суставов

е) амилоидоз почек

49. Для начальной стадии развития болезни Бехтерева характерны следующие рентгенологические признаки

**а) склероз суставных поверхностей обоих тазобедренных суставов**

б) отдельные очаги остеопороза или склероза в краевых поверхностях крестцово-подвздошных суставов, суставные контуры неясные, затушеванные

в) анкилоз крестцово-подвздошных сочленений

г) оссификация связочного аппарата позвоночника

д) уплотнение межпозвонковых дисков

50. Основным методом лечения болезни Бехтерева на ранней стадии является

а) оперативный

**б) препараты пиразолоновой группы, ЛФК, санаторно-курортное лечение**

в) биогенные стимуляторы

г) аналгетики ненаркотического ряда, физиотерапия

д) значительное снижение двигательной нагрузки, освобождение от гимнастики

51. Комплекс лечения больных с псориатическим поражением позвоночника и суставов должен включать:

**а) все правильно**

б) кортикостероиды

в) пирогенал

г) метатрексат

д) применение мази на пораженных кожных участках

52. Для ранней стадии болезни Рейтера характерно наличие:

а) воспаление суставов нижних конечностей

б) конъюнктивит

в) неспецифический уретрит

**г) все правильно**

53. Под спондилолистезом понимается

**а) смещение позвонка с нижерасположенного**

б) растворение или разрушение задних элементов позвонка

в) незаращение дужки позвонка

г) клиновидная деформация позвонка

д) патологическая подвижность позвонка

54. Классификация спондилолистеза основана на измерении

а) величины угла смещения сползающего позвонка

**б) величины смещения заднего края смещающегося позвонка относительно нижерасположенного позвонка**

в) степени деструкции задних элементов смещающегося позвонка

г) степени стабильности смещающегося позвонка при функциональных нагрузках

55. По классификации Митбрейта - Беленького степень спондилолистеза пятого поясничного позвонка устанавливается определением угла смещения в градусах:

а) I степень - 10 , II - 20 , III - 40 , IV - более 60

б) I степень - до 45 , II - 60 , III - 70 , IV - 90

в) I степень - 46-60 , II - 61-75 , III - 76-90 , IV - 91-105 , V - 106-120 и более

г) I степень - до 15 , II - 16-30 , III - 31-45

**д) I степень - до 5 , II - 6-25 , III - 25-40 , IV - более 40**

56. На основании этиологических и патогенетических особенностей выделяют виды спондилолистеза:

**а) диспластический**

б) спондилолизный

в) инволютивный

г) неправильно все

д) правильно все

57. Оперативное лечение взрослых больных показано в следующих случаях спондилолистеза

а) спондилолистез с выраженной нестабильностью позвоночника, не поддающийся консервативному лечению

б) появление органической неврологической симптоматики

в) спондилолистез с анталгическим наклоном туловища, не поддающийся консервативному лечению

г) стеноз позвоночного канала

**д) все перечисленное**

**16) Компрессионно-дистракционный остеосинтез**

1. Достоинствами аппаратов внешней фиксации являются

а) возможность точной репозиции и прочной фиксации отломков

б) возможность обеспечения раннего полноценного функционального лечения

в) меньшая травматичность операции и широкий диапазон клинического применения

г) взаимозаменяемость и универсальность деталей и узлов аппаратов

**д) все вышеперечисленное**

2. Методики Г.А. Илизарова применяются с целью

а) бескровного лечения закрытых и открытых переломов костей, удлинения конечностей

б) замещения дефектов длинных трубчатых костей, мягких тканей, сосудов, нервов

в) в один этап ликвидировать ложный сустав, укорочение, искривление, деформации костей

г) бескровно артродезировать крупные суставы, производить удлиняющий артродез

**д) все перечисленное**

3. По биомеханическим особенностям лучшей фиксацией обладают аппараты

а) стержневые аппараты

б) спицевые аппараты, состоящие из 2-3-4 полудуг

**в) спицевые аппараты, состоящие из кольцевых опор**

4. Жесткость фиксации максимальная при использовании аппаратов

а) с одноплоскостным проведением спиц

**б) с перекрестным проведением спиц от 60 до 90 градусов**

в) с перекрестным проведением спиц до 60 градусов

г) с перекрестным проведением спиц до 45 градусов

5. Шарнирно-дистракционные аппараты используются

а) для разработки движений в суставах

б) для исправления оси конечности

**в) для устранения устойчивых контрактур суставов**

г) для сращения переломов

д) для формирования регенерата

6. Биомеханические основы компрессионно-дистракционного остеосинтеза

включают все перечисленное, кроме

а) расположения колец по всему сегменту конечности

б) проведения спиц под углом 60-90 градусов между собой

в) центрации колец

**г) максимальном натяжении спиц**

д) проведения спиц в кольцевой опоре в плоскости под прямым углом к оси сегмента конечности

7. Показаниями к применению компрессионно-дистракционного остеосинтеза являются

все перечисленные, кроме

а) многооскольчатых переломов диафизов длинных трубчатых костей

б) оскольчатых переломов проксимальных метаэпифизов длинных трубчатых костей со смещением

**в) поднадкостничных переломов по типу "зеленой ветви" диафизов длинных трубчатых костей**

г) многооскольчатых переломов дистальных метаэпифизов длинных трубчатых костей

д) внутри и околосуставных переломов со смещением отломков

8. К "позднему" внеочаговому остеосинтезу относится

а) остеосинтез, проведенный в течение первых 24 часов после травмы

б) остеосинтез, проведенный в первые 2-7 суток с момента травмы

в) остеосинтез, проведенный в первые 8-14 суток после травмы

г) остеосинтез, проведенный в первые 15-21 сутки после травмы

**д) остеосинтез, проведенный спустя 21 сутки от момента травмы и до среднего срока срастания перелома**

9. К техническим приемам устранения смещения отломков при использовании

компрессионно-дистракционного остеосинтеза относятся все перечисленные, кроме

а) дистракции и компрессии

б) изменения положения колец

в) изменения степени натяжения спиц

**г) затягивания контргайки**

д) применения спиц с упорами

10. В послеоперационном периоде при компрессионно-дистракционного остеосинтезе

проводится все, кроме

а) профилактики нагноения тканей в месте проведения спиц

б) профилактики пролежней и некроза тканей в области натяжения кожи

в) профилактики трофических нарушений, парезов периферических нервов при проведении дистракции

г) постоянного контроля за степенью натяжения спиц, фиксации деталей аппарата

**д) предупреждения механической деформации и повреждения деталей аппарата**

11. К аппаратам внешней фиксации относятся все перечисленные, кроме

а) с одноплоскостным проведением спиц

б) с перекрестным проведением спиц

в) стержневых

г) спице-стержневых

**д) шарнирных**

12. Основными критериями полезности аппаратов чрескостной фиксации являются

а) малая травматичности операции

б) возможность обеспечения точной репозиции и прочной фиксации костных отломков

в) возможность обеспечения раннего полноценного функционального лечения

г) взаимозаменяемость и универсальность деталей и узлов аппарата

**д) правильно все перечисленное**

13. При КДО при расположении спиц в кольцах под углом друг к другу от 60 до 90 градусов

и оптимальной компоновке аппарата сращение происходит

а) с десмальным костеобразованием (мезенхима - фибробласты - остеобласты - кость)

б) с хондрогенным костеобразованием (мезенхима - хондробласты - хондроциты - остеобласты - кость)

**в) с ангиогенным костеобразованием (мезенхима - остеобласты - остеоциты)**

14. Адекватная зависимость между нагрузкой и кровоснабжением кости при КДО определяет

скорость остеогенеза, при этом снижение остеогенеза наступает в силу

а) увеличения опорной нагрузки

**б) выключения опорной нагрузки**

в) сохранения исходной нагрузки

г) добавления опорной нагрузки

д) увеличения функциональной нагрузки

15. Дозированная компрессия при компрессионно-дистракционном остеосинтезе

не должна превышать в сутки

а) 3 мм

б) 5 мм

в) 8 мм

**г) 1 мм**

д) 2 мм

16. В первые сутки после компрессионно-дистракционного остеосинтеза применяются

лечебные мероприятий, кроме

а) лечебной физкультуры здорового сегмента

**б) лечебной физкультуры поврежденного сегмента**

в) массажа поврежденного и здорового сегмента

г) физиолечения

д) витаминотерапии, биостимуляторов

17. Репаративная регенерация при оптимальном компрессионно-дистракционном остеосинтезе

представлена

а) хрящевой фазой

б) фиброзной фазой

в) периостальной мозолью

**г) ангиогенным костеобразованием**

д) правильного ответа нет

18. Компрессионно-дистракционный аппарат Илизарова обеспечивает осуществление

а) компрессии

б) устранения ротационного смещения

в) устранения смещения отломков по длине и ширине

г) дистракции

**д) всего перечисленного**

19. Уменьшение диаметра стержня, вводимого в кость при стержневом внеочаговом чрескостном остеосинтезе, приводит

а) к уменьшению напряжения в стержне

б) к более жесткой фиксации аппарата

**в) к увеличению напряжения в стержне**

20. Показаниями к дистракционному осевому эпифизеолизу является все перечисленное, кроме

а) укорочения конечности

б) варусной деформации конечности

в) вальгусной деформации конечности

г) ортопедического выравнивания оси конечности

**д) травматического смещения эпифиза**

21. Если стержни аппарата Илизарова, соединяющие кольца, расположены не параллельно друг к другу и продольной оси кости, то при затягивании гаек произойдет смещение отломков

а) по ширине

б) по длине

в) ротационное

г) угловая деформация

**д) правильно все перечисленное**

22. Преимущества аппарата Илизарова включают все перечисленное, кроме

а) возможности лечения осложненных переломов

б) возможности ведения больного без дополнительной гипсовой иммобилизации

в) удобства наблюдения за раной и самим сегментом

г) возможности функционального ведения больного

**д) невозможности повреждения нервов и сосудов**

23. Компрессия, совпадающая с продольной осью кости, осуществляется при переломе

**а) с поперечной линией излома**

б) с углообразной линией излома

в) с винтообразной линией излома

г) при оскольчатом переломе

д) правильно все перечисленное

24. Закрытую репозицию отломков аппаратом внешней фиксации при свежем переломе целесообразно осуществлять со скоростью

а) 1 мм в сутки

б) 2 мм в сутки

в) 2.5 мм в сутки

г) 3 мм в сутки

**д) все неправильно**

25. К основным принципам метода компрессионно-дистракционного остеосинтеза относятся

а) точная репозиция фрагментов с надежной стабилизацией

б) сохранение кровоснабжения и источников репаративной регенерации тканей

в) возможность дозированной коррекции

г) возможность ранней нагрузки на поврежденный сегмент

**д) все перечисленное**

26. Приоритет компрессионно-дистракционного остеосинтеза безусловен при повреждениях и

заболеваниях

а) бедра

**б) голени**

в) плеча

г) предплечья

д) позвоночника

27. При тугих гиперваскулярных ложных суставах с укорочением конечности до 3 см

целесообразно использовать

**а) монолокальный комбинированный компрессионно-дистракционный остеосинтез**

б) билокальный комбинированный компрессионно-дистракционный остеосинтез

в) дистрационный остеосинтез

г) сочетание продольной и встречно-боковой компрессии

д) компрессионный остеосинтез

28. К особенностям регенерации кости при компрессионно-дистракционном остеосинтезе относят

а) образование избыточной периостальной костной мозоли

б) образование более плотной футлярной костной мозоли

**в) регенерацию кости "первичным натяжением"**

г) образование плотной эндостальной мозоли

д) развитие эндо- и периостальной костных мозолей

29. Оптимальное компрессирующее усиление при компрессионно-дистракционном остеосинтезе свежего перелома составляет

а) 300-400 H/см2

б) 200-250 H/см2

**в) 100-200 H/см2**

г) 40-80 H/см2

д) 20-40 H/см2

30. К элементам компрессионно-дистракционного аппарата, которыми осуществляют непосредственное воздействие на костные отломки, относят

**а) спицы**

б) стержни

в) винты

г) болты

д) кольца

31. К дополнительным приспособлениям к компрессионно-дистракционным аппаратам относятся все перечисленные, кроме

а) измерительных приборов для измерения усилия компрессии

б) измерительных приборов, регистрирующих дистракционное усилие

**в) репонирующих приспособлений**

г) приспособлений, направленных на механическую стимуляцию костного регенератора

д) приспособления для определения скорости ходьбы в аппарате

32. Аппараты внешней фиксации несут следующую функциональную нагрузку

а) компрессионную

б) дистракционную

в) фиксационную

**г) все перечисленное**

33. К "стресс-аппаратам" в компрессионно-дистракционном остеосинтезе относят аппараты,

кольца которых соединены

**а) цилиндрическими пружинами**

б) стержнями

в) гибкими связями

г) гипсовой повязкой

д) полимерной повязкой

34. К "ригид-аппаратам" в компрессионно-дистракционном остеосинтезе относят аппараты,

кольца которых соединены

а) цилиндрическими пружинами

б) длинными связями

**в) резьбовыми стержнями**

г) гипсовой повязкой

д) полимерной повязкой

35. Расстояние между кольцами аппарата внешней фиксации и поверхностью конечности должно составлять

а) от 1 до 3 см

**б) от 3 до 4 см**

в) от 4 до 5 см

г) от 5 до 6 см

д) более 6 см

36. При дистракционном остеосинтезе предел разведения костных фрагментов на одном сегменте составляет

а) 2 см

б) 3 см

в) 4 см

г) 5 см

**д) 6 см**

37. При лечении методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза перелома длинной

трубчатой кости с косой поверхностью излома рационально проводить

а) дистракцию вдоль продольной оси кости

б) компрессию вдоль продольной оси кости

в) боковую компрессию

г) боковую дистракцию

**д) сочетание продольной и встречно-боковой компрессии**

38. При правильно осуществляемой компрессии спицы аппарата Илизарова принимают изогнутую форму с углом

**а) открытым к линии перелома, остаются в пределах параллельных плоскостей**

б) открытым к эпифизам кости

в) остаются в пределах параллельных плоскостей

39. Наиболее рациональным является проведение дозированной дистракции при

компрессионно-дистракционном остеосинтезе 0,2-0,3 мм через каждые

а) 2-3 ч

б) 4-5 ч

**в) 6 ч**

г) 10-12 ч

д) временная экспозиция не имеет значения

40. В процессе дистракции происходит растяжение следующих образований

а) кожи

б) нервных стволов

в) кровеносных сосудов

г) мышц

**д) все перечисленное**

41. С особой осторожностью следует осуществлять компрессионно-дистракционный остеосинтез

а) при остеомиелите

б) при костном туберкулезе

в) при остеохондропатии

г) при периостите

**д) правильно все**

42. К первичному сращению в положении стабилизации компрессионно-дистракционного остеосинтеза приводит диастаз между фрагментами в пределах

**а) 1-2 мм**

б) 10-20 мм

в) 20-30 мм

г) 30-40 мм

д) 50-100 мм

43. Условиями для оптимальной регенерации при ложных суставах и дефектах костей при

компрессионно-дистракционном остеосинтезе являются все, кроме

а) дистракции со скоростью 1 мм в сутки

**б) дистракции со скоростью 5 мм в сутки**

в) неподвижности отломков в поперечном направлении

г) микроподвижности отломков в продольном направлении

д) дозированной нагрузки на конечность

44. При проведении спиц при компрессионном остеосинтезе для профилактики некроза кожи

последнюю перед вколом спицы смещают

а) на 0.5-1 см в проксимальном к перелому направлении

**б) на 0.5-1 см в дистальном от перелома направлении**

в) кожу не смещают

45. При проведении спиц при дистракционном остеосинтезе с целью профилактики некроза кожи последнюю перед вколом спицы смещают

**а) на 0.5-1 см в проксимальном к перелому направлении**

б) на 0.5-1 см в дистальном от перелома направлении

в) кожу не смещают

46. При проведении спиц со стороны мышц-сгибателей и проведении этой же спицы со стороны разгибателей для предупреждения контрактур сустав должен находиться в положении

**а) сначала - полного разгибания, затем - сгибания**

б) сначала в положении полного сгибания, затем - разгибания

в) только в положении сгибания

г) только в положении разгибания

д) значения не имеет

47. К осложнениям, при использовании чрескостного остеосинтеза аппаратами внешней фиксации, относятся все перечисленные, кроме

а) прорезывания кожи спицами аппарата, некроза и воспаления мягких тканей

б) пареза периферических нервов в результате дистракции

в) спицевого остеомиелита

**г) анаэробной инфекции**

д) кровотечения в месте проведения спицы

48. Использование чрескостного остеосинтеза целесообразно при следующих переломах костей таза, исключая

а) разрыв лонного сочленения

б) разрыв крестцово-подвздошного сочленения

**в) перелом лонной и седалищной костей**

г) вертикальный перелом таза

д) диагональный перелом

49. Наименее удобными для наложения аппарата внешней фиксации являются следующие локализации перелома бедра

а) оскольчатый перелом бедра в нижней трети

б) многооскольчатый перелом диафиза бедра

в) оскольчатый перелом бедра на границе верхней и средней трети

**г) подвертельный перелом бедра**

д) базальный перелом

50. При возможности выбора среди перечисленных аппаратов внешней фиксации наиболее целесообразным будет использование аппарата

а) Сиваша

**б) Илизарова**

в) Калнберза

г) Волкова - Оганесяна

д) Демьянова

51. Нецелесообразно использование метода чрескостного остеосинтеза аппаратами внешнейфиксации при переломах

а) пяточной кости со смещением пяточного бугра

б) костей предплюсны со смещением и вывихом

**в) таранной кости без смещения**

г) клиновидных костей со смещением

д) плюсневых костей со смещением

52. Средние сроки фиксации чрескостным аппаратом при закрытых переломах плечевой кости составляют

а) 14-18 дней

б) 20-30 дней

в) 35-40 дней

**г) 45-60 дней**

д) 80-100 дней

53. Правильным при наложении аппарата Илизарова из 4 колец по поводу перелома обеих костей предплечья является проведение спиц

а) проксимальные кольца - одна из спиц кольца - через обе кости, вторая - также через обе кости,

дистальные кольца - одна спица через обе кости, вторая - через лучевую кость

**б) проксимальные кольца - одна спица кольца - через обе кости, вторая - через локтевую кость, дистальные кольца - одна спица через обе кости, вторая - через лучевую кость**

в) проксимальные кольца - обе спицы через обе кости, дистальных кольца - обе спицы через обе кости

г) проксимальных кольца - одна из спиц кольца через лучевую кость, другая - через локтевую,

дистальных кольца - одна из спиц кольца через лучевую кость, другая - через локтевую

д) проксимальные кольца - одна из спиц через локтевую, дистальные кольца - одна спица через

лучевую кость

54. При открытом переломе бедра в нижней трети нерационально использование следующего

обезболивания при проведении компрессионно-дистракционного остеосинтеза

а) общего обезболивания с интубацией трахеи

б) внутривенного наркоза

в) перидуральной анестезии

**г) местной и внутрикостной анестезии**

55. Если в процессе дистракции у пациента появляются боли в пораженном сегменте, необходимо

а) прекратить дистракцию на 2-3 дня

б) осуществить компрессию 2-3 мм и сделать перерыв

в) продолжить дистракцию, но в меньшем темпе, в сочетании с физиотерапией

**г) продолжить дистракцию, но в меньшем темпе, в сочетании с аналгетиками**

56. Условиями успешного лечения при стержневом компрессионно-дистракционном остеосинтезе, являются

**а) прочная фиксация стержней в кости, соединенных односторонней скобой**

б) использование для соединения стержней двух скоб в различных плоскостях

в) использование рамочного соединения стержней

г) соединение фигурной рамой стержней, проведенных в различных плоскостях

57. По конфигурации наружной рамы стержневого аппарата внешней фиксации различают все компоновки аппаратов, кроме

а) унилатеральной

б) билатеральной и квадрилатеральной

в) полуциркулярной и циркулярной

**г) треугольной**

д) ромбовидной

58. При КДО при одномоментном сближениии костей на месте дефекта за счет укорочения конечности могут быть сближены отломки, отстоящие друг от друга на расстоянии

**а) 1-3 см**

б) 4-6 см

в) 7-9 см

г) не более 10 см

д) свыше 10 см

59. При лечении переломов голеностопного сустава методом компрессионно-дистракционного

остеосинтеза используют кольца диаметром

а) 120, 140, 160 мм

б) 140, 140, 160 мм

в) 140, 160, 160 мм

**г) 120, 140, 140 мм**

д) 120, 160, 160 мм

60. При применении аппарата Илизарова большая жесткость чрескостной фиксации к

а) вертикальной нагрузке

б) осевой нагрузке

в) к поперечной нагрузке

г) на скручивание

**д) правильно все перечисленное**

61. Преимуществом стержневого аппарата перед спицевым является

**а) простота конструкции и быстрота компоновки аппарата**

б) увеличение риска повреждения сосудисто-нервных образований

в) обеспечение оптимальных условий для доступа к поврежденным мягким тканям

г) высокая вариабельность модификаций монтажа аппарата в процессе лечения

д) все перечисленное

62. При введении стержней под углом 10-15 градусов к оси кости с расхождением и последующей репозицией отломки будут смещаться

а) образуя угол, открытый в противоположную сторону от рамы аппарата

**б) образуя угол, открытый в сторону аппарата**

в) по ширине

г) ротационно

63. При введении стержней аппарата внешней фиксации под углом 10-15 градусов к оси кости

со схождением и последующей репозицией отломки будут смещаться

**а) образуя угол, открытый в противоположную сторону от рамы аппарата**

б) образуя угол, открытый в сторону аппарата

в) по ширине

г) ротационно

д) правильно все перечисленное

64. При несросшихся переломах и ложных суставах на уровне дистального метафиза большеберцовой кости фиксацию отломков целесообразно осуществлять

**а) наложением 3 колец**

б) наложением 4 колец

в) наложением 5 колец

г) правильно все перечисленное

65. Ходьба с дозированной нагрузкой в период стабилизации при компрессионно-дистракционном остеосинтезе способствует всему перечисленному, кроме

а) нормализации крово- и лимфообращения

б) нормализации функции мышц

в) консолидации перелома, ложного сустава

**г) профилактики невритов**

д) предупреждения контрактур

66. Рациональную фиксацию сегмента обеспечивает спицевой аппарат, состоящий

а) из 2 колец

б) из 3 колец

**в) из 4 колец**

г) из 5 колец

д) из 6 колец

67. Целесообразно при проведении спиц компрессионно-дистракционного аппарата придерживаться следующих принципов

а) спицы внутренних колец проводить на расстоянии 8-10 см от линии перелома, дистальных

колец - через метафизы

б) спицы внутренних колец проводить на расстоянии 4-5 см от линии перелома, дистальных колец - через метафизы

в) равномерно через равные промежутки вдоль всего сегмента

г) спицы внутренних колец проводить на расстоянии 6-8 см от линии перелома, дистальных

колец - через метадиафизы

**д) проведение спиц зависит от операционной ситуации**

68. При компрессионно-дистракционном остеосинтезе целесообразно использовать все следующие виды обезболивания, кроме

а) интубационного наркоза

б) масочного наркоза

**в) местной анестезии**

г) проводниковой анестезии

д) спинномозговой анестезии

69. Преимуществами внеочагового чрескостного остеосинтеза перед другими видами оперативных вмешательств являются все перечисленные, кроме

а) малой травматичности

б) надежной стабилизации отломков костей

в) возможности ранней активизации тяжелых больных

**г) малых сроков оперативного вмешательства в сочетании с простотой методики оперативного вмешательства**

д) отсутствия или незначительной кровопотери

70. Противопоказанием для использования метода компрессионно-дистракционного остеосинтеза при ложном суставе длинных трубчатых костей является

а) ложный сустав в сочетании с остеомиелитом

**б) ложный сустав в сочетании с тяжелыми рубцовыми изменениями кожных покровов**

в) "тугой" фиброзный ложный сустав

г) ложный сустав с сохранением оси конечности и удовлетворительным состоянием кожных покровов

д) ложный сустав со значительным по величине дефектом костной ткани

71. При использовании компрессионно-дистракционного остеосинтеза для лечения "тугого" ложного сустава целесообразно использование аппарата

а) из 2 колец

б) из 3 колец

**в) из 4 колец**

г) более 4 колец

д) из любого числа колец

72. Для лечения ложного сустава бедра, осложненного остеомиелитом, методом

компрессионно-дистракционного остеосинтеза целесообразно использовать методики, кроме

а) внеочагового чрескостного остеосинтеза без оперативного вмешательства на очаге

б) внеочагового чрескостного остеосинтеза с оперативным вмешательством на очаге

**в) резекции пораженных остеомиелитическим процессом концов и замещением дефекта аутотрансплантатом**

г) резекции пораженных концов ложного сустава с компрессией и последующей дистракцией фрагментов

д) резекции пораженных концов сегмента, поднадкостничной остеотомии одного из фрагментов, компрессии резецированных и дистракции остеотомированных фрагментов

73. При лечение тугого ложного сустава большеберцовой кости с укорочением на 4 см методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза следует проводить:

а) дозированную компрессию фрагментов

б) дозированную дистракцию фрагментов

в) остеотомию малоберцовой кости в сочетании с дистракцией фрагментов

г) остеотомию малоберцовой кости, дистракцию ложного сустава, а через 10 дней - компрессию

**д) остеотомию малоберцовой кости, компрессию, а через 10 дней - дистракцию ложного сустава**

74. При использовании КДО для лечения посттравматического дефекта обеих костей предплечья проводится:

**а) проведение спиц через обе кости проксимального и дистального отделов и раздельно через каждую из костей в центральном отделе, дозированная компрессия и через 10 дней дистракция**

б) проведение по две спицы через обе кости на периферии и в центральном отделе, компрессия

в) проведение по две спицы через лучевую и локтевую кости в проксимальном и дистальном отделах

по две спицы через обе кости в центральном отделе, дистракция

75. При применении чрескостного остеосинтеза компрессионно-дистракционными аппаратами могут быть осложнения, кроме:

а) травматического неврита

б) нарушения крово- и лимфообращения сегмента

в) вторичного смещения фрагментов

**г) миграции спиц аппарата**

д) гнойных осложнений в местах проведения спиц

76. При лечении ложных суставов методом чрескостного остеосинтеза наиболее рационально

использование аппарата

**а) Илизарова**

б) Калнберза

в) Волкова-Оганесяна

г) Гудущаури

д) Сиваша

77. У лиц пожилого возраста (при остеопорозе) для профилактики прорезывания кости спицами спицы следует проводить

**а) три спицы в пределах одного кольца**

б) в разных плоскостях с креплением концов спицы с разных сторон кольца

в) тангенциально две спицы под углом друг к другу

г) во фронтальной плоскости

78. Стабильность фиксации отломков при компрессионно-дистракционном остеосинтезе определяется

а) количеством спиц

б) уровнем введения спиц

в) толщиной спиц и степенью их натяжения

г) количеством колец

**д) правильно все перечисленное**

79. Метод Грейфенштейнера заключается

**а) в проведении двух спиц через противоположные отломки и закреплении их в одной опоре**

б) в проведении двух спиц через противоположные отломки и закреплении их в двух опорах

в) в параллельном проведении четырех спиц, закрепленных в двух опорах

г) проведении одной спицы с упором

80. Использованием метода Грейфенштейнера позволяет обеспечить

**а) компрессию фрагментов**

б) компрессию и дистракцию

в) репозицию фрагментов

г) стабильную фиксацию

81. Дистракция при компрессионно-дистракционном методе лечения ложных суставов наиболее эффективна при следующих видах ложных суставов

а) апластических

б) аваскулярных

**в) гиперпластических**

82. При несросшихся переломах и ложных суставах на уровне дистального метафиза большеберцовой кости фиксацию отломков целесообразно осуществлять

**а) наложением 3 колец**

б) наложением 4 колец

в) наложением 5 колец

83. Сращение перелома при компрессионно-дистракционном остеосинтезе определяется следующими признаками

а) отсутствием боли на уровне перелома

б) отсутствием отека, регрессе остеопороза центрального отломка

в) рентгенологической картины сращения

г) данными функционального исследования периферического кровообращения - симметрией показателей

обеих конечностей

**д) всеми перечисленными признаками**

84. Кортикотомия применяется в компрессионно-дистракционном остеосинтезе

а) при свежих переломах

**б) при деформациях костей**

в) при ложных суставах и несросшихся переломах

85. При лечении методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза для предупреждения стойкой контрактуры сустава рационально применение

а) стержневого аппарата

б) спице-стержневого аппарата

в) аппарата Илизарова

**г) шарнирно-дистракционного спицевого аппарата Волкова - Оганесяна**

86. При удлинении сегмента с использованием компрессионно-дистракционного остеосинтеза

наиболее целесообразно применение

а) Z-образной остеотомии

б) косой остеотомии

в) двойной поперечной остеотомии

**г) поперечной остеотомии**

87. При варусной деформации нижних конечностей у подростков на почве фосфатного диабета

необходимо произвести

а) корригирующую двойную остеотомию обеих костей голени и фиксировать гипсовой повязкой

б) корригирующую остеотомию костей голени и бедра с фиксацией гипсовой повязкой

**в) корригирующую остеотомию костей голени и бедра и фиксировать компрессионно-дистракционным аппаратом**

г) произвести двойную корригирующую остеотомию с фиксацией фрагментов накостными металлическими

пластинками

д) остеотомировать кости голени и бедра в два этапа и фиксировать компрессионно-дистракционными

аппаратами Илизарова

88. При удлинении конечности у больных ахондроплазией необходимо

а) производить удлинение по одному сегменту на каждом этапе

**б) производить удлинение симметричных сегментов нижних конечностей (двух голеней, двух бедер)**

в) производить удлинение двух противоположных сегментов перекрестно (бедро - голень)

г) производить удлинение сразу четырех сегментов нижних конечностей

89. При дефекте большеберцовой кости (9 см) на протяжении диафиза при неповрежденной

малоберцовой кости целесообразно

**а) провести билокальный чередующийся дистракционно-компрессионный остеосинтез без остеотомии**

малоберцовой кости

б) произвести аллопластику дефекта массивным трубчатым аллотрансплантатом с фиксацией

аппаратом Илизарова

в) произвести замещение дефекта расщепленными кортикальными аутотрансплантатами с

фиксацией аппаратом Илизарова

г) остеотомировать малоберцовую кость, сопоставить концы фрагментов большеберцовой,

фиксировать компрессионно-дистракционным аппаратом, вторым этапом удлинить сегмент

д) произвести полисиностоз: по Гану - на проксимальном уровне, по Богданову - на дистальном

уровне

90. В процессе удлинения голени методом дистракционного эпифизиолиза или посредством остеотомии необходимо в послеоперационном периоде

а) с 15-го дня после операции начать дистракцию, а нагружать оперированную конечность не

разрешать

б) дистракцию осуществлять по 2-3 мм в сутки, нагрузку не разрешать

**в) дистракцию начать с 4-5 дня после операции по 1 мм за 4 раскручивания в сутки, разрешить**

полную функциональную нагрузку оперированной конечности в аппарате

г) дистракцию проводить по 1 мм в сутки за одно раскручивание, нагрузку не разрешать

д) удлинение проводить с первого дня после операции при частичной нагрузке оперированной

конечности

91. Применение шарнирно-дистракционного аппарата Волкова-Оганесяна для восстановления

объема движений в коленном суставе предусматривает

а) резекцию суставных поверхностей на протяжении 1-2 см со стабилизацией в аппарате в

послеоперационном периоде

б) укорачивающую резекцию сегмента на протяжении 3-4 см с мобилизацией сустава в аппарате

в) иссечение связочного аппарата и капсулы

**г) проведение дистракции на уровне суставной щели с созданием диастаза в 2 мм принудительными движениями в аппарате**

д) артропластика суставных поверхностей с покрытием концов из фасии бедра с последующими

движениями в аппарате

92. У больных с варусной деформацией голени на почве болезни Эрлахера-Блаунта показана

а) хирургическая коррекция деформации в несколько этапов

б) корригирующая остеотомия большеберцовой кости на уровне проксимального метафиза без

остеотомии малоберцовой кости с фиксацией гипсовой повязкой

в) остеотомия большеберцовой кости с иссечением костного клина по наружной поверхности

без остеотомии малоберцовой кости с последующей фиксацией гипсовой повязкой

**г) дистракционный эпифизиолиз с устранением деформации на компрессионно-дистракционном аппарате Илизарова**

д) устранение деформации этапными гипсовыми повязками

93. У детей с врожденным ложным суставом костей голени в нижней трети с угловой деформацией необходимо

а) устранение деформации в дистракционном аппарате, вторым этапом аллопластика дефекта

с последующей фиксацией аппаратом

б) устранить деформацию в аппарате, вторым этапом резекцировать концы фрагментов

с последующим компрессионным остеосинтезом

**в) в аппарате создать правильную ось сегмента, вторым этапом заместить дефект аутотрансплантатом на сосудистой ножке с использованием микрохирургии**

г) произвести аутопластику дефекта с последующей фиксацией гипсовой повязкой

**17) Травма кисти**

1. Вывихи костей кисти по сравнению с вывихами другой локализации встречаются

а) в 1-5% случаев

б) в 5-10% случаев

в) в 10-15% случаев

**г) в 15-20% случаев**

д) в 20-25% случаев

2. Вывихи костей кисти и запястья встречаются в следующей последовательности по частоте: 1) кисти, 2) перилунарные, 3) полулунной кости, 4) ладьевидной кости, 5) гороховидной кости

а) правильно 1, 2, 3, 4, 5

**б) правильно 2, 3, 4, 1, 5**

в) правильно 4, 1, 3, 5, 2

г) правильно 3, 5, 1, 4, 2

д) правильно 5, 1, 4, 2, 3

3. При перилунарном вывихе вывихиваются следующие кости запястья

а) полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу

**б) головчатая кость по отношению к полулунной**

в) полулунная и головчатая кости по отношению к лучезапястному суставу

г) ладьевая и головчатая кости по отношению к многогранной

д) гороховидная по отношению к ладьевидной и головчатой

4. При вывихе полулунной кости вывихиваются следующие кости запястья

**а) полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу**

б) головчатая кость по отношению к полулунной

в) полулунная и головчатая кости по отношению к лучезапястному суставу

г) головчатая и крючковидная кости по отношению к полулунной

д) ладьевидная, головчатая и гороховидная по отношению к полулунной

5. При вывихе ладьевидной кости не встречается следующий клинический признак

а) 1-й палец находится в положении отведения

**б) кисть отведена в ульнарную сторону**

в) в области анатомической табакерки прощупывается болезненный выступ

г) кисть находится в положении ладонного сгибания

д) движения в лучезапястном суставе ограничены и болезненны

6. При лечении вывихов костей запястья не применяется

а) одномоментное вправление

б) оперативное (кровавое) вправление вывиха

в) вправление вывиха аппаратом внеочаговой фиксации

**г) скелетное вытяжение за ногтевые фаланги**

д) сначала дистракция аппаратом внеочаговой фиксации, далее оперативное (кровавое) вправление вывиха

7. После одномоментного закрытого вправления перилунарного вывиха трудоспособность восстанавливается через

а) 1-2 недели

б) 2-3 недели

в) 3-4 недели

**г) 4-5 недель**

д) 5-6 недель

8. При полном изолированном вывихе 1-го пальца наблюдается все перечисленное, кроме

а) основная фаланга 1-го пальца находится под прямым углом, открытым к тылу по отношению к пя

стной кости

**б) ногтевая фаланга находится под прямым углом по отношению к основной под углом, открытым к тылу**

в) происходит укорочение 1-го пальца

г) на ладонной поверхности пальпируется выступ, соответствующий головке 1-й пястной кости

д) на тыльной поверхности пальпируется выступ, соответствующий головке 2-й фаланги пальца

9. В лечении вывиха фаланг пальцев не применяется

а) консервативное вправление и гипсовая иммобилизация

б) скелетное вытяжение за ногтевую фалангу

**в) оперативное (кровавое) вправление и фиксация спицей трансартикулярно**

г) вправление и фиксация на аппарате А.И.Ашкинази

д) консервативное вправление и фиксация на проволочной или металлической шине

10. Для повреждения сухожилия глубокого сгибателя пальца не характерны

а) локализация и вид раны

б) активное сгибание пальца в пястнофаланговом суставе

в) отсутствие активного сгибания ногтевой фаланги пальца

**г) отсутствие мышечного тонуса при пассивном разгибании пальца**

д) полное активное разгибание пальца

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

а) наличия явных признаков острого воспаления в области раны на пальце

б) наличия у пострадавшего тяжелого сочетанного повреждения внутренних органов

в) множественных переломов костей кисти и пальцев, требующих особого лечения

г) скальпированной кожной раны кисти и пальцев, требующей пластического восстановления

**д) наличия повреждений сухожилий нескольких пальцев**

12. При пластическом восстановлении сухожилия глубокого сгибателя пальца кисти не употребляется

а) сухожилие поверхностного сгибателя этого же пальца

б) сухожилие длинной мышцы, натягивающей апоневроз кисти

**в) сухожилие разгибателя этого же пальца**

г) аллосухожилие

д) сухожилия разгибателя пальцев стопы

13. При наложении первичных блокирующих сухожильных швов на сухожилие глубокого сгибателя пальца активная разработка движений начинается

а) на 7-е сутки после операции

б) на 14-е сутки после операции

**в) на 21-е сутки после операции**

г) на 30-е сутки после операции

д) через 5 недель после операции

14. Чаще всего из костей запястья ломается

**а) ладьевидная кость**

б) трехгранная кость

в) полулунная кость

г) крючковидная кость

д) большая многоугольная кость

15. Вывихом чаще всего сопровождается

а) внутрисуставной перелом дистальной головки пястной кости

**б) перелом типа Беннета - основание 1-й пястной кости**

в) околосуставной перелом дистального отдела 5-й пястной кости

г) околосуставной перелом проксимального отдела 5-й пястной кости

д) перелом диафиза 5-й пястной кости

16. При переломах пястных костей со смещением отломков не наблюдается

а) изменения оси пястной кости углом, открытым к ладони

б) укорочения пястной кости

**в) гиперэкстензии в пястно-фаланговых суставах**

г) гиперфлексии в межфаланговых суставах

д) отведения 1-го пальца

17. При хорошо репонированном переломо-вывихе 1 пальца типа Беннета средний срок консолидации равен

а) 3-м неделям

б) 4-м неделям

в) 5-ти неделям

**г) 6-ти неделям**

д) 7-ти неделям

18. В профилактике гнойных осложнений огнестрельных ранений имеет значение все перечисленное, кроме

а) промывания раны по Сызганову-Ткаченко

б) озвучивания, вакуумирования раны, магнитотерапии

в) полноценной хирургической обработки раны с последующим остеосинтезом сломанных фрагментов

г) направленной антибиотикотерапии

**д) воздействия теплом**

19. Из приведенных ниже восстановительных операций по воссозданию отсутствующего 1-го пальца не применяется

а) фалангизация 1-й пястной кости

б) полицизация 2-го пальца кисти

**в) пересадка 1-го пальца стопы на место бывшего 1-го пальца кисти**

г) удлинение 1-й пястной кости и создание мягкотканного чехла из мягких тканей

д) создание 1-го пальца из "острого филатовского стебля" и костного аутотрансплантата

20. Из перечисленных видов обезболивания при операциях на кисти и пальцах нерационально использовать

а) местную анестезию

б) проводниковую анестезию

в) новокаиновую блокаду плечевого сплетения

**г) внутрикостную новокаиновую блокаду со жгутом**

21. Из перечисленных видов швов сухожилий сгибателей пальцев кисти в области сухожильных влагалищ используются все перечисленные, кроме

а) по Кюнео

б) по Розову

**в) по Долецкому -Пугачеву**

г) по Усольцевой

д) по Беннелю

22. На ладонной стороне кисти имеются фасциальные ложи

**а) срединное, внутреннее и наружное**

б) срединное, переднее и заднее

в) срединное, поверхностное и глубокое

г) наружное, срединное, внутреннее и глубокое

23. При полном перерыве локтевого нерва в области плеча отмечается

а) выпадение функции мелких мышц кисти

б) разгибание основных фаланг III-V пальцев

в) сгибание средних и концевых фаланг III, IV, V пальцев и приведение V пальца

г) сухость кожи, расстройство потоотделения, похолодание кожи, цианоз

**д) все перечисленное**

24. При полном перерыве срединного нерва

а) утрачиваются сгибание кисти, I, II и частично III пальцев, выпадает чувствительность на ладонной поверхности I, II и III пальцев и половине IV пальца

**б) на тыле концевых фаланг II, III и IV пальцев выпадает кожная чувствительность, трофические нарушения, атрофия мышц передней поверхности предплечья**

в) нарушается сгибание II пальца и концевой фаланги I пальца, ладонное сгибание кисти большого пальца, анестезия кожи кисти

г) все правильно

25. При повреждении лучевого нерва отмечается

**а) "свисающая кисть"**

б) "когтистая лапа"

в) обезьянья лапа

г) сгибательная контрактура I, II и III пальцев и разгибательная контрактура IV и V пальцев

**18) Переломы ключицы**

1. Переломы ключицы среди всех переломов костей составляют

а) 1-3%

**б) 14 - 15%**

в) 30%

г) 50%

2. Наиболее часто ключица ломается при ударе

**а) областью ключицы**

б) локтем

в) на вытянутую руку

г) спиной

3. Периферический отломок не бывает смещен

**а) назад**

б) вперед

в) вниз

г) внутрь

4. Для перелома ключицы характерны все перечисленные признаки, кроме

**а) верхняя конечность приподнята вверх и смещена кзади**

б) над ключицей деформация и припухлость

в) надключичная ямка сглажена

г) надплечье укорочено и опущено

5. При консервативном лечении перелома ключицы применяются для иммобилизации ключицы все перечисленные повязки, кроме

а) шины Кузьминского

б) 8-образной повязки

в) колец Дельбе

**г) гипсовой повязки по Турнеру**

6. Показаниями к оперативному лечению перелома ключицы являются

**а) открытые переломы с повреждением или сдавлением сосудисто-нервного пучка**

б) оскольчатый перелом ключицы

в) закрытый перелом ключицы со смещением

г) закрытый перелом ключицы без смещения

д) перелом ключицы с захождением отломков

7. Восстановление трудоспособности после перелома ключицы происходит через

а) 2-4 недели

**б) 1,5-2 месяца**

в) 2-3 месяца

г) 3-4 месяца

8. Типичное смещение периферического отломка ключицы

**а) вниз, кнутри и кпереди**

б) кзади

в) вверх

г) нкаружи

д) вверх, кнаружи, кзади

9. Типичное смещение центрального отломка ключицы

а) вверх

б) вниз

**в) кверху и кзади**

г) кнаружи

д) внутрь

10. Назовите мышцы, смещающие периферический отломок ключицы

а) кивательная

б) бицепс

в) трицепс

г) дельтовидная

**д) подключичная и грудные**

11. Назовите мышцы, смещающие центральный отломок

**а) кивательная**

б) подключичная

в) большая грудная

г) малая грудная

д) подключичная

12. Наиболее часто встречающиеся переломы ключицы у детей

а) оскольчатые

б) поперечно-зубчатые

**в) по типу "зеленой веточки"**

г) косые

д) все переломы с одинаковой частотой

13. Поднадкостничный перелом ключицы у детей распознаюют по признакам, кроме:

а) боль

б) припухлость

в) гематома

г) нарушение функции

**д) грубая деформация ключицы**

14. Фиксация при сопоставленном переломе ключицы продолжается

а) 2 - 3 недели

б) 6 - 8 недель

**в) 4 – 5 недель**

г) 10 - 11 недель

15. Сращение ключицы у детей наступает в сроки

**а) 2 - 4 недели**

б) 5 - 6 недель

в) 7 - 8 недель

г) 10 - 11 недель

16. По каким признакам можно сказать, что у новорожденного был нераспознанный перелом ключицы?

а) наличие костной мозоли

б) укорочение надплечья

в) деформация ключицы

**г) на основании всего перечисленного**

17. Для остеосинтеза ключицы приемлемо всё, кроме

а) толстая спица

б) конструкция из металла с памятью формы

в) кольцевидный фиксатор Роднянского

**г) накостная пластина**

д) стержень Богданова

18. Показания к оперативному лечению перелома ключицы у ребенка

а) поперечно - зубчатый перелом

б) оскольчатый перелом

**в) осложненный перелом**

г) перелом с угловым смещением

д) правильно все

19. К осложненному перелому ключицы относится, кроме:

а) угроза повреждения сосудисто-нервного пучка

б) угроза повреждения купола плевры

в) угроза перфорации кожи острым концом фрагмента

**г) сращение ключицы с угловой деформацией до 10 градусов**

д) неправильно сросшийся перелом ключицы со сдавлением мозолью сосудисто-нервных образований

20. При лечении поднадкостничных переломов ключицы осуществляется все, кроме:

а) иммобилизация руки на косынке

б) фиксация мягкой повязкой Дезо

в) ранняя ЛФК

**г) одномоментное вправление**

21. Назовите наиболее эффективное средство фиксации вправленного перелома ключицы у детей

а) повязка Дезо

б) повязка Дельбе

**в) 8-образная повязка**

г) овал Титовой

д) шина Белера (деревянная)

22. Назовите сроки сращения ключицы у детей

а) 8-10 дней

**б) 12-21 день**

в) 25-30 дней

г) 35-40 дней

д) 45-50 дней

**19) Кожная пластика**

1. Реплантацией кожи называется

а) свободная кожная аутопластика

б) пластика дефекта кожи лоскутом на ножке с другого органа

**в) подшивание отслоенного травмой лоскута, имеющего питающую ножку, на место**

г) подшивание отторгнутого травмой лоскута кожи, после его истончения, удаления клетчатки

д) пластика кожи трубчатым стеблем

2. Реимплантацией кожного лоскута является

а) свободная кожная пластика с оторванной или ампутированной конечности

**б) подшивание отторгнутого кожного лоскута после его расщепления на место**

в) пересадка кожного лоскута на грануляции

г) свободная кожная пластика с другого органа после его обработки

д) пластика трубчатым стеблем

3. Имплантацией кожного лоскута называется

а) свободная кожная пластика на свежую рану с другого органа

**б) пересадка кожного лоскута на гранулирующую рану**

в) подшивание отторгнутого кожного лоскута на место

г) пластика трубчатым стеблем

д) пластика кожной раны ксенотрансплантатом

4. Мобилизация краев раны производится

а) при значительных по размерам кожных дефектах

**б) при пластике ран местными тканями с большим натяжением их краев**

в) при пластическом закрытии ран местными тканями с небольшим натяжением

г) при закрытии ран местными тканями без натяжений

д) при закрытии ран местными тканями с их избытком

5. Сократимость кожного трансплантата определяет

**а) толщина лоскута**

б) локализация

в) площадь

г) волосистость

д) способ обезболивания

6. При итальянской пластике лоскутом с других отделов тела соотношение ширины к длине составляет

а) 1:5

б) 1:4

в) 1:3

**г) 1:2**

д) 1:1

7. При комбинированной кожной пластике по А.К.Тычинкиной используются все перечисленные методы, кроме

а) итальянского

б) индийского

**в) расщепленного лоскута**

г) погруженного лоскута

8. "Острым стеблем" называют

а) тонкий стебельчатый лоскут диаметром не больше 1 см

б) стебельчатый лоскут, имеющий толщину не более 3 см

**в) стебельчатый лоскут, имеющий одну питающую ножку**

г) стебельчатый лоскут длиной не менее 20 см

д) лоскут, не сшитый в трубку

9. Расщепленный кожный лоскут перед трансплантацией обрабатывается

а) настойкой йода

**б) раствором антисептика (риваноля, фурациллина)**

в) раствором новокаина с добавлением антибиотиков

г) вазелиновым маслом

д) спиртом

10. Нежелательным видом обезболивания при пластических операциях на коже является

а) местная инфильтрационная анестезия

**б) внутрикостная анестезия**

в) наркоз

г) проводниковая анестезия

11. Перед трансплантацией расщепленного кожного лоскута с раны следует удалить

**а) некротические фибриновые пленки**

б) грануляции

в) подгрануляционный слой

г) все перечисленное неверно

д) все перечисленное верно

12. Существуют все перечисленные виды дерматомов, кроме

а) механических

б) электрических

в) ротационных

г) клеевых

**д) ультразвуковых**

13. Создание сетчатого кожного трансплантата целесообразно

а) для увеличения площади трансплантата

б) для лучшего прилегания его к раневой поверхности

в) для профилактики образования подтрансплантационных гематом

г) для восстановления циркуляции лимфы в ране

**д) для всего перечисленного**

14. Для остановки кровотечения после удаления грануляций перед пластикой применяют

а) наложение жгута на проксимальный отдел конечности

б) наложение жгута на дистальный от места пластики отдел конечности

в) вазелиновое масло

**г) горячий физраствор**

д) теплый физраствор

15. При первичной хирургической обработке повреждения с дефектом тканей не производится пластика

а) перемещением тканей, окружающих раневой дефект

**б) по методике Тычинкиной**

в) пересадка лоскутов на питающей ножке, выкроенных вдали от раневого дефекта

г) пластика "острым" филатовским стеблем

д) реплантация не полностью отторгнутых кожных покровов

16. Перемещение кожи, окружающей раневой дефект (пластика местными тканями), не применяется

а) при замещении дефектов кожи в области межфаланговых суставов

б) при обширных скальпированных ранах на ладонной и тыльной поверхности кисти

в) при закрытии дефектов при ампутациях конечностей

г) при закрытии дефектов на голове

**д) при закрытии дефектов на сгибательной стороне суставов**

17. Применение пластики лоскутом на ножке, выкроенном вдали от раны (итальянская пластика), показано во всех случаях, кроме

а) при обширных дефектах тканей, которые невозможно закрыть местными тканями

б) при дефектах тканей, включающих в себя не только кожу, но и подлежащие ткани

**в) при дефектах, имеющих недостатки в кровоснабжении дна раны**

г) при дефектах, включающих в себя не только кожу, но и крупные сосудистые и нервные стволы

д) при необходимости пересадки кожи с клетчаткой для обеспечения подвижности ее при функции

18. Важными условиями пересадки кожи на питающей ножке являются все перечисленные, кроме

а) точного определения размера раны

**б) что вершина выкраиваемого лоскута должна быть обращена в сторону, с которой будет производиться замещение раневого дефекта**

в) что плоскость дефекта по отношению к лоскуту должна составлять не более 90( из-за возможного перекрута ножки

г) что основание выкраиваемого лоскута может превышать его длину не менее, чем в 4 раза

д) необходимости полного и точного соприкосновения раневого дефекта и лоскута

19. При пластике дефектов при помощи "острого" филатовского стебля необходимо учитывать все перечисленное, исключая

а) топографию выкраиваемого лоскута и расположение питающей ножки

б) необходимость включения в лоскут подкожной клетчатки, а у худых больных и поверхностной фасции

**в) необходимость точного учитывания расположения, топографии питающих сосудов донорского участка**

г) строгое соблюдение соотношения длины и ширины лоскута в пределах 1:2

д) надежную фиксацию конечности

20. Реплантация не полностью отторгнутых кожных лоскутов не показана

а) при скальпированных ранах головы

б) при скальпированных ранах лица

**в) при небольших скальпированных ранах туловища и конечностей**

г) при обширных скальпированных ранах конечностей

д) при значительных ранах конечностей при явно сохранившемся кровообращении в лоскуте

21. Использование филатовского (трубчатого) стебля относится

а) к плоскостным видам пластики

б) к свободной пластике

в) к пластике расщепленным лоскутом

г) к тоннельным видам пластики

**д) к объемной пластике**

22. Филатовский стебель показан

а) при поверхностных ранах

б) при небольших плоскостных дефектах

**в) при значительных объемных дефектах**

г) при неглубоких ранах с мягкотканным, трофическим полноценным дном

д) при значительных плоскостных дефектах

23. Преимуществами пластики стеблем Филатова является все перечисленное, кроме

а) надежности закрытия глубоких объемных полостей

б) возможности включения в пластический материал хрящевой, костной, мышечной и других тканей

в) возможности закрытия дефектов любой локализации

г) улучшения трофики окружающей дефект ткани

**д) быстром закрытии дефекта**

24. К недостаткам пластики стеблем Филатова относится все перечисленное, кроме

а) многоэтапности

**б) возможности закрытия объемных дефектов с нарушенной трофикой**

в) опасности осложнения и болезней стебля

г) вынужденного длительного положения больного

д) длительности лечения

25. При выполнении пластики по методу Тычинкиной

а) свободный кожный трансплантат консервируется глубоким охлаждением

б) консервируется в различных питательных средах

в) консервируется лиофилизацией

**г) свободным кожным трансплантатом закрывается донорский дефект и его укрывают отсепарованным кожным лоскутом, приготовленным для пластики**

д) приготовленный кожный лоскут на питающей ножке частично подшивают к донорскому дефекту, оставляя свободным верхушку его

26. Показанием к свободной кожной пластике является все перечисленное, кроме

**а) объемного дефекта тканей**

б) обширной скальпированной раны

в) ожоговой гранулирующей раны

г) дефекта, дном которого являются хорошо питаемые мягкие ткани

д) дефекта, расположенного на лице и голове

**20) Травма коленного сустава**

1. Этиология врожденного вывиха надколенника

а) прямая травма

б) порок развития

**в) анатомические дефекты области коленного сустава**

г) дисплазия

д) наследственная передача

2. Чаще встречаются следующие виды смещения коленной чашечки

**а) латеральные**

б) медиальные

в) горизонтальные

г) ротационные

3. Встречаются врожденные вывихи надколенника

**а) привычные**

б) поянно повторяющиеся

в) постоянно существующие

г) все перечисленное

4. При врожденном вывихе надколенника встречаются следующие сопутствующие пороки развития

**а) плоско-вальгусные стопы**

б) косолапость

в) вальгусная деформация шейки бедра

г) незаращение дужек позвонков

д) гипертрихоз

5. Результаты консервативного лечения (массаж, ЛФК, ношение тутора, электростимуляция мышц) врожденного вывиха надколенника следует оценить как:

**а) без существенного улучшения**

б) улучшение

в) ухудшение

г) полученные осложнения

6. При лечении кисты мениска используются

а) физиотерапия

б) иммобилизация сустава

в) пункция мениска

**г) менискэктомия**

д) менискотомия

7. Синдром медиопателлярной связки характеризуется

а) наружной гиперабдукцией голени и гипотрофией мышц бедра

б) внутренней нестабильностью коленного сустава

в) болезненностью в области прикрепления связки

г) рентгенологической резорбцией мыщелков бедра и большеберцовой кости

**д) всем перечисленным**

8. Привычный вывих надколенника характеризуется

а) латеральным смещением надколенника

б) меньшим размером внутренней площадки надколенника

в) натяжением латеральной порции четырехглавой мышцы

г) рецидивностью, привычностью и постоянством вывихов

**д) всем перечисленным**

9. При лечении врожденного вывиха надколенника применяются

а) операция Крогиуса

б) операция Фридланда

в) операция Кемпбелла

г) операция Ру-Фридланда-Волкова

**д) все перечисленные**

10. Болезнь Гоффа диагностируется на основании

а) гиперплазии жировых складок коленного сустава

б) хронического течения

в) блокад коленного сустава

г) боли при нагрузке на стопу при выпрямленной ноге в лежачем положении

**д) всего перечисленного**

11. Лечение болезни Гоффа включает

а) физиотерапию

б) длительную иммобилизацию

в) оперативное удаление складок и жировых тел

г) лазеротерапию и введение ферментов

**д) все перечисленное**

12. Хондроматоз суставов характеризуется

а) подвижными и пальпируемыми образованиями в суставах

б) синовитом

в) костно-хрящевыми тенями на рентгенограмме

г) блокадой сустава

**д) всем перечисленным**

13. При наличии многооскольчатого раздробленного перелома надколенника со смещением отломков предпочтительным методом лечения является

а) консервативный способ

б) скелетное вытяжение

в) остеосинтез

г) остеосинтез по Мюллеру

**д) удаление раздробленного надколенника, восстановление сухожилия четырехглавой мышцы и собственной связки надколенника, наложение тутора на 4 недели**

14. По оказании квалифицированной помощи пострадавшему с огнестрельным ранением коленного сустава следует:

а) не торопиться произвести первичную хирургическую обработку

б) произвести раннюю хирургическую обработку остеосинтез без проведения интенсивной инфузионной терапии

**в) произвести первичную хирургическую обработку раны, активное дренирование, инфузионную терапию с антибиотиками широкого спектра**

г) произвести первичную хирургическую обработку с использованием ультразвука с обильным промыванием полости коленного сустава и аспирацией раствора хлоргексидина 1:1000, использование вакуума

д) использовать антибиотики широкого спектра действия

15. Симптомом, позволяющим выявлять даже самое малое количество жидкости от 4 до 8 мл в коленном суставе, является

а) симптом "баллотирования" надколенника

б) симптом переднего "выдвижного ящика"

в) симптом заднего "выдвижного ящика"

г) симптом переднего и заднего "выдвижного ящика"

**д) симптом "выпячивания"**

16. Симптом "выпячивания" состоит

**а) в выдавливании жидкости снаружи коленного сустава**

б) в перкуссии с внутренней стороны поверхности коленного сустава

в) в аускультации коленного сустава

г) в перкуссии и аускультации коленного сустава

д) в выдавливании жидкости снаружи и перкуссии с внутренней стороны коленного сустава

17. Техника выполнения симптома "баллотирования" надколенника состоит

а) в сжатии коленного сустава

б) в сжатии надпателлярного заворота левой руки

в) в выдавливании кончиков пальцев на подколенник в передне-заднем направлении

**г) в сжатии надпателлярного заворота левой рукой и надавливании кончиками пальцев на надколенник в передне-заднем направлении**

д) в перкуссии надколенника

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

**а) боковые связки коленного сустава целы**

б) крестообразные связки сохранены

в) частичный разрыв боковых связок

г) частичный разрыв боковых связок и крестообразных связок

д) частичный разрыв крестообразных связок

19. При девиации голени во фронтальной плоскости от средней линии на 3-5 градусов можно поставить диагноз

а) полного разрыва боковых связок

**б) частичного разрыва боковых связок**

в) разрыва боковых и крестообразных связок

г) разрыва крестообразных связок

д) повреждения менисков

20. При отклонении голени во фронтальной плоскости от средней линии вовнутрь на 3-5 градусов диагностируется

а) полное повреждение внутренней боковой связки коленного сустава

б) частичное повреждение внутренней боковой связки коленного сустава

**в) частичное повреждение наружней боковой связки коленного сустава**

г) полный разрыв наружней боковой связки коленного сустава

д) частичный разрыв крестообразных связок

21. Отклонение голени от средней линии от 5 до 10 градусов во фронтальной плоскости кнутри и кнаружи указывает

**а) на полный разрыв боковых связок**

б) на частичный разрыв боковых связок

в) на полный разрыв крестообразных связок

г) на частичный разрыв крестообразных связок

д) на частичный разрыв боковых и крестообразных связок

22. Отклонение голени от средней линии нижней конечности во фронтальной плоскости от 3 до 5 градусов кнаружи указывает

а) на полный разрыв внутренней боковой связки

**б) на частичный разрыв внутренней боковой связки**

в) на полный разрыв наружней боковой связки

г) на частичный разрыв наружней боковой связки

д) на повреждение менисков и всех связок коленного сустава

23. Источником регенерации удаленного полностью мениска после менискэктомии могут быть

а) сгустки крови в полости коленного сустава

б) остатки хряща

в) капсула коленного сустава

**г) паракапсулярная зона и каемочка мениска шириною до 1-2 мм, обычно оставляемая при менискоэктомии**

д) синовиальная жидкость

24. Наиболее часто встречающаяся причина деформирующего артроза коленного сустава

**а) травмы коленного сустава: внутрисуставные переломы, неправильно сросшиеся переломы голени бедра, последствия повреждения менисков и связок коленного сустава, вывихи голени**

б) врожденный вывих надколенника

в) болезнь Кенига

г) воспалительные процессы

д) инволюционный процесс

25. Патогенез деформирующего артроза коленного сустава

**а) васкулярная теория**

б) механо-функциональная теория

в) теория макро-микротравматизации суставного хряща

г) нейротрофическая теория

26. Основные клинические признаки деформирующего артроза коленного сустава

а) боли в коленном суставе

б) ограничение движений

в) хруст в суставе при движениях

г) варусная или вальгусная деформация коленного сустава

**д) все вышеперечисленное**

27. Дифференциальный диагноз деформирующего артроза коленного сустава следует проводить

а) с ревматоидным полиартритом

б) с туберкулезным гонитом

в) с гонорейным артритом

**г) со всем перечисленным**

28. Наиболее характерные рентгенологические признаки при деформирующем артрозе коленного сустава включают

а) сужение и деформацию суставной щели

б) костные разрастания вокруг сустава

в) наличие дегенеративных кист в эпифизах

г) уплощение суставных площадок большеберцовой кости с варусной или вальгусной деформацией

**д) все вышеперечисленное**

29. Радионуклидное исследование коленного сустава при II-III стадии артроза коленного сустава выявляет

**а) повышение накопленного радиофарм препарата**

б) снижение накопленного радиофарм препарата

в) не отличается от концентрации сустава или соседнего участка кости

г) метод не дает дополнительной информации

д) метод не применяется

30. Показаниями к применению консервативной терапии при деформирующем артрозе коленного сустава является

**а) поражение I стадии**

б) поражение II стадии

в) поражение III стадии

31. Показаниями к оперативному лечению деформирующего артроза коленного сустава являются

а) отсутствие эффекта от консервативного лечения

б) короткие периоды ремиссии

в) дефартроз с варусной или вальгусной деформацией

г) выраженный пателло-феморальный артроз коленного сустава

**д) все вышеперечисленное**

32. Операцией выбора при пателло-феморальном артрозе II-III стадии является

а) удаление надколенника

б) эндопротезирование коленного сустава

в) артродез коленного сустава

г) операция Банди

**д) артропластика коленного сустава**

33. При деформирующем артрозе коленного сустава II-III стадии наиболее приемлемой операцией является

**а) высокая корригирующая остеотомия большеберцовой кости**

б) вычерпывающая внутрикостная остеотомия проксимального конца большеберцовой кости

в) эндопротезирование коленного сустава

г) артродез коленного сустава

д) артропластика коленного сустава

34. У молодых лиц 24-40 лет с деформирующим артрозом коленного сустава I-II стадии и нестабильностью сустава показана операция

а) эндопротезирования коленного сустава

б) артродеза коленного сустава

в) высокой корригирующей остеотомии большеберцовой кости

**г) стабилизирующая операция на коленном суставе с восстановлением связочного аппарата**

35. У лиц 60-70 лет с деформирующим артрозом коленного сустава III стадии, варусной или вальгусной деформацией показаны

**а) эндопротезирование коленного сустава**

б) артродез коленного сустава

в) высокая корригирующая остеотомия большеберцовой кости с коррекцией деформации

г) любая из перечисленных

36. Операция Банди показана

а) при деформирующем артрозе коленного сустава I-II стадии

**б) при пателло-феморальном артрозе коленного сустава**

в) при дефартрозе с варусной или вальгусной деформацией сустава

г) при ревматоидном моноартрите коленного сустава в стадии ремиссии

37. Наиболее приемлемой методикой фиксации костных фрагментов после высокой корригирующей остеотомии большеберцовой кости является

**а) "Г"-образная пластинка**

б) гипсовая иммобилизация

в) аппараты Илизарова

г) спонгиозные винты

**21) Костная пластика**

1. При костной пластике значение имеет все, кроме:

а) остеогенная активность клеток

б) степень жизнеспособности трансплантата

в) иммунологическая реакция организма

г) приживление трансплантата

**д) наличие щелочной фосфатазы - вещества, задерживающего рост**

2. Для характеристики применяемой костной пластики допустимы следующие термины, кроме:

а) аутопластика

б) гомопластика

в) аллопластика

г) ксенопластика (перекрестная)

**д) гетеропластика**

3. Костная пластика наиболее удачно может быть применена

**а) для заполнения костной полости**

б) для артродеза суставов

в) для лечения ложных суставов

г) для создания суставов

д) при свежих переломах

4. Для пациента аутотрансплантацией тканей является

а) пересадка тканей от ближайших родственников (отца, матери)

б) пересадка тканей от другого человека, имеющего ту же группу крови и резус принадлежность

в) пересадка от брата, сестры (близнецов)

**г) пересадка собственных тканей**

д) пересадка искусственно полученных тканей

5. Для пациента изотрансплантацией является

а) пересадка собственных тканей

б) пересадка от ближайших родственников

**в) от брата, сестры (близнецов)**

г) от другого человека, ткани которого подверглись химическому, физическому или биологическому воздействию

д) пересадка искусственно полученных тканей

6. Для пациента аллотрансплантацией является

**а) пересадка трупных тканей, подвергшихся глубокому замораживанию и лиофилизации**

б) от ближайших родственников, ткани которых подвергнуты действию ионизирующего излучения большой мощности

в) пересадка искусственно созданных тканей

г) пересадка тканей от животных, подвергнутых действию холода и формализированных

д) от брата, сестры (близнецов)

7. Примером ксенотрансплантации служит

а) пересадка тазобедренного сустава от трупа, подвергнутого действию глубокого замораживания

б) пересадка I-го плюсне-фалангового сустава со стопы пациента на дефект локтевого сустава

в) пересадка керамического протеза головки и шейки бедра

г) пересадка почки от живого человека-донора

**д) пересадка свиной лиофилизированной кожи обожженному**

8. Эндопротезированием можно назвать

**а) замещение резецированной грудины танталовой металлической пластиной**

б) пластика грыжевого канала больного кожей с его бедра

в) восстановление пищевода больного из его тонкого кишечника

г) пластика ложного сустава бедра больного костным трансплантатом из гребешка его таза на сосудистой ножке

д) пластика ложного сустава голени передвижным костным трансплантатом

9. При костной пластике аутотрансплантатом наибольшее значение имеют:

а) остеогенная активность клеток костного (материнского) ложа.

**б) степень жизнеспособности трансплантата (если он на сосудистой ножке).**

в) иммунологическая реакция организма.

г) правильно все

д) наличие щелочной фосфатазы

10. В чем заключается конечная цель костной пластики?

а) Активизировать остеогенез

б) Снизить активность щелочной фосфотазы

в) Получить приживление трансплантата

**г) Восстановить анатомию и функцию сегмента**

д) Правильно все

11. Назовите термины костной пластики, применяемые в настоящее время

**а) аутопластика, аллопластика**

б) гетеропластика

в) ксенопластика (перекрестная)

г) гомопластика

12. Для фиксации костных трансплантатов не применяют

а) ультразвуковую связку с применением диакрина

б) металлоостеосинтез

**в) фиксацию трансплантата кетгутом**

г) внеочаговый остеосинтез аппаратом внешней фиксации

13. Новообразование "os hovum" является

а) избыточная костная мозоль при неустойчивом остеосинтезе

б) регенерат кости, возникший при дистракционном остеосинтезе

**в) новообразованная ткань, возникшая при подсадке человеку кусочков мертвой (безорганических веществ) кости**

г) костный секвестр, извлеченный из остеомелитического очага

д) мелкие отщепы от диафиза кости

14. Из приведенных способов консервации тканей для трансплантации не применяется

а) глубокое замораживание с последующей лиофилизацией

б) глубокое замораживание с последующим хранением при низких температурах

в) консервация в парафине

**г) консервация в кислороде под большим давлением**

д) консервация в растворах антибиотиков, формалине и антисептиках

15. Для исследования пригодности аллотрансплантатов применяется все перечисленное, за исключением

а) бактериологического лабораторного исследования

б) серологического лабораторного исследования

в) биологического лабораторного исследования

г) изучения результатов аутопсии

**д) исследования полового хроматина клеток трансплантата**

16. Современная отечественная классификация трансплантатов не содержит термина

а) аутотрансплантат

б) изотрансплантат

в) гомотрансплантат

г) ксенотрансплантат

**д) эксплантат**

**22) Костные опухоли**

1. "Эозинофильная гранулема" - это

**а) заболевание, вырожающееся в очаговом скоплении в костях эозинофильных лейкоцитов**

б) системное заболевание крови и кроветворных органов

в) осложнение, развивающееся при лейкозе

г) хронический очаг воспаления в кости

д) порок развития кости

2. Лечение эозинофильной гранулемы

**а) оперативное**

б) противовоспалительная терапия

в) химиотерапия и оперативное лечение

г) химиотерапия

д) лучевая терапия

3. Для эозинофильной гранулемы характерны

**а) болезненность, припухлость в области очага поражения, расширение вен, повышение местной температуры**

б) атрофия мышц конечности, ограничение подвижности в суставе

в) гидроцефалия, низкий рост за счет укорочения конечностей

г) резкое ухудшение общего самочувствия на фоне резких болей в конечности

д) начало заболевания бессимптомно, выявляется случайно при возникновении патологических переломов

4. К наиболее характерным симптомам рентгенологической картины при эозинофильной гранулеме относятся

**а) очаги разряжения яйцевидной формы с полициклическими краями, "луковичный" периостит**

б) отсутствие четких границ, прорастание в мягкие ткани

в) поражение эпифиза, позднее появление ядер окостенения, бахромчатый вид эпифиза

г) варусная деформация диафиза кости, укорочение

д) нарушение линии Шентона, отсутствие ядер окостенения в головках бедер

5. Лечение костных кист

а) только лучевая терапия

б) только пункция

**в) только оперативное (аллопластика)**

г) оперативное при безуспешном консервативном лечении

д) только химиотерапия

6. Типичная локализация остеогенной саркомы

**а) нижняя треть бедра, верхняя треть голени**

б) верхняя треть бедра, нижняя треть голени

в) кости таза

г) кости предплечья

д) кости стопы, кости черепа

7. Клиническая картина при остеогенной саркоме в начале заболевания выражается следующими признаками

**а) боли в покое, припухлость, болевая контрактура**

б) повышение температуры тела, увеличение региональных лимфоузлов

в) боли нет, припухлость, гиперемия

г) боль при движениях, хромота

д) патологическая подвижность в области наибольшей болезненности

8. Рентгенологическая картина при остеогенной саркоме характеризуется

**а) пятнистыми очагам разряжения, уплотнением кости с размытыми контурами внутри метафиза, симптомов "козырька"**

б) отсутствием отслоения надкостницы (симптома козырька)

в) остеопорозом кости, окруженным зоной склероза

г) отсутствием четкой границы проникновения в мягкие ткани

д) бокаловидным расширением метафизов, искривлением оси конечности

9. Из рентгенологических симптомов наиболее характерен для первичной ретикулоклеточной саркомы

**а) мелкоочаговый характер деструкции**

б) пластинчатая деструкция

в) игольчатый периостит

г) крупноочаговая деструкция

д) сужение костно-мозгового канала

10. Гемангиомой кости чаще всего поражаются

**а) позвоночник, кости черепа**

б) бедренная кость

в) большеберцовая кость

г) кости предплечья

д) лопатка

11. Фиброма кости относится

а) к доброкачественной опухоли остеогенного происхождения

**б) к доброкачественной опухоли неостеогенного происхождения**

в) к хондродисплазии

г) к остеодисплазии

д) к атипично протекающему остеомиелиту

12. Клиническая картина при опухоли Юинга

а) опухоль растет медленно, болей нет

**б) боли непостоянного характера, гиперемия в области припухлости**

в) резкие постоянные боли в покое

г) жалоб нет

д) саблевидная деформация голени

13. Рентгенологическая картина при опухоли Юинга характеризуется

**а) пятнистым остеопорозом тела кости, остеолизом кортикального слоя луковичным гиперостозом**

б) остеопорозом кости с зоной склероза

в) бахромчатым периоститом, отслоением надкостницы, спикулами

г) овальным очагом просветления со штампованными краями

д) очагом диаметром до 2 см, расположенным в метафизарной зоне

14. Наиболее распространенной классификацией опухолей костей является

а) классификация Чаклина

б) классификация М.В. Волкова

в) международная гистологическая классификация опухолей костей

**г) классификация Т.В. Виноградовой**

15. Губчатая остеома наиболее часто встречается

**а) в области диафизов длинных трубчатых костей**

б) в области метафизов длинных трубчатых костей

в) на плоских костях скелета

г) на телах позвонков

16. При губчатой остеоме ведущим клиническим симптомом, при обращении больного к врачу, является

**а) боль в области опухоли с иррадиацией в сустав**

б) нарушение функции сустава

в) косметический дефект

г) признаки малигнизации образования

д) сдавление сосудисто-нервного пучка

17. Ведущим рентгенологическим симптомом при губчатой остеоме является

**а) изолированное опухолевое образование кости без прорастания в мягкие ткани, с четкой границей образования от мягких тканей**

б) опухоль не имеет четких границ с мягкими тканями

в) образование больших размеров, циркулярно охватывающие кость

г) структура остеомы не отличается от нормальной кости ниже и выше образования и представляется в виде полусферы

18. Губчатую остеому необходимо дифференцировать

**а) с костно-хрящевым экзостозом на широкой ножке и оссифицированной гематомой**

б) остеоидной остеомой

в) аневризмальной кистой кости

г) вторичной хондромой

19. Компактная остеома кости встречается

а) в области метафизов длинных трубчатых костей

**б) на плоских костях скелета**

в) закономерности в локализации нет

г) в области диафизов

20. Б-я 15 л. имеет увеличивающегося опухолевое образование 10-8 см в области крыла подвздошной кости, безболезненное, кожные покровы над ним подвижные

а) необходимо наблюдение, оперативное лечение не показано

б) необходимо удаление образования с участком подвздошной кости

**в) показана краевая резекция с гистологическим исследованием**

г) необходимо провести дооперационную лучевую терапию

д) показана химиотерапия

21. Основными методами лечения губчатой и компактной остеомы являются

а) хирургическое удаление опухоли по типу сомнительной резекции

**б) краевая резекция в пределах здоровых тканей**

в) выжидательная тактика

г) оперативное лечение не показано

д) операция проводится только в случае бурного роста остеомы

22. Прогноз после хирургического лечения губчатой и компактной остеомы

а) часто наблюдаются рецидивы образования

б) высокий процент озлокачествления

в) прогноз благоприятный, рецидивов нет

**г) в случаях неполного удаления остеомы наблюдается продолжительный рост образования**

д) правильно все

23. Наиболее характерными клиническими признаками остеоидной остеомы при локализации ее в области длинных трубчатых костей являются

а) ограничение функции близлежащего сустава

б) постоянные боли в месте локализации, местное повышение температуры

**в) ночные боли в пораженной области**

г) атрофия мышц конечности

д) правильно все

24. Характерным рентгенологическим признаком при остеоидной остеоме является

а) разрежение костной ткани на участке остеоидной остеомы

б) реакция надкостницы в виде луковичного периостата

в) реакция надкостницы в виде гиперостоза

**г) наличие гнезда остеоидной остеомы в сочетании с окружающим склерозом и периостальной реакцией**

д) реакция надкостницы на очаг остеоидной остеомы не отмечается

25. Обычная остеоидная остеома чаще локализуется

а) в шейке и межвертельной области бедра

**б) в диафизе длинных трубчатых костей**

в) в теле позвонков

г) в плоских костях скелета (лопатка, кости таза)

д) в мелких костях стоп и кисти

26. Гигантская остеоидная остеома (остеобластома) обычно локализуется

а) в диафизах длинных трубчатых костей

б) в метафизах длинных трубчатых костей

в) в губчатой кости (тела позвонков, кости таза, кости стопы)

**г) закономерности в локализации нет**

27. При остеоидной остеоме

а) показана консервативная терапия

б) показана рентгенотерапия

в) показана сегментарная резекция кости с аллопластикой дефекта

г) достаточно удалить гнездо без удаления склерозированной кости в области периостита

**д) необходимо удаление склерозированной гиперостозной костной ткани с гнездом остеоидной остеомы**

28. Наиболее информативными методами обследования при остеоидной остеоме являются

**а) обычная рентгенограмма в двух проекциях и компьютерная томография**

б) ангиография

в) сцинтиграфия с пирофосфатом технеция

г) биохимический метод исследования

29. Дифференциальную диагностику остеоидной остеомы следует проводить со следующими патологическими процессами

а) с хондробластомой (опухолью Кодмена)

**б) с абсцессом Броди**

в) с эозинофильной гранулемой

г) с остеогенной саркомой

д) с десмоидной фибромой кости

30. Хондробластома (опухоль Кодмена) поражает чаще

а) диафизы длинных трубчатых костей

б) плоские кости скелета

в) метафизы длинных трубчатых костей

г) эпифизы длинных трубчатых костей

**д) эпифизы и прилежащие отделы метафизов без распространения на диафиз**

31. Характерными рентгенологическими признаками эпифизарной хондробластомы являются

а) гомогенный очаг поражения кости больших размеров

б) очаг деструкции в кости, исходящий из эпифизарной пластинки и занимающий эпифиз и прилежащую к эпифизарной пластинке часть метафиза, надкостница может быть отслоена

**в) очаг деструкции на рентгенограмме представлен крапчатой структурой**

г) при хондробластоме характерен выход опухоли в мягкие ткани, патологический перелом кости

д) правильно все

32. Больному с эпифизарной хондробластомой показана

а) лучевая терапия

б) химиотерапия

в) комбинированное лечение

г) операция - резекция суставного конца кости

**д) краевая резекция с удалением опухоли и сохранением суставного хряща, электрокоагуляцией полости замещением ее кортикальными аллотрансплантатами**

33. Наиболее приемлемым пластическим материалом при хондробластоме является

**а) аутотрансплантат**

б) суставной конец из алломатериала

в) эндопротез

г) расщепленные аллотрансплантаты

34. Прогноз при эпифизарной хондробластоме

**а) благоприятный для жизни и неблагоприятный функциональный результат**

б) в ранние сроки может наступить малигнизация

в) благоприятный функциональный результат

г) часто бывают рецидивы опухоли после оперативного лечения

д) правильно все

35. Наиболее часто хондрома встречается

а) в телах позвонков

б) в длинных трубчатых костях-диафизах

**в) в коротких трубчатых костях стопы и кисти**

г) в плоских костях таза и лопатки

д) в ребрах, в грудине

36. Для хондромы характерно

а) солитарное поражение скелета

**б) множественное поражение костей скелета**

в) сочетание множественных поражений коротких костей кисти и длинных трубчатых костей этой же конечности

г) поражение только плоских костей

д) поражение ребер

37. При солитарных энхондромах кисти

а) оперативное лечение не показано даже после патологического перелома

**б) показана сегментарная резекция кости (диафиза фаланги) с замещением дефекта трубчатым аллотрансплантатом**

в) показана краевая резекция с замещением дефекта кортикальными трансплантатами в виде "щебенки"

г) операция показана после консолидации патологического перелома - краевая резекция с замещением дефекта кортикальными трансплантатами

38. Гигантоклеточная опухоль (остеокластома) наиболее часто встречается

а) в детском возрасте до 10 лет

б) в подростковом возрасте (12-16 лет)

**в) опухоль характерна для взрослых (20-40 лет)**

г) одинаково часто встречается в любом возрасте

39. Наиболее типичная локализация гигантоклеточной опухоли

а) плоские кости

б) диафизы длинных трубчатых костей

**в) нижний суставной конец бедренной кости и верхний суставной конец большеберцовой кости**

г) тела позвонков

40. При гигантоклеточной опухоли (остеобластокластоме)

а) прогноз благоприятный

б) в 40% случаев наступает озлокачествление и метастазирование

в) не наступает перерождение и метастазов не бывает

**г) потенциально все остеобластокластомы злокачественны**

41. Основными рентгенологическими признаками гигантоклеточной опухоли являются

а) гиперпластический процесс с периостальной реакцией на локализацию опухоли

**б) литический процесс без периостальной реакции**

в) литический процесс с переходом через эпифизарную пластинку и суставной хрящ

г) полость в метафизе без признаков лизиса или гиперпластических образований

42. В плане дифференциальной диагностики гигантоклеточной опухоли при проведении пункционной биопсии

а) определяется высокое внутрикостное давление

б) давление внутрикостное отсутствует

**в) выделяется кровь**

г) удается взять серую мягкую ткань из полости опухоли

43. При гигантоклеточной опухоли показана

а) химиотерапия

б) лучевая терапия с последующей операцией

в) операция краевой резекции с аллопластикой

**г) операция сегментарной (околосуставной резекции) или резекция суставного конца с аллопластикой суставным концом или замещением эндопротезом**

44. При дифференциальной диагностике гигантоклеточной опухоли с солитарной кистой и аневризмальной кистой целесообразны:

а) обычная рентгенография в двух проекциях

**б) компьютерная томография**

в) ангиография

г) радионуклидное исследование

д) тепловидение

45. Наиболее характерными клиническими признаками неостеогенной фибромы являются

а) постоянные боли в области неостеогенной фибромы кости

б) выраженная припухлость и болезненность при пальпации

в) нарушение функции близлежащего сустава и нарушение опорности конечности

г) клиника бедна, характерных признаков нет

**д) часто первым признаком является патологический перелом на уровне локализации неостеогенной фибромы**

46. Характерной локализацией неостеогенной фибромы является

а) диафиз длинных трубчатых костей

**б) метафиз длинных трубчатых костей**

в) плоские кости костного скелета

г) все перечисленное

47. Основными рентгенологическими признаками остеобластокластомы ячеистого типа являются

а) литический процесс без периостальной реакции

**б) множество мелких камер, отделенных друг от друга полными и неполными перегородками**

в) краевой блюдцеобразный дефект

г) структура напоминает картину «цветной капусты»

д) корковый слой на поврежденном участке совершенно рассасывается

**23) Кривошея**

1. Врожденную кривошею следует отнести

**а) к миогенной деформации**

б) к десмогенной деформации

в) к неврогенной деформации

г) к дермо-десмогенной деформации

д) к костной деформации

2. Этиопатогенез врожденной мышечной кривошеи

**а) порок развития грудинно-ключично-сосцевидной мышцы**

б) травма при родах

в) неправильное положение плода

г) воспалительный процесс

д) ишемия сердца

3. Признаки врожденной мышечной кривошеи можно выявить:

**а) в первые 3-5 дней после рождения**

б) на 10-14 день после родов

в) в месячном возрасте

г) в 3-месячном возрасте

д) клинические симптомы не выражены до года

4. Консервативное лечение кривошеи следует начинать

**а) с момента рождения**

б) с 2-недельного возраста

в) с 2-5 месяцев

г) с 0.5-1 года

д) после 1 года

5. Оперативное лечение кривошеи при неэффективности консервативного показано

а) до 5 месяцев

б) до 1 года

в) до 2 лет

г) до 3 лет

**д) в 3-4 года**

6. Абсолютными показаниями к оперативному лечению кривошеи являются

**а) нарастающая асимметрия лица и шеи**

б) нарушение осанки

в) нарушение остроты зрения

г) стробизм сходящийся и расходящийся

д) нарушения осанки и зрения

7. Болезнь Клипель-Фейля - это

**а) врожденный синостоз шейных и верхне-грудных позвонков с незаращением дужек**

б) наличие шейных ребер

в) приобретенный подвывих I шейного позвонка воспалительной этиологии

г) острая мышечная кривошея

д) крыловидная шея

8. Этиологическим фактором для врожденной кривошеи является

а) родовая травма

б) дисплазия

**в) порок первичной закладки**

г) неправильное родовспоможение

9. Наиболее часто встречающимися формами кривошеи являются

а) костная

**б) мышечная**

в) рефлекторная

г) воспалительная

10. При левосторонней мышечной кривошее

а) подбородок отклонен влево

**б) подбородок отклонен вправо**

в) подбородок расположен по средней линии туловища

11. При правосторонней мышечной кривошее

**а) подбородок отклонен влево**

б) подбородок отклонен вправо

в) подбородок расположен по средней линии туловища

12. Рентгенологически при мышечной форме кривошее

**а) изменений нет**

б) добавочный полупозвонок

в) синостоз тел позвонков

г) незаращение дужек позвонков

13. Консервативное лечение мышечной формы кривошеи в первые недели и месяцы жизни ребенка включает

а) фиксированное положение головы

б) ношение воротника Шанца

в) массаж больной стороны

**г) все перечисленное верно**

14. Физиотерапевтическое лечение врожденной мышечной кривошеи предусматривает

а) УВЧ-терапию

б) ионизацию с хлористым кальцием

**в) ионизацию с йодистым калием**

г) ионофорез с гидрокортизоном

д) все перечисленное

15. Медикаментозное лечение врожденной мышечной кривошеи включает применение

а) мумие

б) инъекции лидазы

в) инъекции гидрокортизона

**г) не существует**

16. Оптимальный возраст для хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи

а) 6 месяцев

б) 1 год

в) 2 года

**г) 3 года**

д) 5 лет

17. Наиболее рациональный вид оперативного вмешательства при врожденной мышечной кривошее

**а) миотомия ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы**

б) операция по Зацепину

в) операция по Гаген-Торну

г) миотомия ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы + ее аллопластика

18. Послеоперационная иммобилизация при врожденной мышечной кривошее

а) не применяется

**б) гипсовый ошейник**

в) воротник Шанца

г) тугое бинтование

19. Иммобилизация после хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи составляет

а) 2 недели

б) 1 месяц

**в) 2 месяца**

г) 3 месяца

**24) Лечение переломов**

1. Основными условиями сращения костей являются

а) идеальная репозиция костных отломков, восстановление конгруэнтности суставных поверхностей

б) использование для фиксации костных отломков малотравматичных способов, обеспечивающих между ними динамическую компрессию до полной консолидации перелома

в) включение в комплекс лечебной гимнастики в ранние сроки пассивных и активных движений в поврежденном суставе

г) разрешение через 1-2 недели от начала фиксации осевой нагрузки величиной 30% веса тела

**д) все перечисленное**

2. При лечении переломов может не учитываться принцип

а) полного сопоставления отломков, восстановление функции - через восстановление анатомии

б) высокой прочности фиксации

в) сохранения кровоснабжения кости

**г) сохранения микроподвижности для усиления катаболической фазы регенерации костной ткани в зоне перелома**

д) сохранения опорной и двигательной функции поврежденной конечности

3. К механическим и физическим требованиям, предъявляемым к конструкциям, используемым для остеосинтеза в травматологии и ортопедии, относятся

а) упругость (модуль упругости, модуль Юнга)

б) предел текучести, прочности, усталости

в) пластичность

г) сопротивление износу

**д) все перечисленное**

4. Отторжение фиксатора связано

а) с аллергией к металлу

б) с электромагнитным напряжением ткани

в) с многооскольчатым характером перелома

г) с коррозией металлов

**д) правильно все**

5. Предупреждение коррозии фиксаторов при остеосинтезе достигается, кроме:

**а) совмещением в конструкции фиксаторов различных металлов**

б) конструкцией фиксатора с учетом циклического напряжения в трех плоскостях

в) выбором наиболее инертного в тканях металла для фиксатора

г) хорошей шлифовкой поверхности фиксатора

6. Хорошо переносятся тканями, инертны в организме и достаточно механически прочные имплантаты из:

а) виталлиума - сплав кобальта, хрома, молибдена

б) тантала

в) титана

г) нержавеющей стали

**д) все правильно**

7. Металлические конструкции в тканях организма подвергаются в большей степени

**а) электрохимической коррозии**

б) фреттинговой коррозии

в) парадифференциальной аэрации

г) гальванической коррозии

д) всему перечисленному

8. К факторам, способствующим коррозии фиксаторов, относятся

а) неправильные химические составы и металлургические процессы

б) некачественная обработка поверхности фиксатора или повреждение его

в) совместное употребление разных металлов

г) действием циклических напряжений на металлический фиксатор

**д) все перечисленное**

9. Высокие механические свойства и коррозиеустойчивость металлических имплантатов обеспечивается в следующих специальных процессах изготовления

а) плавка в вакууме

б) электрошлаковая переплавка

в) оптимальные условия холодной обработки давлением

г) хромоникелемолибденовая сталь с особым химическим составом (хром-17.5%, никель-14.0%, молибден-2.5%, углерод 0.03%)

**д) все перечисленное**

10. Титан и его сплавы легче других, обладают отличной коррозийной устойчивостью и усталостным сопротивлением, но применение их ограничивается из-за

а) низкого модуля упругости (уступает в прочности)

б) низкой сопротивляемости на срезе (перелом титановых винтов от вращающего момента)

в) малой устойчивостью к износу (истирание при скольжении)

г) сложности производства и механической обработки (нельзя перегревать, низкая скорость резания)

**д) всего перечисленного**

11. Повторное применение металлических фиксаторов опасно по причине

а) повреждения поверхности фиксатора при удалении и установке

б) усиления щелевой и контактной коррозии

в) изменения кристаллической структуры фиксатора в связи с явлением усталости металла

г) склонности к точечной коррозии в солевых растворах имеет сталь марки X18H9T

**д) всего перечисленного**

12. Непригодным для остеосинтеза диафизарных переломов являются

а) экстрамедуллярный плотный остеосинтез

б) внутрикостный плотный остеосинтез

в) чрескостный остеосинтез аппаратами и устройствами

**г) фиксаторы типа шелк, проволока, лента, спицы, винты, шурупы**

13. Основную механическую нагрузку накостный фиксатор несет

**а) над областью перелома**

б) на 2 см в сторону от линии перелома

в) на концах пластины

г) на дистальном конце пластины

14. Механические и физические требования, предъявляемые к конструкциям, используемым в травматологии и ортопедии, включают

а) упругость (модуль упругости, модуль Юнга)

б) предел текучести марки сплава, прочности, усталости

в) пластичность

г) сопротивление износу

**д) все перечисленное**

15. При недостаточно стабильном остеосинтезе металлическими конструкциями для повышения стабильности в зоне перелома следует

а) уменьшить резорбцию кости при качательных знакопеременных нагрузках

б) использовать скрепители с небольшой поверхностью контакта с костью

в) использовать скрепители, имеющие большую поверхность контакта с костью

**г) использовать дополнительную гипсовую повязку**

д) применять углеродистые фиксаторы

16. Медицинские винты должны легко входить в отверстия пластин и выдерживать все перечисленные нагрузки, кроме:

а) напряжения растяжения

б) напряжения вращения

в) напряжения сдвига

**г) продольной нагрузки**

17. Необходимая жесткость фиксации при остеосинтезе винтами достигается

а) при достаточной длине винта, когда он проходит оба кортикальных слоя кости

б) внешнем диаметре до 4 мм (для бедра, голени, плеча)

в) упорном характере резьбы с трапецевидным профилем

г) когда виток резьбы врезается в кость на общую глубину 1.5 мм

**д) всем перечисленным**

18. При косых и винтообразных переломах винты вводится

а) перпендикулярно линии перелома

б) перпендикулярно оси кости

в) по средней линии между двумя перпендикулярами: к линии перелома и к линии оси кости

**г) при косых переломах все винты должны располагаться в одной плоскости, а при винтообразных - в разных плоскостях перпендикулярно линии перелома**

19. Прочность винтов при остеосинтезе может снижаться

а) при возникновении концентрации напряжения, вызванного трением в момент введения

б) резорбцией кости вокруг винта, накатанной неопорной резьбой

в) "усталостью металла" при повторных применениях

г) если диаметр отверстия в кости равен наружному диаметру винта

**д) всем перечисленным**

20. Частая причина ослабления связи накостного фиксатора с костью - резорбция костной ткани возле металлической конструкции и винтов. Она происходит из-за

а) местных расстройств кровообращения

б) большого давления металлической конструкции на кость

в) качательных знакопеременных движений, создающих попеременно действующие рычаги 1-го и 2-го рода ("пластинка-пластинка" - рычаг 1 рода, "пластинка-кость - 2 рода)

**г) все перечисленное верно**

21. Пластинка для остеосинтеза противодействует смещающему моменту, который составляет

а) сила тяги мышц и плечо мышц

б) угол плоскости излома (при косом переломе возникает момент кручения)

в) масса сегмента конечности, располагающаяся дистальнее места перелома

г) плечо массы сегмента

**д) все перечисленное**

22. Оптимальные размеры пластин при переломе диафиза костей голени должны быть

а) 6 до 8 см 1/6 длины голени

б) от 10 до 16 см 1/4 длины голени

в) от 16 до 18 см 1/3 длины голени

**г) 14 см на 8 винтах**

д) 16 см на 10 винтах

23. Основными силами, смещающими положение отломков, являются: масса конечности дистальнее места перелома и мышечные усилия. Поэтому для прочной фиксации перелома бедра следует использовать пластину

**а) 1/2 длины сегмента конечности на 10 винтах**

б) 1/3 длины сегмента конечности на 8 винтах

в) 1/4 длины сегмента конечности на 6 винтах

г) 1/5 длины сегмента конечности на 4 винтах

д) 1/6 длины сегмента конечности на 2 винтах

24. Противопоказаниями к накостному остеосинтезу являются

а) остеопороз костей

б) открытые переломы с обширной зоной повреждения мягких тканей

в) инфицированные переломы

г) обширные кожные рубцы, свищи, остеомиелит

**д) все перечисленное**

**25) Переломы лопатки**

1. Клинически выделяют следующие переломы лопатки

а) тела

б) углов

в) отростков

г) шейки и суставной впадины

**д) все перечисленное**

2. Периферический отломок при переломе шейки лопатки смещается

а) кверху и внутри

**б) книзу и кнутри**

в) кнаружи и кверху

г) кнаружи и книзу

д) ротационно

3. Повреждение подкрыльцового нерва при переломе шейки лопатки приводит

а) к потере чувствительности

б) к потере движений в пальцах кисти

**в) к парезу дельтовидной мышцы**

г) к нарушению кровообращения

4. Из перечисленных переломов лопатки внутрисуставным является перелом

а) тела

б) углов

в) отростков

г) ости

**д) суставной впадины шейки**

5. Характерным симптомом перелома лопатки является

**а) признак Маркса**

б) симптом Чаклина

в) симптом Комолли

г) все перечисленное

6. Возникновение "крыловидной" лопатки связано

а) с нарушением кровоснабжения в надплечье

б) с ушибом или перерастяжением длинного грудного нерва

в) с повреждением плечевого сплетения

**г) с повреждением подкрыльцового нерва**

7. При внутрисуставном переломе лопатки для иммобилизации применяется

а) гипсовая повязки по Турнеру

б) косыночная повязка

в) мягкая повязка Дезо

г) гипсовая повязка Дезо

**д) отводящая шина**

8. Угол отведения на отводящей шине при переломе шейки или суставной впадины лопатки должен составлять градусов:

а) 30

б) 60

**в) 90**

г) 110

д) 160

9. Срок иммобилизации при внутрисуставном переломе лопатки составляет

а) 2 недели

**б) 4-5 недель**

в) 6-8 недель

г) 10-12 недель

д) 3 месяца

10. Назовите клинические признаки перелома шейки лопатки

а) создается впечатление вывиха плеча

б) пассивные движения возможны

в) головка плеча пальпируется на своем месте

**г) все перечисленное имеет место**

д) плечевой отросток выступает кпереди, а клювовидный уходит в глубину

11. При обследовании больного следует обратить особое внимание на

а) положение конечности

б) позу больного

**в) возможное повреждение магистральных сосудов**

г) резкие боли при движении конечности

д) на все перечисленное

12. Перелом суставной впадины лопатки всегда сопровождается следующими симптомами, кроме:

а) гемартроз

б) резкие боли при движениях конечности

в) выраженная боль при осевой нагрузке

**г) смещение конечности книзу и кпереди**

13. Назовите сроки иммобилизации при повреждении акромиального конца ключицы со смещением

а) 2-3 недели

**б) 4-5 недель**

в) 6-7 недель

г) все перечисленное неверно

14. Назовите сроки восстановления трудоспособности при переломе акромиального конца ключицы

а) 2-3 недели

**б) 6-7 недель**

в) 4-5 недель

г) все перечисленное неверно

15. Лечение перелома клювовидного отростка со смещением включает, кроме:

а) укладка на отводящей шине

б) угол отведения должен быть 90( во фронтальной плоскости

в) угол отклонения должен быть 20( - 25(

г) применяют накожное или скелетное вытяжение

**д) лечат на клиновидной подушке**

16. Сроки иммобилизации при переломе клювовидного отростка

а) 2 недели

б) 3 недели

**в) 4 недели**

г) 5 недель

д) 6 недель

17. Сроки восстановления трудоспособности при переломах клювовидного отростка

а) 4 недели

**б) 5-7 недель**

в) 8-9 недель

г) 10-11 недель

д) все перечисленное неверно

18. Консервативное лечение перелома шейки лопатки может быть осуществлено посредством

а) одномоментного вправления с иммобилизацией плеча в отведении под углом 90 градусов

б) скелетного вытяжения на балканской раме с системой блоков

в) отводящей шины ЦИТО

**г) все перечисленное неверно**

19. Какова особенность перелома лопатки у детей?

а) наличие заметного смещения фрагментов

**б) всегда поднадкостничны и не дают смещения**

в) сопровождается выраженными болями

г) легко диагностируются

д) выраженное нарушение функции конечности

20. Что из названного не имеет отношения к лечению перелома лопатки у детей?

а) подвесить руку на косыночной повязке с валиком в подмышечной области

б) фиксация верхней конечности повязкой Дезо

в) с исчезновением болей начать ЛФК для верхней конечности

**г) наложить скелетное вытяжение за метафиз локтевой кости**

д) рано начать массаж кисти и предплечья

21. В какие сроки наступает полное сращение лопатки у детей

а) 3-4 дня

б) 5-6 дней

в) 7-8 дней

г) 9-10 дней

**д) 12-16 дней**

**26)** [**Несовершенное костеобразование**](http://cdo.krasgmu.ru/mod/quiz/view.php?id=29817)

1. По классификации несовершенное костеобразование относится

а) к хондродисплазиям

**б) к остеодисплазиям**

в) к гиперостозам

г) к костному эозинофилезу

г) все неверно

2. При несовершенном костеобразовании нарушение моделирования происходит на уровне

а) фиброзной ткани

б) хрящевой ткани

**в) костной ткани**

3. При несовершенном костеобразовании наиболее часто поражаются

**а) трубчатые кости**

б) плоские кости

в) позвоночник

г) мелкие кости кистей и стоп

4. Патологическая ткань располагается при несовершенном костеобразовании

а) во всех сегментах кости

б) в эпифизах

в) в метафизарных отделах

**г) в диафизарных отделах**

5. Рентгенологическая картина несовершенного костеобразования характеризуется всем перечисленным, кроме

**а) наличия кист**

б) генерализованного остеопороза

в) истончения кортикального слоя кости

г) преждевременного закрытия зон роста

6. Рентгенологическая картина несовершенного костеобразования характеризуется всем, кроме:

а) формирование лоозеровских зон

б) уменьшениепоперечника кости

в) исчезновением трабекулярного рисунка губчатого вещества

г) повышением прозрачности кости

**д) утолщением кортикального слоя**

7. Несовершенное костеобразование характеризуется всеми перечисленными клиническими симптомами, кроме

**а) водянки черепа**

б) перепончатого черепа

в) изменений грудной клетки (килеобразная, воронкообразная, бочкообразная)

г) синюшной окраски склер

8. Несовершенное костеобразование характеризуется

а) "янтарными" зубами

б) синюшной окраской склер

в) понижением слуха

г) деформациями конечностей

**д) всем перечисленным**

9. Изменение зубов у больных с несовершенным костеобразованием характеризуется

а) поздним появлением

б) кариозными зубами

в) крошащимися зубами

**г) "янтарными" зубами**

10. Клинические проявления изменений в костях конечностей при несовершенном костеобразовании характеризуются в первую очередь:

**а) ломкостью костей**

б) замедленной консолидацией перелома

в) сращением отломков в обычные сроки

г) наличием избыточной мозоли

д) отсутствием избыточной мозоли

11. Клинические проявления изменений в костях конечностей при несовершенном костеобразовании характеризуются всем перечисленным, кроме

а) ломкости костей

**б) отсутствия костной мозоли в зоне перелома**

в) деформации бедра (галифеобразная, саблевидная)

г) деформации голени (саблевидная, О-образная, Х-образная)

12. Первые симптомы при ранних и поздних формах несовершенного костеобразования появляются

**а) у новорожденного и в раннем детском возрасте**

б) в школьном периоде

в) в периоде полового созревания

г) у взрослых

13. К сопутствующим изменениям внутренних органов при несовершенном костеобразовании относятся

а) ателектаз легкого

**б) изменение кислотности желудочного сока (понижение, ахилия, повышение)**

в) изменения в сердечно-сосудистой системе

г) изменения в печени

14. Нарушение обменных процессов при несовершенном костеобразовании сказывается

а) на белково-углеводном обмене

б) на водно-соляном обмене

**в) на минеральном обмене**

г) на гормональном обмене

15. Дифференциальный диагноз несовершенного костеобразования проводится

а) с остеомаляцией

б) с гипофосфатазией

в) с рахитом

**г) со всем перечисленным**

д) с врожденным сифилисом

16. Консервативное лечение несовершенного костеобразования включает

а) витаминотерапию

б) гормональное лечение

в) профилактику переломов

г) соляную кислоту с пепсином внутрь

**д) все перечисленное**

17. Консервативное лечение несовершенного костеобразования включает

а) препараты фосфора, кальция

б) массаж, ЛФК

в) аппаратотерапию

г) физиотерапию

**д) все перечисленное**

18. Оперативное лечение при несовершенном костеобразовании включает все перечисленные методы, кроме

**а) операции Фрейка**

б) поднадкостничной сегментарной остеотомии и металлоостеосинтеза

в) поднадкостничной сегментарной остеотомии и аллопластики

г) компрессионно-дистракционного остеосинтеза

19. Перерождение несовершенного костеобразования в злокачественную опухоль

а) возможно

**б) невозможно**

в) сомнительно

20. Послеоперационная реабилитация больных с несовершенным костеобразованием включает все перечисленное, кроме

а) гипсовой повязки

**б) компрессионно-дистракционных аппаратов**

в) ортопедических аппаратов

г) массажа и лечебной гимнастики

д) тепловых процедур

**27) Ожоги**

1. Современная отечественная классификация ожогов отличается от известной классификации Крейбиха (1929 г.)

а) введением в нее периода "нулевой" степени

б) разными названиями степеней ожога

**в) введением в классификацию не только цифрового обозначения, но и буквенного**

г) введением в классификацию пятой степени ожога

д) включением температурного фактора

2. Клиника ожоговой болезни не включает

**а) скрытого (инкубационного) периода**

б) периода ожогового шока

в) периода ожоговой интоксикации

г) периода ожогового истощения

д) периода реконвалесценции

3. Индекс Франка, позволяющий установить и определить степень ожогового шока, является произведением

а) глубины ожога и возраста больного

б) области поражения и площади его

**в) глубины ожога и площади его**

г) температуры, вызывающей ожог, и локализации поражения

д) пола пострадавшего и его возраста

4. Один процент глубокого (III Б-IV ст.) ожога при определении индекса Франка равняется

а) единице

б) двум единицам

**в) трем единицам**

г) четырем единицам

д) пяти единицам

5. Один процент площади поверхностного (I-III А ст.) ожога при определении индекса Франка равняется

**а) единице**

б) двум единицам

в) трем единицам

г) четырем единицам

д) пяти единицам

6. Индекс Франка, равный "70", характеризует

а) отсутствие ожогового шока у пострадавшего

**б) легкий ожоговый шок**

в) тяжелый ожоговый шок

г) сверхтяжелый ожоговый шок

д) "смертельный", необратимый ожоговый шок

7. Ожоговый шок по виду относится

а) к бактериальному

б) к гиповолемическому

в) к анафилактическому

**г) к травматическому**

8. Наиболее информативны при ожоговом шоке: 1) АД, 2) ЦВД , 3) ОЦК (объем циркулирующей крови) 4) P (пульс) 5) L (лейкоцитоз)

а) верно 1, 2, 3

б) верно 2, 4

**в) верно 2, 3**

г) верно 1, 3, 5

д) верно 2, 4, 5

9. Нормальные величины объема циркулирующей крови соответственно у мужчин и у женщин составляют

а) 50 мл/кг и 45 мл/кг

б) 60 мл/кг и 50 мл/кг

**в) 75 мл/кг и 65 мл/кг**

г) 90 мл/кг и 80 мл/кг

10. Минимальный градиент в температуре кожи и центральной температуре, указывающий на нарушения микроциркуляции, составляет

а) 0.5

б) 1.0

в) 1.5

**г) более 2**

11. В первые 8 часов ожогового шока больному нужно перелить из рассчитанного на первые сутки объема жидкости

а) 1/3 часть

б) 1/2 часть

**в) 2/3 части**

г) 1/4 часть

12. Во вторые сутки ожогового шока больному следует перелить из рассчитанного на первые сутки объема жидкости

а) 1/3 часть

б) 2/3 части

в) 1/4 часть

**г) 1/2 часть**

13. Критерием перехода больного из ожогового шока в стадию острой ожоговой токсемии является

а) нормализация диуреза

**б) повышение температуры**

в) нагноение в ранах

г) тахикардия

14. Ведущими симптомами острой ожоговой токсемии являются: 1) нагноение ран, 2) бактериемия, 3) гипо- и диспротеинемия, 4) анемия, 5) выраженная интоксикация

а) верно 1, 2, 3

б) верно 2, 3, 5

в) верно 2, 3, 4

**г) верно 3, 4, 5**

д) верно 1, 4, 5

15. Уровень общего белка плазмы в стадии острой ожоговой токсемии

а) умерено снижен

б) умеренно повышен

в) близок к норме

**г) снижен значительно**

16. Наибольшее число пневмоний при ожоговой болезни приходится на период

а) шока

б) острой ожоговой токсемии

**в) ожоговой септикотоксемии**

г) реконвалесценции

17. Изменениями на ЭКГ, указывающими на токсическое поражение миокарда при ожоговой болезни, являются

а) синусовая тахикардия

б) снижение вольтажа ЭКГ

в) изменение зубцов ЭКГ

г) нарушение проводимости

**д) все перечисленное**

18. При лечении ожоговых ран используются следующие мази: 1) борная мазь, 2) левосин, 3) пропоцеум, 4) манефид, 5) диоксидиновая мазь, 6) йодопирон

а) верно 1, 2, 3, 4

б) верно 2, 3, 4, 5

в) верно 1, 3, 5, 6

г) верно 2, 4, 5, 6

**д) верно 1, 2, 5, 6**

19. Гормональные препараты содержатся в следующих аэрозолях: 1) легразоль, 2) оксикорт, 3) олазоль, 4) пантенол, 5) оксициклозоль

а) верно 1, 3, 4

**б) верно 2, 5**

в) верно 2, 4, 5

г) верно 3, 4

д) верно 1, 4, 5

20. Основными симптомами ожогов вольтовой дугой являются все перечисленные, кроме

а) меток тока

б) характерной локализации

в) металлизации кожи

**г) поражения органа зрения**

21. Для активной иммунопрофилактики синегнойной инфекции применяются

а) g-глобулин

**б) вакцины**

в) гипериммунная антисинегнойная плазма

г) правильно все

22. Для пассивной иммунотерапии синегнойной инфекции используются

**а) g - глобулин**

б) вакцины

в) пиоиммуноген

г) все неправильно

д) правильно все

23. Для активной иммунопрофилактики стафилококковой инфекции применяются

а) g-глобулин

**б) стафилококковый анатоксин**

в) антистафилококковый g-глобулин

г) все неправильно

д) правильно все

24. Для проведения аутодерматопластики пневмония является

**а) абсолютным противопоказанием**

б) относительным противопоказанием

в) не является противопоказанием

25. Противошоковую терапию больным пожилого возраста следует начинать с инфузии растворов: 1) глюкозы, 2) лактасола, 3) новокаина, 4) полиглюкина, 5) Рингера

а) верно 1, 2, 3

б) верно 2, 3, 5

**в) верно 2, 3, 4**

г) верно 1, 3, 5

д) верно 3, 4, 5

26. Противопоказанием к зондовой гипералиментации является все перечисленное, исключая

**а) нарушение всасывания в кишечнике**

б) острое кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

в) длительно непрекращающуюся диарею

г) многократную рвоту

д) повышенное артериальное давление

27. К роторному типу дерматомов относится

а) ДПЭ-100

б) ДПЭ-60

в) клеевой дерматом "Красногвардеец"

**г) электродерматом Киевского производства**

28. Неотложные декомпрессивные некротомии производятся

а) при ожогах лица

б) при ожогах в области кисти

**в) при циркулярных ожогах туловища**

г) при ожогах конечностей

д) правильно все

29. Зондовое питание может быть применено во все периоды ожоговой болезни, кроме

а) ожогового шока

б) острой ожоговой токсемии

в) ожоговой септикотоксемии

**г) реконвалесценции**

30. Целенаправленная антибиотикотерапия показана

а) больным с поверхностными ожогами

б) больным с ограниченными глубокими ожогами с профилактической целью

**в) обожженными при развитии осложнений (сепсиса, пневмонии)**

г) обожженными в периоде трансплантации кожи

д) правильно все

31. Антибиотикотерапия в лечении обожженных включают: 1) антибиотики с учетом антибиограммы, 2) смена антибиотиков ч/з 10 дней, 3) сочетание с антигрибковыми препаратами, 4) в максимальных дозах и 2-3 препаратами.

а) верно 1, 2, 4

**б) верно 1, 3, 4**

в) верно 2, 3, 4

г) верно 1, 2, 3

32. При лечении ожогового сепсиса следует соблюдать все перечисленные принципы антибиотикотерапии, исключая

а) внутривенное введение антибиотиков

б) длительность лечения должна быть не менее 4-6 недель

в) антибиотикотерапия должна проводиться под контролем посевов крови и раневого отделяемого

г) применение комбинации антибиотиков

**д) первоначальное применение больших доз пенициллина**

33. Использование аминогликозидов для лечения тяжелообожженных обусловлено всем перечисленным, исключая

а) широкий спектр антимикробного действия

**б) бактериологический механизм действия**

в) возможность подавления роста целого ряда грамотрицательных возбудителей

г) малую токсичность

34. Оптимальные сроки применения химических некролитиков у больных с обширными ожогами составляют

а) 3-4 суток после ожога

**б) 5-6 суток после ожога**

в) 7-12 суток после ожога

г) не ранее 15 суток после ожога

35. Для получения некролитического эффекта при глубоких ожогах IIIб степени требуется применение 40% салициловой мази слоем толщиной

а) в 1-2 мм

б) в 3-4 мм

в) в 5-6 мм

**г) не имеет значения**

36. Больным средневозрастной группы допустимо одномоментно накладывать 40% салициловую мазь, если площадь поверхности, занятая струпом

а) не более 3%

б) не более 5%

**в) не более 10-15%**

г) не более 20%

37. Для проведения ранней хирургической некрэктомии необходимы все перечисленные условия, кроме

а) адекватного анестезиологического обеспечения

б) восполнения кровопотери (кровь, кровозаменители, белки)

в) энтерального и парэнтерального питания

**г) строгого соблюдения асептики и антисептики**

д) артериальное давление стабильно

38. Сроки для проведения ранней некрэктомии наиболее оптимальные: 1) сразу после ожога, 2) 2-3 день после ожога, 3) 5-7 день после ожога, 4) не ранее 9 дня после ожога

а) верно 1, 2

б) верно 2, 3

в) верно 2, 4

г) верно 1, 4

**д) верно 2**

39. При ранней эксцизии некротических тканей целесообразно применение следующего вида кожных трансплантатов

**а) сетчатого трансплантата с перфорацией 1:2**

б) полнослойного кожного лоскута

в) сплошного расщепленного трансплантата

г) трансплантата аллокожи

40. Тяжелая ожоговая травма в периоде шока приводит

а) к подавлению секреторной функции желудка

б) к подавлению кислотно-продуцирующей функции желудка

**в) к подавлению моторно-эвакуаторной функции желудка**

г) все неверно

д) верно все

41. При ожоговом шоке наиболее грозным в плане неблагоприятного прогноза со стороны желудочно-кишечного тракта являются

**а) гастростаз и парез кишечника**

б) нарушение кислотообразования

в) гастроэнтерит

г) гастрит

д) правильно все

42. Специфическую профилактику эрозивно-язвенных изменений желудочно-кишечного тракта при ожоговом шоке следует осуществлять

а) при наличии язвенного анамнеза

**б) при тяжелом ожоговом шоке**

в) при легком ожоговом шоке

г) при развитии у обожженных клинической картины острой осложненной язвы

д) правильно все

43. Многократная рвота наблюдается у ожоговых больных, находящихся в состоянии

а) легкого ожогового шока

**б) тяжелого ожогового шока**

в) септикопиемии

г) рвоты не наблюдается

д) правильно все

44. Возникновение острых язв желудка и 12-перстной кишки при ожоговом шоке определяется всем перечисленным, кроме

а) действия ожоговых токсинов

б) гиперсекреции соляной кислоты

в) нарушения кровообращения желудка и 12-перстной кишки

**г) нарушения гормональной активности надпочечников**

45. Специфическая профилактика острых язв желудочно-кишечного тракта в период тяжелого ожогового шока предполагает все перечисленное, кроме

а) введения антацидов (per os или через зонд)

б) введения постоянного назогастрального зонда

**в) применения анацидных препаратов**

г) раннего зондового питания

д) введения в желудок раствора 4% соды по 50 мл через день

46. Эрозивно-язвенные изменения стенки пищевода у тяжелообожженных в периоде ожогового шока наступают в результате всего перечисленного, исключая

а) расстройство микроциркуляции в указанной области

б) рефлюкс-эзофагит

в) повышенную кислотность желудочного сока

**г) введение зонда для декомпрессии желудка**

47. Причинами нарушения функции печени при ожоговом шоке является все перечисленное, кроме

а) циркуляторной и тканевой гипоксии

б) нарушения кровообращения

**в) интоксикации**

г) гемолиза

48. Нарушение функции печени у тяжелообожженных в периоде ожоговой токсемии показывают следующие данные лабораторных исследований

а) повышение активности трансаминаз

б) билирубинемия

**в) диспротеинемия**

г) гипопротромбинемия

д) правильно все

49. Причинами раннего гепатита у обожженных могут быть все перечисленные, кроме

**а) дистрофических изменений печени**

б) продолжающегося гемолиза

в) глубоких обширных ожогов

г) неадекватности противошоковой терапии

50. Клиника желудочно-кишечного кровотечения у обожженных определяется всем перечисленным, кроме

а) интенсивности кровопотери

б) локализации кровотечения

в) состояния больного перед кровотечением

г) источника (морфологический субстрат) кровотечения

**д) состояния функции поджелудочной железы**

51. При декомпенсированной кровопотере вследствие профузного желудочного кровотечения у тяжелообожженных восполнение объема крови должно быть

а) не менее 1/3 переливаемого объема жидкости

б) не менее 1/2 переливаемого объема жидкости

в) не менее 2/3 переливаемого объема жидкости

**г) не более 1/3 переливаемого объема жидкости**

52. Ожог лица обычно не сопровождается

а) поражением глаз

б) ожогом дыхательных путей

в) развитием острых психозов

**г) поражением слуха**

53. Абсолютными показаниями к ампутации конечности или сегментов ее являются

**а) гангрена конечности**

б) сдавление циркулярным струпом

в) острый гнойный артрит крупных суставов

г) отсутствие активных движений

д) правильно все

54. Из перечисленных препаратов коллаген входит в состав: 1) альгипора, 2) ТИК (тканевой имитатор кожи), 3) комбутека, 4) софра-тюль, 5) пластодерма

а) верно 1, 2, 3

б) верно 2, 3, 5

**в) верно 3, 4**

г) верно 1, 2, 4

д) верно 2, 3, 4, 5

55. Применение только закрытого (повязочного) метода лечения обожженных показано во всех перечисленных случаях, кроме

а) лечения в амбулаторных условиях

**б) обширных ожогов**

в) транспортировки больных

г) массовых поражений

56. Из перечисленных препаратов для местного лечения не действует на синегнойную палочку

а) борная кислота

**б) мазь Вишневского**

в) мафенид

г) йодопирон

д) сульфадивазин серебра

57. Современная классификация ожогов принята

а) на XIV съезде Российских хирургов в 1916 году

**б) на XXVII Всесоюзном съезде хирургов в 1962 году**

в) на I Всероссийской конференции по ожогам

г) на V Всесоюзном съезде травматологов-ортопедов в 1938 году

д) на I Всесоюзном съезде травматологов-ортопедов в 1962 году

58. Авторами современной классификации ожогов являются

а) С.С.Юдин и Б.А.Петров

б) М.В.Волков и В.Д.Чаклин

в) А.В.Каплан и В.М.Лирцман

**г) А.А.Вишневский, М.И.Шрайбер и Г.Д.Вилявин**

д) Р.Уотсон-Джонс

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

а) верно все

б) верно все, кроме 4

**в) верно все, кроме 1, 3, 5**

г) верно все, кроме 3, 5

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

**а) околопочечная**

б) вагосимпатическая

в) поясничного сплетения

г) внутрикостная регионарная

**28) Оперативное лечение переломов**

1. Пунктами предоперационного эпикриза по Н.Н. Петрову в модификации кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ КрасГМА являются:

а) Мотивированный диагноз

б) Название операции и ее варианты

в) Вид обезболивания, обеспечение операции, возможные осложнения

г) Оператор и ассистенты

д) Письменное согласие пациента на операцию

**е) Все перечисленное**

2. Виды анестезии, применяемые при операциях на опорно - двигательном аппарате:

а) Инфильтрационная

б) Внутрикостная

в) Внутривенная

г) Проводниковая

д) Перидуральная

**е) Все перечисленное**

3. Виды погружного остеосинтеза:

а) Спицами

**б) Накостный**

в) АВФ

г) Компрессионно-дистракционный

д) Скелетное вытяжение

4. При интрамедуллярном остеосинтезе применяются:

а) Накостные пластинки

**б) Спицы, стержни**

в) Стержни

г) Винты

д) Шурупы

5. Особенностью металлоконструкций с термо-механической памятью является:

**а) Приобретение первоначальной формы после имплантации под воздействием температуры тела**

б) Компрессирующее воздействие на фрагменты

в) Дистрагирующее воздействие на фрагменты

г) Репонирующее воздействие на фрагменты

д) Стабильный остеосинтез

**29) Осложненные переломы**

1. Оптимальным методом лечения неправильно сросшегося перелома костей голени является

а) повторная репозиция, наложение гипсовой повязки

б) скелетное вытяжение

в) остеотомия малоберцовой кости, корригирующая остеотомия большеберцовой кости с остеосинтезом в правильном положении

г) остеотомия малоберцовой кости, гипсовая повязка

**д) остеотомия малоберцовой кости, корригирующая остеотомия большеберцовой кости с наложением компрессионно-дистракционного аппарата**

2. Устранение ложного сустава включает все перечисленное, кроме

а) операции Бека, резекции концов ложного сустава

б) костнопластической операции по Хахутову-Ольби

в) корригирующей остеотомии с формированием скользящего трансплантата и постепенного перекрытия им ложного сустава с помощью аппарата Илизарова

г) пластики ложного сустава иди дефекта костным трансплантатом на сосудистой ножке с использованием компрессионно-дистракционного аппарата

**д) операции "обходного" полисиностоза**

3. Лечение остеомиелита костей голени включает перечисленное:

а) резекцию остеомиелитического очага, секвестроэктомию

б) проточное промывание и длительное дренирование, в том числе применение трансмембранного раневого диализа

в) местное применение в составе диализата антибиотиков, антисептиков

г) стабильную фиксацию в компресссионно - дистракционном аппарате

**д) все правильно**

4. Основными осложнениями при лечении закрытых и открытых переломов являются

а) неправильное сращение

б) несращение

в) ложные суставы

г) травматические остеомиелиты

**д) все вышеупомянутые**

5. Причинами псевдоартрозов при консервативном лечении переломов являются

а) отсутствие или неполная репозиция фрагментов

б) недостаточная и часто меняющаяся фиксация

в) интерпозиция между отломками

г) несоблюдение сроков фиксации

**д) все вышеперечисленное**

6. Причинами псевдоартроза при оперативном лечении переломов являются

а) необоснованные показания к операции

б) неадекватный выбор метода остеосинтеза

в) нарушение техники остеосинтеза

г) инфекционные осложнения

**д) все вышеперечисленное**

7. Псевдоартрозу предшествуют

а) свежий перелом

б) замедленное костеобразование

**в) несросшийся перелом**

г) чрезмерное костеобразование

д) первичное сращение

8. Рентгенологический диагноз ложного сустава устанавливается на основании

а) остеопороза отломков

б) закрытия костно-мозгового канала

в) формирования суставных поверхностей

г) гипертрофии костной мозоли

**д) всего вышеперечисленного**

9. Для лечения ложных суставов костей наиболее целесообразно применить:

а) костную пластику

б) внутрикостный остеосинтез

**в) компрессионно-дикстрационный остеосинтез**

г) бальнеотерапию

д) эндопротезирование

10. Приобретенные костные дефекты могут образоваться вследствие

а) огнестрельных ранений

б) открытых переломов

в) оперативного лечения закрытых переломов

г) лучевой терапии

**д) всего вышеперечисленного**

11. При лечении больных с костными дефектами применяются

а) костная пластика

б) кожно-костная аутопластика на сосудистой ножке

в) операция Гана

г) операция Илизарова

**д) все перечисленное**

12. "Болтающиеся суставы" характеризуются

а) ложным суставом с потерей костного вещества

б) истончением и изменением концов костных фрагментов

в) афункциональностью конечности

**г) всем перечисленным**

13. Перелом заживает посредством

а) процесса воспаления

**б) образования костной ткани делением периостальных клеток**

в) образования кости из организовавшегося кровяного сгустка

г) посредством стимуляции костной ткани какими-то еще неизвестными механизмами

д) правильно все

14. К переломам, сопоставленным, но медленно срастающимся и часто не срастающимся, относятся

а) проксимальный отдел плеча

б) межвертельный перелом бедра

**в) внутрисуставной перелом шейки бедра**

г) граница средней трети и нижней трети большеберцовой кости

д) медиальный мыщелок б/б кости

**30) Отморожения**

1. Классификация В.П. Котельникова при отморожении оценивает

а) состояние тканей в дореактивном периоде

б) состояние тканей в реактивном периоде

в) длительность однократного и частоту повторного действия холода

**г) все перечисленное**

2. По классификации Т.Я.Арьева местные проявления отморожения делятся

а) на 2 степени

б) на 3 степени

**в) на 4 степени**

г) на 5 степеней

д) на 6 степеней

3. Признаки токсемии при отморожении в результате согревания появляются

а) при отморожении 1-2 степени

б) при обширном отморожении 2 степени

**в) при отморожении 3-4 степени**

г) верно все

4. Среди поражений холодом различают

а) замерзание

б) отморожение

в) ознобление

г) холодовый нейроваскулит

**д) все перечисленное**

5. Общепринятой классификацией при поражении холодом является

а) Гирголова С.С.

б) Герасименко Н.И.

в) Котельникова В.П.

**г) Арьева Т.Я.**

д) Орлова Т.А.

6. Острые поражения холодом - это

а) отморожения при температуре, близкой к нулю

б) отморожения при температуре ниже 30 градусов

**в) контактные отморожения**

г) замерзание

д) все перечисленное

7. Оледенение тканей наступает при снижении внутритканевой температуры

а) до 2 градусов C

б) до 8 градусов C

**в) до 30 градусов C**

г) до 50 градусов C

д) до 60 градусов C

8. Отморожение может наступить при температуре выше нуля градусов при условии

а) ветреной погоды

б) сырости

в) сдавливающей одежды

г) хронических сосудистых поражений

**д) всего перечисленного**

9. Кроме острого воздействия холода, могут быть хронические поражения холодом.

а) оледенение

**б) "траншейная" стопа**

в) переохлаждение

г) все перечисленное

10. Озноблению при температуре, близкой к нулю, будет способствовать все перечисленное, кроме

**а) возраста пострадавшего**

б) алкогольного опьянения

в) плохой одежды (легкая, не защищающая)

г) снижения общей и местной сопротивляемости

д) влажности окружающей среды

11. Основным фактором, понижающим местную сопротивляемость тканей и приводящим к развитию холодового нейроваскулита, является

а) контакт с очень холодным предметом

**б) тесная обувь или одежда**

в) нахождение в ледяной воде

г) длительное пребывание во влажной среде с температурой выше нуля до +10(-12( C

д) правильно все

12. Наиболее часто холодом бывают поражены

а) грудная клетка

б) лицо

в) ягодицы

г) живот

**д) конечности (кисть, стопа)**

13. При обморожении общепринято выявлять

а) период ранних реакций

**б) реактивный период**

в) период разгара

г) все неправильно

д) правильно все

14. К клиническим симптомам дореактивного периода относятся все перечисленные, кроме

а) бледности, цианоза

**б) гиперемии и боли**

в) анемии

г) похолодания

15. Признаками реактивного периода являются

а) боль

б) отек и пузыри

в) нарушение чувствительности

**г) все перечисленное**

16. Изменения системного и органного кровообращения наступают при отморожении

а) 1 степени

б) 2 степени

в) 3 степени

г) 4 степени

**д) любой из перечисленных**

17. Местная холодовая травма вызывает все перечисленное, кроме

а) снижения кровообращения в конечности

**б) повышения тонуса сосудов в поврежденной конечности**

в) снижения тонуса сосудов

г) понижения эластичности сосудистой стенки

18. Тепло ускоряет свертываемость крови, а холод замедляет ее, но криотравма меняет состояние свертывающей системы

**а) увеличения количества фибриногена**

б) уменьшения количества фибриногена

в) уменьшения толерантности плазмы к гепарину

г) все не правильно

19. Теплоизолирующая повязка - это

а) марлевая повязка, смоченная спиртом

б) ватно-марлевая повязка с фурацилином

в) ватно-марлевая повязка с вазелиновым маслом

**г) стерильная ватно-марлевая повязка с полиэтиленовым или резиновым чехлом**

д) стерильная ватно-марлевая повязка

20. Форсированное согревание допускает отморожение, достигающее

а) оледенение тканей

**б) 4 степени**

в) 3 степени

г) 1 и 2 степени

21. При тяжелых степенях отморожения омертвение тканей наступает

а) на 1-е сутки

б) на 2-е сутки

в) на 3-е сутки

г) на 4-е сутки

**д) на 5-е сутки**

22. Консервативное лечение при обморожении имеет задачи

а) восстановления температуры тканей

б) восстановления кровообращения

в) борьбы с шоком и интоксикацией

г) профилактики инфекции

**д) все перечисленное**

23. Оказание первой помощи в дореактивном периоде включает

а) быстрое согревание, растирание снегом

б) форсированное согревание отмороженной конечности в ванне с температурой воды 40(

в) форсированное согревание, включив согревающие лампы или фен

г) обработку спиртом

**д) обработку спиртом с последующим наложением теплоизолирующей повязки**

24. Фасциотомию следует выполнить

а) сразу при поступлении в дореактивный период

б) на 1-е сутки реактивного периода

в) на 2-е сутки реактивного периода

г) на 3-е сутки реактивного периода

**д) на 4-е сутки реактивного периода**

25. В реактивном периоде некротомию следует выполнить

а) на 1-е сутки

б) на 3-и сутки

в) на 5-6-е сутки

г) на 8-10-е сутки

**д) на 14-15-е сутки**

26. Изменения системного и органного кровообращения наступают при отморожении

а) 1 степени

б) 2 степени

**в) 3-4 степени**

г) 4 степени

д) правильно все

27. Преимуществами местной анестезии при фасциотомии, некротомии, первичной хирургической обработки и ампутации являются

а) доступность широкому кругу хирургов

б) малые материально-технические затраты

в) местное обезболивание поврежденных тканей, что благоприятно влияет на течение послеоперационного периода

**г) уменьшение числа осложнений, чем при других видах обезболивания**

д) все перечисленное

28. Фасциотомию, некрэктомию, первичную ампутацию и некротомию можно произвести

а) под внутривенной регионарной анестезией

б) под внутрикостной регионарной анестезией

в) под внутрикостной пролонгированной, антикоагуляционной анестезией

г) под инфильтрационной и футлярной анестезией по Вишневскому

**д) под всеми перечисленными видами анестезии**

29. Ампутация и экзартикуляция после отморожений могут быть при всех перечисленных ПХО, кроме

а) первичных

б) вторичных

в) поздних

**г) отсроченных**

30. Первичная ампутация при глубоком и обширном отморожении проводится

а) сразу при поступлении в дореактивном периоде

б) в первые часы реактивного периода

в) в первые сутки реактивного периода

г) на 4-5 сутки реактивного периода

**д) через 3-4 недели в реактивном периоде**

31. Протезирование культи после отморожения предусматривает

а) изготовление постоянного протеза сразу после ампутации на операционном столе

**б) изготовление временного гипсового культеприемника на операционном столе**

в) замену приемной части культи в протезе, сделанном в первые 2.5-3 недели

г) применение временных тренировочных протезов

32. Операция симпатэктомии при отморожении рук сводится к удалению

**а) 2-го и 3-го узлов на стороне поражения**

б) 1-го узла на противоположной стороне

в) 2-го и 3-го узлов на противоположной стороне

г) 2-го и 3-го узлов с обеих сторон

33. Из перечисленных поздних осложнений отморожений наиболее часто встречаются

а) сепсис

б) остеомиелит

в) лимфаденит

г) флегмона

**д) артрит**

34. Установив диагноз флегмоны при отморожении, следует

а) проводить консервативную антибактериальную терапию

б) ограничиться иммобилизацией

в) пунктировать ее

**г) провести операцию вскрытия**

д) сделать новокаиновую блокаду

**31) Паралич Эрба**

1. При верхнем родовом параличе Дюшенна-Эрба имеет место

а) отсутствие движения в пальцах кисти

**б) внутренняя ротация и приведения плеча при наличии движений в пальцах кисти**

в) полное отсутствие движений в пораженной конечности

г) односторонний спастический гемипарез

д) отсутствие движений в пальцах кисти при сохраненных движениях в плечевом суставе

2. Наиболее частой локализацией родового эпифизеолиза является

а) проксимальный эпифиз плечевой кости

б) дистальный эпифиз плечевой кости

**в) проксимальный эпифиз бедренной кости**

г) дистальный эпифиз бедренной кости

д) проксимальный эпифиз большой берцовой кости

3. Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родового эпифизеолиза дистального конца плечевой кости, является

а) деструкция метафиза плечевой кости

б) наличие видимого костного отломка

**в) нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья**

г) видимая костная мозоль

д) луковичный периостит

4. Рациональная лечебная тактика при родовом эпифизеолизе головки бедренной кости в первые часы после рождения включает

а) открытое вправление

б) вытяжение по Шеде

в) вытяжение по Блаунту

г) закрытое вправление

**д) закрытое вправление с последующим вытяжением на горизонтальной плоскости с отведением и внутренней ротацией поврежденной ножки**

5. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает

а) открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией

б) одномоментую закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией

в) вытяжение по Шеде

**г) вытяжение по Блаунту**

д) не требуется лечения

6. Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы без существенного смещения отломков, является

а) гематома в области плечевого сустава

б) крепитация отломков

в) гемипарез

**г) беспричинный плач и реакция на болевое ощущение при пеленании**

д) нарушение кровообращения

7. Рациональным методом лечения при родовом повреждении плечевой кости в средней трети является

**а) фиксация ручки к туловищу ребенка**

б) лейкопластырное вытяжение

в) гипсовая повязка

г) повязка Дезо

д) торакобронхиальная гипсовая повязка с отведением плеча 90 градусов и сгибанием предплечья в локтевом суставе 90 градусов

8. При параличе Клюмпке имеет место

а) отсутствие движений в пальцах кисти

б) внутренняя ротация и приведение плеча при наличии движений в пальцах кисти

в) полное отсутствие движения в пораженной конечности

г) односторонний спастический гемипарез

**д) отсутствие движений в пальцах кисти при сохранении движений в плечевом суставе**

9. Оптимальное положение ручки при лечении паралича Дюшенна-Эрба

а) прибинтовать руку к туловищу

б) наложить повязку Дезо

**в) фиксировать руку в положении отведения плеча под углом 90 градусов с наружной ротацией**

г) фиксация не обязательна

д) фиксация при запрокидывании руки за спину

**32) Патологические переломы**

1. "Усталостные" переломы, переломы от перенапряжения, ползучие переломы, стрессовые переломы - это

а) различные нозологические формы

б) патологические состояния различных участков костной ткани в различных сегментах конечностей и туловища

**в) различные названия одного и того же патологического состояния**

г) повреждения костной ткани травматической этиологии

д) заболевание костной ткани обменного характера

2. Наиболее правильно и всесторонне объясняет причины возникновения патологической функциональной перестройки костной ткани

а) воспалительно-эмболическая теория происхождения

б) теория суммирования микропереломов

в) сосудистый генез перестроечного процесса (нарушение микроциркуляции) - врожденные сосудистые аномалии

г) результат нарушения костно-мышечного равновесия

**д) совокупность всех перечисленных факторов**

3. При патологической перестройке костной ткани основные жалобы больного на боли

**а) разлитого характера в определенном сегменте конечности, возникшие без видимой причины**

б) возникшие после конкретной травмы того или иного сегмента конечности

в) возникшие после воспалительного или простудного заболевания

г) которые появляются после интенсивной и продолжительной физической нагрузки и исчезающие в период отдыха

4. Основными клиническими признаками при патологической функциональной перестройке костной ткани являются

**а) припухлость ограниченного или разлитого характера в соответствующем сегменте конечности**

б) деформация конечности

в) патологическая подвижность

г) укорочение конечности

д) хруст костных отломков, крипитация

5. При патологической функциональной перестройке костной ткани в начальном периоде рентгенологическая картина характеризуется

а) отсутствием изменений (рентгенонегативный период)

б) грубыми изменениями костной ткани в виде надломов, кортикальных надломов

**в) наличием линии перелома кости без смещения отломков**

г) наличием пятнистого остеопороза в зоне нагрузки кости

6. В позднем периоде патологической функциональной перестройке костной ткани рентгенологически определяется

а) перелом кости без смещения отломков

**б) локальный или распространенный гиперостоз, спикулообразные разрастания в виде "бахромчатости", лакунарная тень в виде зоны Лоозера**

в) грубые изменения костной ткани в зоне поражения в виде пятнистого остеопороза

7. Морфологические изменения костной ткани при функциональных перестроечных процессах в ранние сроки характеризуются

а) повышением количества остеобластов, утолщением костных балок, отсутствием пролиферативного процесса в периосте

**б) резорбцией кортикального слоя, расширением гаверсовых каналов, появлением остеокластов, образованием полостей, гибелью остеоцитов**

в) и тем, и другим

г) ни тем, ни другим

8. Морфологические изменения костной ткани при функциональных перестроечных процессах в поздние сроки характеризуются

а) тотальным утолщением трабекул, уменьшением количества капилляров, увеличением коллагеновых волокон

б) морфологической картиной нормальной костной ткани

**в) микропереломами трабекул разного срока давности, рассасыванием отдельных из них, пролиферативным процессом в периосте, набуханием коллагеновых волокон, увеличением количества капилляров**

9. При патологической функциональной перестройке костной ткани метод исследования с введением радиофармпрепарата

а) неинформативен, потому что не происходит накопления радиофармпрепаратов в зоне повреждения костной ткани

**б) значительные изменения, невидимые на рентгенограммах, отчетливо выделяются в виде фокального накопления радиофармпрепарата в зоне перестройки костной ткани**

в) данная методика является методом выбора, так как накопление радиофармпрепарата происходит только при наличии грубых изменений костной ткани

10. При патологической функцио-нальной перестройке костной ткани

а) клиника достаточно специфична и нет необходимости дифференцировать с другими заболеваниями и травмами костной ткани

**б) необходимо дифференцировать с гематогенным остеомиелитом, системным заболеванием костной ткани, остеоидной остеомой**

в) необходимо дифференцировать с сифилитическим и туберкулезным поражением костей

11. Использование ангиографии у пациентов с патологической функциональной перестройкой костной ткани

**а) целесообразно, потому что эта методика позволяет выявить характерные особенности сосудистой сети при данной патологии**

б) нецелесообразно, так как изображение сосудистой сети неспецифично при данной патологии

в) является методом выбора и не всегда помогает выявить сосудистые изменения, характерные для патологической функциональной перестройки костной ткани

12. Ангиографическое исследование при патологической функциональной перестройке костной ткани

а) выявляет неполноценность артериальной сети в виде сужения или полного отсутствия артериальных ветвей.

б) выявляет большое количество дополнительных артериальных веточек, отходящих от магистрального ствола в зоне перестройки костной ткани.

**в) не выявляет характерных изменений**

13. Основной принцип лечения при патологической функциональной перестройке костной ткани предусматривает

а) создание условий повышения репаративной регенерации кости

**б) устранение перегрузок, которые явились причиной возникновения данного заболевания**

в) создание условий повышения кровоснабжения костной ткани

14. При наличии патологической перестройки длинных трубчатых костей в виде распространенного гиперостоза кортикального слоя показана

а) теномиофасциотомия окружающих мышц с отсечением от места прикрепления к костному гребню, что способствует снятию напряжения на периост и декомпрессии мышечного футляра

**б) тоннелизация кости по Беку**

в) накостный остеосинтез пластиной

г) декортикация области перестройки костной ткани

15. Методика оперативного лечения при патологической функциональной перестройке костной ткани в виде зоны Лоозера или перелома кортикального слоя предусматривает

а) остеоперфорацию по Беку

**б) внеочаговый остеосинтез**

в) накостный остеосинтез компрессирующей пластиной

г) правильно все

**33) Перелом вертлужной впадины**

1. Какое повреждение таза отнесете к перелому вертлужной впадины?

**а) центральный вывих бедра**

б) повреждение горизонтальной ветви лонной кости в медиальной трети

в) повреждение седалищной кости в зоне седалищного бугра

г) пресакральный вертикальный перелом таза

д) перелом основания крыла подвздошной кости

2. Для центрального вывиха бедра характерен следующий клинико-рентгенологический признак:

а) перелом дна вертлужной впадины без нарушения соотношения суставных концов

б) перелом основания горизонтальной ветви лонной кости

**в) протрузия головки бедра в малый таз через дефект дна вертлужной впадины**

г) перелом заднего края вертлужной впадины с подвывихом бедра

д) смещение головки бедра в проекцию запирательного отверстия

3. При центральном вывихе бедра необходимо выполнить все манипуляции, кроме:

а) внутритазовая блокада по Школьникову-Селиванову

б) наложить вытяжение по оси шейки бедра (за большой вертел)

в) наложить вытяжение по оси бедра (за надмыщелки бедра)

**г) выполнить одномоментное вправление бедра**

д) уложить конечность на стандартную шину в положение легкого сгибания 150-160 градусов и приведения

4. Найдите ошибку в методике консервативного вправления центрального вывиха бедра

а) Наложить двойное скелетное вытяжение (за большой вертел и надмыщелки бедра)

б) Выполнить внутритазовую блокаду

**в) Наложить груз по оси шейки бедра 8 кг до устранения вывиха головки бедра**

г) По оси шейки бедра увеличивать груз постепенно от 5-6 кг до 8-10 кг (до устранения смещения головки)

д) После устранения вывиха оставте груз по оси шейки бедра 3-4 кг, по оси диафиза бедра - 5-6 кг

5. Что является показанием к оперативному лечению перелома вертлужной впадины?

а) Перелом дна вертлужной впадины

**б) Невправленный центральный вывих бедра**

в) Перелом края вертлужной впадины без нарушения стабильности сустава

г) Перелом вертлужной впадины без смещения отломков

д) Вправленный центральный вывих бедра

6. Что в первую очередь определяет благоприятное течение перелома вертлужной впадины?

а) Иммобилизация гипсовой повязкой

б) Ранняя ЛФК

в) Физиолечение

**г) Длительная осевая разгрузка сустава с сохранением его функции**

д) Скелетное вытяжение

7. Лечение краевых переломов вертлужной впадины со смещением отломков и вывихом бедра (передним, задним) включает все, кроме:

а) Вправление скелетным вытяжением за надмыщелки бедра

б) Одномоментное вправление под наркозом

в) Контроль устойчивости головки в суставе после вправления (снять тракцию, выполнить пассивные движения)

г) Разгрузка сустава скелетным вытяжеием (6-7 кг на 10-12 недель)

**д) Ранняя осевая нагрузка (через 6-7 недель)**

8. Наиболее целесообразный метод и средство лечения перелома вертлужной впадины с точки зрения ранней реабилитации:

а) Скелетное вытяжение 4-6 недель с началом дозированной нагрузки через 8-10 недель, восстановлением трудоспособности через 5-7 месяцев

б) Оперативное лечение с последующим послеоперационным скелетным вытяжением 10-12 недель, восстановлением трудоспособности через 5-6 месяцев

**в) Разгрузка сустава эндоаппаратом с дозированной нагрузкой на сустав через 4-6 недель и восстановлением трудоспособности через 3-4 месяца**

г) Скелетное вытяжение 4-6 недель с последующей гипсовой иммобилизацией до 8-10 недель

д) Гипсовая иммобилизация на 12-14 недель непосредственно после одномоментного вправления

**34) Травма детского возраста**

1. К открытой черепно-мозговой травме у детей относятся

а) перелом основания черепа без повреждения мягких тканей

**б) перелом свода черепа с ранением мягких тканей**

в) перелом лобной кости с наличием раны в теменной области

г) перелом теменной кости с наличием раны в лобной области

д) ушиб мягких тканей головы

2. К черепно-мозговой травме с характерным светлым промежутком относится

а) коммоционный синдром

б) подоболочечное кровоизлияние

в) ушиб головного мозга

г) родовая черепно-мозговая травма

**д) внутричерепная гематома**

3. При односторонней эпи- или субдуральной гематоме имеет место следующий симптомокомплекс:

а) кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия

б) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки

**в) "светлый промежуток", гомолатеральное расширение зрачка, контратеральные признаки пирамидной недостаточности**

г) общемозговая симптоматика, повышение температуры

д) тетраплегия, ясное сознание

4. Из видов вдавленных переломов свода черепа для детей до 5 лет характерен

а) неполный перелом

б) импрессионный перелом

в) депрессивный перелом

г) дырчатый перелом

**д) перелом по типу целлулоидного мяча**

5. Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является

а) потеря сознания

б) очаговая неврологическая симптоматика

в) многократная рвота

**г) ото-рино-ликворея**

д) кровотечение из носа и уха

6. Типичный механизм возникновения перелома лопатки у детей

**а) прямой удар в области спины**

б) падение на отведенную руку

в) падение на приведенную руку

г) формированные вращательные движения рук в плечевом суставе

д) падение на спину в максимальном сгибании позвоночника

7. Оптимальным методом лечения поднадкостничного перелома лопатки является

**а) повязка Дезо**

б) открытая репозиция, повязка Дезо

в) закрытая репозиция, повязка Дезо

г) пункция гематомы с целью ее удаления, фиксирующая повязка

д) не требует лечения

8. Оптимальной фиксирующей повязкой при переломе ключицы у ребенка до 1 года в средней трети является

**а) повязка Дезо**

б) торакобрахиальная повязка

в) гипсовая 8-образная повязка

г) костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому - Карпенко

д) фиксация не требуется

9. При вывихе плечевой кости наиболее вероятный механизм травмы

**а) падение на локоть (или кисть) приведенной или отведенной руки**

б) прямой удар в среднюю треть предплечья

в) резкий рывок за руку

г) падение на бок при приведенной руке

д) ротация туловища при поднятой вверх и фиксированной руке

10. Наиболее частыми видами повреждений верхнего конца плечевой кости у детей являются

а) надбугорковый

б) черезбугорковый

в) подбугорковый

г) перелом хирургической шейки

**д) остеоэпифизеолиз**

11. При закрытом поперечном переломе диафиза плечевой кости в средней трети оптимальная тактика включает

**а) репозицию и фиксацию гипсовой лонгетой**

б) репозицию и фиксацию двумя перекрещивающимися спицами

в) репозицию и фиксацию на отводящей шине

г) скелетное вытяжение

д) репозицию и фиксацию стержневым аппаратом

12. Закрытую репозицию надмыщелкового перелома плечевой кости у детей начинают

а) с устранения ротационного смещения

б) со смещения по ширине

**в) со смещения по длине**

г) с углового смещения

д) со смещения по ширине и длине

13. Показания к оперативному лечению чаще всего возникают

**а) при внутрисуставных повреждениях плечевой кости**

б) при метафизарных повреждениях плечевой кости

в) при метадиафизарных повреждениях плечевой кости

г) при диафизарных повреждениях плечевой кости

д) оперативное лечение противопоказано на всех уровнях

14. При отрывном переломе внутреннего надмыщелка плечевой кости у ребенка 12-14 лет наиболее предпочтительна фиксация отломков

а) одной спицей

б) двумя спицами

в) спицей с боковой компрессией

г) костным швом

**д) шило-шурупом Тер-Егиазарова**

15. Из перечисленных нервов страдает чаще других при отрывном переломе внутреннего надмыщелка плечевой кости

**а) локтевой**

б) срединный

в) лучевой

г) мышечно-кожный

16. Полный изолированный вывих головки лучевой кости характерен в возрастной группе

а) новорожденных

б) до 1 года

**в) от 1 до 3 лет**

г) от 3 до 5 лет

д) от 5 до 12 лет

17. Переломо-вывих Монтеджа - это

а) вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой

б) вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети

в) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья

г) вывих локтевой кости и перелом лучевой кости

**д) вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке**

18. Вывих Галеацци - это

а) вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом луча верхней трети на другой

б) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка

**в) перелом луча в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке**

г) вывих кисти с переломом лучевой кости в средней трети

д) вывих головки луча в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети

19. Абсолютными показаниями к оперативному лечению перелома костей предплечья являются

а) перелом лучевой кости в средней трети с полным смещением

б) перелом локтевой кости в средней трети с полным смещением

в) перелом 2 костей предплечья в средней трети с полным смещением

г) перелом 2 костей предплечья в средней трети

**д) перелом костей предплечья с явлениями нарушения кровообращения в поврежденной конечности**

20. При повреждении лучевой кости преждевременное закрытие зоны роста и развитие деформации верхней конечности наиболее вероятно в случае

**а) эпифизеолиза дистального эпифиза луча со значительным смещением по ширине**

б) проксимального перелома эпифиза

в) остеоэпифизеолиза со смещением

г) эпифизеолиза со смещением

д) сдавления ростковой зоны без существенного смещения эпифиза

21. При ранении основной фаланги пальца с повреждением обоих сухожилий сгибателей и пальцевого нерва лечебная тактика включает

а) первичный шов обоих сухожилий и нерва

б) операцию отложить до полного заживления кожной раны

в) первичный шов обоих сухожилий, шов нерва отложить

**г) первичный шов сухожилия глубокого сгибателя и нерва, поверхностное сухожилие иссечь**

д) первичный шов поверхностного сгибателя и нерва, концы глубокого сгибателя иссечь

22. Оптимальным вариантом положения пальца кисти, фиксированного в гипсе, после успешной репозиции перелома средней или основной фаланги пальцев кисти будет

а) положение максимального сгибания

б) положение максимального разгибания

**в) средне-физиологическое положение**

г) положение "писчего пера"

д) положение сгибания ногтевой фаланги под углом 90 градусов

23. Методом лечения при остром вывихе надколенника у детей является

а) вправление, пункция сустава, моделированная гипсовая лонгета

**б) вправление, гипсовая лонгета**

в) открытое вправление, стабилизирующие оперативно-технические процедуры

г) закрытое вправление без иммобилизации

24. При проникающем ранении коленного сустава пострадавшему следует произвести

а) ушивание раны, наложение гипсовой повязки

б) ревизию раны, первичную хирургическую обработку, иммобилизацию

**в) рентгеновский снимок сустава, ревизию раны, удаление инородных тел, промывание полости антибиотиками, ушивание раны, наложение гипсовой повязки**

г) ревизию раны, удаление инородных тел, дренирование

д) артротомию с ревизией коленного сустава

25. Оптимальным оперативным пособием при оскольчатом переломе надколенника является

**а) наложение кругового лавсанового шва**

б) удаление надколенника

в) фиксация спицами

г) фиксация шурупом

д) фиксация проволокой

26. При разрыве передней крестообразной связки коленного сустава характерным является

а) блокада коленного сустава

**б) симптом "выдвижного ящика"**

в) сгибательная контрактура в коленном суставе

г) симптом "прилипшей пятки"

27. Повреждением проксимального конца большеберцовой кости у детей, эквивалентным передней крестообразной связке у взрослых, является

**а) отрыв мыщелкового возвышения**

б) отрыв бугристости большеберцовой кости

в) фронтальный перелом проксимального эпифиза большеберцовой кости

г) сагиттальный перелом эпифиза большеберцовой кости

д) боковой отрыв костно-хрящевого фрагмента от эпифиза большеберцовой кости

28. Оптимальный вариант лечебной тактики при внутрисуставных повреждениях костей голени со смещением у детей включает

а) открытую репозицию

**б) открытую репозицию и остеосинтез**

в) аппаратное лечение

г) скелетное вытяжение

д) ревизию, гипсовую иммобилизацию

29. Абсолютные показания к оперативному лечению при переломах костей голени:

**а) внутрисуставных переломов со смещением при неудачной попытке закрытой репозиции**

б) диафизарных переломов костей голени

в) метафизарных переломов костей с угловым смещением

г) закрытых переломов с полным смещением

д) всех видов переломов со смещением отломков

30. Оптимальным методом фиксации при закрытом поперечном переломе костей голени в средней трети является

а) скелетное вытяжение

**б) аппарат Илизарова**

в) аппарат Волкова-Оганесяна

г) гипсовая лонгета

д) стержневой аппарат

31. У ребенка компрессионно-оскольчатый перелом пяточной кости. Угол Белера (таранно-пяточный) равен 20-25 градусов , высотный индекс пятки 0.55-0.6. Ребенку не следует:

а) проводить скелетное вытяжение за пяточный бугор по оси голени

б) накладывать аппарат для компрессионно-дистракционного остеосинтеза

**в) выполнять открытую репозицию и фиксацию фрагментов пяточной кости металлическими конструкциями**

г) проводить скелетное вытяжение в двух взаимно перпендикулярных плоскостях (по оси голени и по оси стопы - по А.В.Каплану)

д) производить одномоментную закрытую репозицию, фиксируя фрагменты металлическими спицами и накладывая моделированную гипсовую повязку

32. Для ротационного подвывиха I шейного позвонка (атланта) у детей характерен

**а) наклон головы и поворот ее в "здоровую" сторону**

б) поворот головы в сторону "подвывиха"

в) ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди

г) полный объем движений

33. Название болезни Гризеля носит

а) остеохондропатия апофиза пяточной кости

б) остеохондропатия апофизов позвонков

в) "маршевый" перелом костей стопы

**г) подвывих I шейного позвонка на фоне воспаления лимфоузлов шеи**

д) порок развития сухожилий сгибателей кисти

34. Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у детей встречается

а) в шейном отделе

б) в верхне-грудном отделе

в) в средне-грудном отделе

г) в нижне-грудном отделе

**д) в поясничном отделе**

35. Оптимальная тактика лечения детей с компрессионными переломами грудного отдела позвоночника включает

**а) функциональный метод лечения (вытяжение, ЛФК, массаж)**

б) лечение с помощью корсетов

в) оперативное лечение

г) одномоментную реклинацию, корсет

д) не требуется корсет

36. Типичная поза пострадавшего с компрессионным оскольчатым переломом поясничного позвонка

**а) на боку, с согнутыми и приведенными к животу ногами**

б) на спине с выпрямленными конечностями

в) на спине с умеренно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами

г) на боку с выпрямленными конечностями

д) нет типичных поз

37. Оптимальным методом стационарного лечения компрессионных переломов позвоночника у детей в поясничном отделе является

**а) функциональный со стабильной реклинирующей укладкой**

б) оперативный с последующей реабилитацией

в) корсетный

г) разгрузка на горизонтальной плоскости

д) лечения не требуется

38. Среди переломов таза носит название "перелома Мальгеня"

а) двойной перелом переднего полукольца

б) отрывной перелом передне-нижней кости

**в) односторонний перелом лонной и седалищной кости спереди и подвздошной кости сзади**

г) перелом вертлужной впадины

д) перелом крыла подвздошной кости

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

**а) сдавить и приподнять таз с помощью гамачка, укрепленного на балканской раме**

б) положение "лягушки" на горизонтальной плоскости

в) скелетное вытяжение за обе нижние конечности по горизонтальной плоскости

г) не требует специальной укладки

40. Симптом "заднего шага" характерен

а) для перелома крыла подвздошной кости

б) для разрыва симфиза

в) для разрыва крестцово-подвздошного сочленения

г) для перелома горизонтальной ветви лонной кости

**д) для отрыва передней верхней ости**

41. Скелетное вытяжение за проксимальный метафиз большеберцовой кости показано

**а) при одностороннем переломе переднего и заднего полукольца, сопровождающимся смещением половины таза**

б) при переломе переднего полукольца со смещением

в) при краевых переломах со смещением

г) при переломах заднего полукольца со смещением

42. При политравме, возникшей вследствие дорожно-транспортных происшествий, у детей преобладают

а) черепно-мозговая травма

**б) черепно-мозговая травма, повреждения внутренних органов и нижних конечностей**

в) повреждения таза и верхних конечностей

г) повреждения верхних и нижних конечностей

д) повреждения верхних и нижних конечностей

43. При политравме с клинической картиной: цианоз носогубного треугольника, частое поверхностное дыхание, тимпанит над правой половиной грудной клетки

а) разрыв печени и диафрагмы

б) разрыв диафрагмы

в) ушиб сердца

г) открытый пневмоторакс

**д) закрытый напряженный пневмоторакс, разрыв легкого**

44. Для больного с переломом позвоночника и костей таза при транспортировке оптимальным положением является

**а) на щите, на спине с соблюдением "оси безопасности": голова - грудь - таз - конечности на одном уровне**

б) на носилках на боку

в) на носилках в положении "лягушки"

г) на носилках на животе

д) не имеет значения

45. Оптимальной лечебной тактикой при травматической отслойке кожи на значительной площади является

а) консервативное лечение: холод, мазевые повязки и т.д.

б) дренирование кармана с пассивной аспирацией жидкости

в) наложение швов на раневую поверхность

**г) отсечение лоскута с последующей пластикой дефекта по Красовитову**

д) кожная пластика местными тканями

46. Оптимальными методами лечения перелома бедренной кости при ведущем повреждении грудь - живот являются:

а) аппарата Волкова - Оганесяна

**б) аппарата Илизарова, стержневого аппарата**

в) гипсовая повязка

г) скелетного вытяжения

д) интрамедуллярного остеосинтеза

47. Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на догоспитальном этапе

а) обеспечение оксигенации, временная остановка кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортная иммобилизация, переливание плазмозаменителей

б) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация

**в) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация, введение наркотиков**

г) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация, введение аналгетиков

48. Травматический эпифизеолиз у детей наиболее часто локализуется

а) на границе между эпифизом кости и хрящевой растущей пластинкой

б) по растущей пластинке в зоне пролиферации

в) по растущей пластинке в зоне гипертрофии

**г) по растущей пластинке в зоне окостенения**

49. При переломе через растущую пластинку эпифиза периост

а) разрывается на вогнутой стороне эпифиза, который смещается

**б) разрывается (ломается) на выпуклой стороне пластинки эпифиза, который смещается**

в) обычно цел на стороне эпифиза и сломан со стороны метафиза

г) обычно цел на месте соединения с метафизом и разрывается на стороне эпифиза

д) не имеет определенной локализации повреждения

50. Контрактура Фолькмана наиболее часто связана

а) с переломами запястья

б) с переломами обеих костей предплечья

в) с вывихом в локтевом суставе

**г) с чрезмыщелковыми переломами плеча**

51. Наиболее ранним симптомом ишемии тканей верхней конечности является

а) цианоз пальцев

**б) бледность пальцев**

в) отсутствие пульса на лучевой артерии

г) боль

д) паралич сгибателей предплечья

52. При переломе Беннета

а) имеет место вывих основной фаланги

**б) дистальный фрагмент I пястной кости смещается проксимально, а проксимальный остается на месте**

в) проксимальный фрагмент вывихивает большую многоугольную кость

г) I пястная кость деформируется в виде "крючка" и смещается по отношению к многоугольной кости

д) проксимальный фрагмент смещается проксимально, увлекая за собой многоугольную кость также проксимально

53. Перелом Беннета - нестабильный перелом, имеющий тенденцию к смещению в гипсовой повязке после повторной манипуляции и тракции. Поэтому сразу

а) применить стабильное скелетное вытяжение и гипсовую повязку

**б) умело репонировать и фиксировать перелом чрезкожно спицей**

в) выполнить закрытую репозицию перелома и фиксировать двумя спицами, проходящими через основание I пястной кости и нижнюю треть ее к II пястной кости

г) применить открытую репозицию и внутреннюю фиксацию

д) ни один из вышеуказанных методов неэффективен

54. Из костей запястья чаще всего ломается

**а) ладьевидная кость**

б) полулунная кость

в) треугольная кость

г) многоугольная кость

д) головчатая кость

55. По частоте переломов костей запястья второе место занимает

а) ладьевидная кость

**б) полулунная кость**

в) треугольная кость

г) многоугольная кость

д) головчатая кость

56. Угловой деформацией при переломах пальцев у детей можно пренебречь, если

а) угловая деформация с вершиной на сгибательной поверхности

б) вершина деформации обращена к локтевой кости

**в) угловая деформация с вершиной на разгибательной поверхности**

г) вершина деформации обращена к лучевой кости

д) угловая деформация в середине диафиза

57. Способность переломов с угловой деформацией к самопроизвольному исправлению у детей будет наибольшей, если угловая деформация

**а) в плоскости движения ближайшего сустава**

б) 90 градусов к плоскости движения ближайшего сустава

в) с вершиной в сгибательной поверхности

г) сочетается с некоторой ротацией

58. Коррекция неправильно сросшегося перелома в растущем возрасте (у детей) должна быть максимальной, когда деформация

а) только ротационная

**б) угловая в средней части диафиза**

в) угловая в области метафиза

г) боковая угловая деформация

д) боковая и угловая деформация

59. Костный сегмент, на котором чаще всего предпринимаются корригирующие вмешательства после неправильно сросшихся переломов у детей, это

а) шейка бедра

б) подвертельная область бедра

в) надмыщелковая область в локтевом суставе

**г) верхний сегмент плеча**

д) дистальный сегмент луча и локтевой кости

60. Удетей при переломе диафиза лучевой и локтевой костей по типу "зеленой веточки" с угловым смещением наилучшим лечением будет:

**а) гипсовая иммобилизация**

б) деформация должна быть исправлена до угла меньше 5 градусов

в) деформация устраняется полностью, гипсовая повязка

г) слегка исправить, наложить гипсовую повязку

д) никакого гипса, достаточно простого шинирования

61. Лейкопластырное вытяжение считается методом выбора при лечении переломов диафиза бедра у детей возраста до:

а) 10 лет

б) 5 лет

**в) 4 лет**

г) 2 лет

**35) Травмы пожилого возраста**

1. Для оценки состояния и прогнозирования течения травмы у пожилых пациентов рекомендуется:

а) провести общеклиническое обследование органов и систем

б) определить резервные силы, компенсаторные и адаптационные возможности

в) определить степень инволютивных процессов

г) определить артериальное давление, пульс, частоту дыхания

**д) все перечисленное**

2. У пожилых происходят изменения в опорно-двигательном аппарате, кроме:

а) остеопороз

**б) остеолиз**

в) остеоартроз, разволокнение, изъязвление хрящей суставов

г) деформирующий артроз, появление костных разрастаний

д) декальцинация, уменьшение содержания кальция в костях

3. Из перечисленных ниже локализаций перелома реже всего встречаются у лиц пожилого и старческого возраста

а) медиальные и вертельные переломы бедра

б) переломы хирургической шейки плеча

в) переломы позвоночника

**г) переломы мыщелков большеберцовой кости**

д) переломы лучевой кости в типичном месте

4. Неблагоприятное течение переломов шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено

а) резким нарушением кровоснабжения головки шейки бедра

б) репонированные отломки трудно удерживаются обычными способами внешней фиксации

в) длительное вынужденное положение больного, адинамия

**г) все ответы правильны**

5. Преимуществами оперативных методов лечения переломов шейки бедра являются все перечисленные, кроме

а) операция малотравматична

б) позволяет точно сопоставить отломки

в) достаточно прочно фиксировать отломки

г) возможна ранняя активизация больного

**д) предупреждение пролежней**

6. Показанием к эндопротезированию при переломах шейки бедра и ложных суставов у старых людей является все перечисленное, кроме

**а) вколоченного перелома шейки бедра**

б) субкапитального перелома шейки бедра

в) несросшегося перелома (ложный сустав) шейки бедра

г) асептического некроза головки и шейки бедра

д) нарушения кровоснабжения головки бедра

7. Развитие ложного сустава при переломе шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено всеми перечисленными причинами:

а) нарушения кровоснабжения головки и шейки бедра

б) недостаточной репозиции отломков

в) неустойчивой фиксации отломков

г) ранней нагрузки на поврежденную конечность

**д) все правильно**

8. Особенностью чрезвертельных переломов у лиц пожилого и старческого возраста является:

а) достаточное кровоснабжение фрагментов

б) переломы хорошо срастаются

в) редки ложные суставы

г) поддаются консервативным методам лечения

**д) все правильно**

9. При лечении переломов костей голени у пожилых и старых людей используют способы:

а) скелетное вытяжение

б) наложение облегченной гипсовой повязки

в) оперативное лечение

г) компрессионно - дистракционный остеосинтез

**д) все правильно**

10. Гипотензивный эффект ганглиотиков у пожилых пациентов

**а) более выражен**

б) менее выражен

в) отсутствует

г) закономерности не выявляется

11. На госпитальном этапе применение наркотических аналгетиков недопустимо при подозрении:

**а) на черепно-мозговую травму**

б) на перелом плеча

в) на перелом таза и перелом бедра

г) на компрессионный перелом позвоночников

д) правильно все

12. Быстрое выключение спонтанного дыхания при вспомогательной вентиляции легких у пожилых больных происходит

а) из-за понижения порога чувствительности дыхательного центра к углекислоте

**б) из-за повышения порога чувствительности дыхательного центра к углекислоте**

в) из-за наличия эмфиземы легких

г) из-за понижения ригидности грудной клетки

д) из-за повышения ригидности грудной клетки

13. Факторы, снижающие функциональные возможности сердечно-сосудистой системы у пожилых: 1) склероз периферических сосудов, 2) коронарокардиосклероз, 3) нарушения функции проводящей системы сердца

**а) верно все**

б) верно все, кроме 1

в) верно все, кроме 2

г) верно все, кроме 3

д) верно все, кроме 1 и 3

**36) Переломы плеча**

1. Наиболее частым переломом проксимального отдела плеча является перелом

а) головки

б) анатомической шейки

в) бугорков

**г) хирургической шейки**

2. Абдукционный перелом хирургической шейки плеча возникает

а) при приведении плеча

**б) при отведении плеча**

в) при нейтральном положении

г) при любом из перечисленных положений

3. Аддукционный перелом хирургической шейки плеча возникает

**а) при приведении плеча**

б) при отведении плеча

в) при нейтральном положении

г) при сгибании плеча

д) при любом из перечисленных положений

4. При абдукционном переломе хирургической шейки плеча угол, образованный фрагментами, открыт

а) кнутри и кзади

**б) кнаружи и кзади**

в) кнутри и кпереди

г) углового смещения нет

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

**а) кнутри и кзади**

б) кнаружи и кзади

в) кнаружи и кпереди

г) кнутри и кпереди

д) углового смещения нет

6. Переломы головки плеча с полным разобщением и поворотом у молодых людей следует лечить

**а) оперативно вправляя и фиксируя наружным остеосинтезом в ранние сроки**

б) удаляя головку в ранние сроки

в) удаляя головку, производя артродез в ранние сроки

г) оперируя в поздние сроки, делая остеосинтез

д) оперируя в поздние сроки, удаляя головку

7. Абдукционные вколоченные переломы хирургической шейки плеча со смещением под углом требуют одномоментной репозиции, если угол смещения равен (градусов)

а) 10

**б) 20**

в) 35

г) 60

д) 90

8. Для "эполетного" (аксиального рентгеновского снимка) при переломе хирургической шейки плечо надо отвести под углом (градусов)

а) 10-20

б) 30-40

в) 50-60

**г) 90**

9. Для скелетного вытяжения при лечении аддукционного перелома хирургической шейки плеча со смещением требуется

а) 1-2 недели

**б) 3-4 недели**

в) 5-6 недель

г) 8-10 недель

10. Средние сроки восстановления трудоспособности после переломов хирургической шейки плеча составляют

а) 3-4 недели

б) 5-6 недели

**в) 8-10 недель**

г) 10-12 недель

д) 13-15 недель

11. Характер смещения диафизных переломов плеча всех 3 уровней (проксимального, среднего и дистального отделов)

а) только от действующей внешней силы, нарушившей целостность кости

**б) от сокращения и тяги определенной группы мышц, по новому влияющих на кость в условиях ее перелома**

в) от особенностей иннервации

г) всего перечисленного

12. При консервативном лечении диафизных переломов плеча на отводящей шине оптимальный угол отведения должен составлять градусов

а) 30

б) 60

в) 70

**г) 90**

д) 100

13. Признаками мышечной интерпозиции при диафизарных переломах плеча являются

а) смещение фрагментов

б) отсутствие "костного хруста"

в) неудача при попытке репозиции

**г) все перечисленное**

14. При благоприятных условиях диафизарные переломы плеча при консервативном лечении срастаются

а) к 4-5 неделе

**б) к 6-8 неделе**

в) к 12-14 неделе

г) к 20-22 неделе

15. При консервативном лечении диафизарного перелома плеча и клинических признаках замедленной консолидации для иммобилизации может потребоваться

**а) 3-4 месяца**

б) 5-6 месяцев

в) 10-12 месяцев

г) 1-1,5 года

16. При оперативном лечении переломов диафиза плеча для остеосинтеза предпочтительны

а) деротационные накостные пластинки

б) различные внутрикостные штифты

в) винты

г) проволока

**д) компрессионно-дистракционный остеосинтез**

17. При консервативном лечении переломов плеча самой грубой ошибкой будет

а) сохранившееся незначительное смещение фрагментов

**б) перерастяжение фрагментов с образованием диастаза между ними**

в) отсутствие дополнительных тяг при вытяжении

г) все перечисленное

18. При оперативном лечении ошибкой будет

а) неправильная оценка общего состояния при операции

б) неправильный выбор конструкции

в) укорочение сроков иммобилизации

**г) все перечисленное**

19. Среди переломов дистального метаэпифиза плеча следует выделять

а) надмыщелковые переломы плеча (разгибательные и сгибательные)

б) чрезмыщелковые переломы плеча и переломы мыщелков

в) мыщелковые переломы плеча

г) переломы головчатого возвышения

**д) все перечисленное**

20. При консервативном лечении перелома дистального отдела плеча разгибательного типа угол сгибания предплечья должен составлять градусов

а) 20

**б) 60**

в) 90

г) 110-140

21. При разгибательном переломе плеча угол между фрагментами открыт

а) кпереди и кнаружи

**б) кзади и кнутри**

в) кпереди и кнутри

г) углового смещения нет

22. При сгибательном типе перелома дистального отдела плеча угол между фрагментами открыт

**а) кпереди и кнаружи**

б) кзади и кнутри

в) кпереди и кнутри

г) углового смещения нет

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

**а) расстройства чувствительности в 4 и 5 пальцах**

б) свисания кисти и невозможности активного разгибания ее и основной фаланги пальцев

в) понижения чувствительности на лучевой стороне кисти

г) понижения чувствительности на разгибательной части предплечья

24. При переломе плеча в нижней трети, осложненном повреждением срединного нерва, возникает расстройство чувствительности

а) 4 и 5 пальцев

б) во 2-м пальце

в) только в 1-м пальце

г) только в 3-м пальце

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

25. Треугольник Гютера определяется в положении

а) полного разгибания предплечья

б) частичного разгибания в локтевом суставе

**в) при согнутом предплечье под углом 40 градусов**

г) при пронированном предплечии

26. Линия Гютера - это

а) линия оси плеча

б) линия оси предплечья

**в) линия, соединяющая надмыщелки плеча в положении разгибания предплечья**

г) линия, соединяющая большой и малый бугорки плеча

27. Предплечье при переломе наружного мыщелка

а) приведено

**б) отведено**

в) кнутри

г) ротировано внутрь

д) ротировано внутрь и приведено

28. Контрактура Фолькмана возникает вследствие

а) повреждения плечевого сплетения

**б) продолжительного значительного, но не полного нарушения артериального кровотока**

в) короткого, измеряемого минутами, полного прекращения кровотока

г) двойного перелома плечевой кости

29. Наиболее опасной локализацией для развития контрактуры Фолькмана при переломе плеча является

а) внутрисуставной перелом проксимального отдела плеча

б) перелом плеча в верхней трети

в) перелом плеча в средней трети

**г) перелом плеча в нижней трети**

30. К развитию контрактуры Фолькмана после наложения гипсовой повязки может привести все перечисленное, кроме

а) увеличения отека

**б) увеличения местной температуры конечности**

в) общего давления повязки

г) давления повязки или костных фрагментов на магистральные сосуды

31. Контрактура Фолькмана может возникнуть

а) при ушибе конечности

**б) при сдавлении конечности**

в) при тромбозе, эмболии магистральных сосудов

г) при частичном или полном повреждении плечевой артерии

д) при всем перечисленном

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

**а) верхнего**

б) нижнего

в) переднего

г) заднего

33. Наиболее часто вывихи возникают

а) в тазобедренном суставе

б) в коленном суставе

**в) в плечевом суставе**

г) в локтевом суставе

д) в лучезапястном суставе

34. К типу "передних" относятся вывихи плеча

а) подклювовидный и внутриклювовидный

б) подключичный

в) внутригрудной

**г) правильно все**

35. Вывих плеча часто сопровождается переломом

а) малого бугорка

**б) большого бугорка**

в) шиловидного отростка лопатки

г) клювовидного отростка лопатки

д) ключицы

36. Плечо при вывихе, как правило

а) приведено

**б) отведено**

в) согнуто

г) разогнуто

37. Плечо при вывихе кажется

**а) удлиненным**

б) укороченным

в) не меняет длины

г) деформировано

38. Плечо при внутриклювовидном вывихе кажется

а) удлиненным

б) укороченным

**в) длина не изменена**

г) деформированным

39. Для переломо-вывиха головки плеча характерно

а) укорочение плеча

б) плечо не отведено

в) "пружинящие" движения отсутствуют

**г) при пассивных движениях ощущается "костный хруст"**

д) все перечисленное верно

40. После вправления вывиха плечо следует фиксировать с помощью

а) косыночной повязки

б) мягкой повязки

**в) гипсовой повязки**

г) торако-брахиальной повязки

41. Срок иммобилизации плеча после вправления вывиха составляет

а) 1-2 недели

**б) 4 недели**

в) 6 недель

г) 8 недель

д) 10 недель

42. Ограничение нагрузки на плечо после вправления вывиха составляет

**а) 1.5 месяца**

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 6 месяцев

д) 10 месяцев

43. Причиной возникновения привычного вывиха является

а) родовая травма

б) инфекционный артрит

в) вывих плеча, сопровождающийся переломом ключицы

**г) повреждения в момент травматического вывиха в сочетании с неправильной тактикой ведения после вывиха**

44. При консервативном лечении привычных вывихов к эффективным приемам относятся

а) физиотерапевтическое лечение

б) противовоспалительное лечение

в) длительное скелетное вытяжение

г) массаж иа укрепление мышц живота

**д) все перечисленное неверно**

45. Застарелые передние вывихи плеча можно вправить не позднее, чем через

**а) 2-3 месяца**

б) 4-5 месяцев

в) 6-7 месяцев

г) 8-9 месяцев

46. Застарелые задние вывихи плеча трудно вправить уже через

а) 1,5 месяца

**б) 2 месяца**

в) 3 месяца

г) 4 месяца

д) 5 месяцев

47. Наиболее часто к вывиху плеча приводит

а) прямой удар

б) ротация

**в) падение с ударом на согнутую или разогнутую руку**

г) все перечисленное

48. "Свежим" вывихом плеча называется вывих, давностью

**а) до 2 недель**

б) 1 неделя

в) 3 недели

г) 4 недели

д) свыше 4 недель

49. "Несвежим" вывихом плеча называется вывих, давностью

а) до 2 недель

б) 1 неделя

**в) 3 недели**

г) 4 недели

д) свыше 4 недель

50. Застарелым вывихом плеча называется вывих давностью

а) до 2 недель

б) 1 неделя

в) 3 недели

**г) 4 недели**

д) свыше 4 недель

51. Наиболее характерным симптомом для вывиха является

а) сильная боль

б) "костный" хруст

в) возможность производить пассивные движения

**г) "пружинящие" движения**

52. Для переломо-вывиха из типичных симптомов характерно

а) сильная боль

б) деформация

в) изменение оси конечности

г) "укорочение" конечности

**д) отсутствие "пружинящей" фиксации и "костный" хруст**

53. После установления диагноза вывиха к вправлению следует прибегнуть

**а) немедленно**

б) через 2 час

в) через сутки

г) через 3 суток

54. При наличии вывиха вывихнутой частью считается суставной конец периферийной кости, исключение составляет

а) вывих плеча

б) вывих основной фаланги

в) вывих головки луча

г) вывих акроминального конца ключицы

**д) вывих стернального конца ключицы**

55. После вправления вывиха плеча необходима иммобилизация

а) на косынке

б) мягкой повязкой Дезо

в) на отводящей шине

г) с помощью гипсовой повязки Дезо

**д) гипсовой лонгетой**

56. Привычный вывих возникает в связи

а) с повреждением плечевого сплетения

б) с повреждением сухожилия длинной головки бицепса

в) с разрывом и слабости капсулы плечевого сустава

**г) с неправильным лечением травматического вывиха**

57. Застарелый вывих плеча следует лечить

а) консервативно (попытка вправить)

б) на отводящей шине

в) с применением скелетного вытяжения

**г) оперативно (открытым или аппаратным методом)**

58. Восстановление трудоспособности после оперативного лечения привычного вывиха происходит через

а) 1 месяц

**б) 2 месяца**

в) 3-5 месяцев

г) 8-10 месяцев

59. Методом выбора при лечении огнестрельных переломов верхней конечности будет

а) интрамедуллярный остеосинтез

б) скелетное вытяжение

в) накостный остеосинтез

**г) внеочаговый остеосинтез с помощью аппарата**

60. Пункцию подключичной вены осуществляют

**а) из подключичного доступа**

б) из надключичного доступа

в) из вышеперечисленных доступов

61. Перевязку подключичной артерии чаще всего производят

а) проксимальнее отхождения щитошейного ствола

б) дистальнее щитошейного ствола

в) дистальнее нижней щитовидной артерии

г) проксимальнее реберно-шейного ствола

**д) дистальнее реберно-шейного ствола**

62. Капсулу плечевого состава укрепляют

а) плечевая мышца

б) надостная мышца

в) подостная мышца

**г) подлопаточная мышца**

д) дельтовидная мышца

63. Подмышечная впадина соединяется с подлопаточной областью посредством

**а) четырехстороннего отверстия**

б) трехстороннего отверстия

в) четырех- и трехстороннего отверстия

64. Через четырехстороннее отверстие проходят

а) подмышечный нерв

б) кожно-мышечный нерв

**в) подмышечный нерв, задняя окружающая плечевую кость артерия и вена**

г) подмышечный нерв, передняя окружающая плечевую кость артерия и вена

65. Через трехстороннее отверстие выходит

а) кожно-мышечный нерв

б) глубокая артерия плеча

**в) окружающая артерия лопатки**

г) подмышечный нерв

д) все вышеперечисленное

66. Капсулу плечевого сустава укрепляют

**а) одна связка**

б) две связки

в) три связки

г) четыре связки

67. Двуглавую мышцу плеча иннервирует

**а) срединный нерв**

б) локтевой нерв

в) лучевой нерв

г) подмышечный нерв

д) кожно-мышечный нерв

68. Трехглавая мышца плеча иннервируется

а) срединным нервом

б) локтевым нервом

**в) лучевым нервом**

г) подмышечным нервом

д) кожно-мышечным нервом

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

а) мышечно-кожного нерва

б) надлопаточного нерва со стороны подостной ямки

**в) надлопаточного нерва со стороны надостной ямки**

г) лучевого нерва на плече

70. Глубокая артерия плеча отходит от плечевой артерии

а) в подмышечной впадине

**б) в верхней трети плеча**

в) в средней трети плеча

г) в локтевой ямке

д) на уровне нижнего края широчайшей мышцы спины

71. К коротким ветвям плечевого сплетения относятся все перечисленные нервы, кроме

а) переднего, среднего и заднего надключичных, диафрагмального

**б) тыльного нерва лопатки, длинного грудного нерва, подключичного нерва**

в) надлопаточного нерва, переднего грудного

г) подлопаточного, подмышечного нерва

72. К длинным нервам плечевого сплетения относят

а) кожно-мышечный, лучевой нервы

б) локтевой, срединный нервы

в) кожные нервы плеча и предплечья

**г) все перечисленные**

73. В мышечно-плечевом канале проходит

а) подмышечный нерв, артерия и вена

**б) лучевой нерв, глубокая артерия плеча, одноименные вены**

в) срединный нерв, коллатеральная лучевая артерия и одноименные вены

74. Срединный нерв формируется

а) из медиального пучка плечевого сплетения

**б) медиального и бокового пучка плечевого сплетения**

в) бокового и заднего пучка плечевого сплетения

г) заднего и медиального пучка плечевого сплетения

75. Лучевой нерв отходит от пучка плечевого сплетения

**а) заднего**

б) бокового

в) медиального

г) заднего и бокового

76. Локтевой нерв отходит от пучка плечевого сплетения

**а) медиального**

б) заднего

в) бокового

77. Локтевой сустав имеет

а) два сочленения

**б) три сочленения**

в) четыре сочленения

г) пять сочленений

78. Пункцию локтевого сустава чаще всего осуществляют

а) между локтевым отростком и плечелучевой мышцей

б) между краем трехглавой мышцы и локтевым сгибателем кисти

**в) между локтевым отростком и внутренним мыщелком**

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

а) на 0.5-1.0 см кнутри от плечевой артерии

**б) у внутреннего края плечевой артерии**

в) на 1.5 см кнутри от артерии

г) под плечевой артерией

80. Деление лучевого нерва на поверхностную и глубокую ветви происходит на уровне

а) наружного надмыщелка плечевой кости

б) линии сустава

**в) правильно и то, и другое**

г) правильного ответа нет

**37) Травма позвоночника**

1. Среди травм различных отделов позвоночника повреждения шейного отдела занимают

а) первое место

**б) второе место**

в) третье место

г) четвертое место

д) пятое место

2. Диагноз перелома зуба второго шейного позвонка устанавливается на основе спондилограммы

а) в передне-задней проекции

б) в боковой (профильной) проекции

в) в аксимальной или полуаксимальной проекции

**г) в передне-задней через открытый рот**

д) все правильно

3. При лечении неосложненного перелома шейных позвонков применяется все перечисленное, кроме

а) скелетного вытяжения за кости черепа

б) вытяжения за голову посредством петли Глиссона

в) применения стандартного головодержателя

**г) использования шины Еланского для фиксации головы и шеи**

д) применения торакокраниальной гипсовой повязки или воротника Шанца

4. При лечении переломов шейных позвонков, осложненных повреждением спинного мозга, применяется

а) воротник Шанца

**б) корпоротомия с ревизией дурального мешка**

в) рассечение передней продольной и выйной связки

г) резекция суставных отростков позвонков

д) все правильно

5. Восстановление трудоспособности при неосложненном компрессионном переломе 6-го шейного позвонка у человека, занимающегося тяжелым физическим трудом, составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4 месяца

**д) 5-6 месяцев**

6. Если вывих произошел между 6-м и 7-м шейным позвонками, то вывихнутым позвонком считается

**а) 6-й позвонок**

б) 5-й позвонок

в) 4-й позвонок

г) 7-й позвонок

д) 6-й и 5-й позвонки

7. Срок нетрудоспособности при неосложненном компрессионном переломе 10-го грудного позвонка со снижением высоты его тела менее 1/3 у человека тяжелого физического труда, составляет

а) 1-2 месяца

б) 3 месяца

в) 4-5 месяцев

**г) 6-8 месяцев**

д) 10 и более месяцев

8. При лечении неосложненных переломов грудного отдела позвоночника применяются все перечисленные методы, кроме

а) одномоментной реклинации с наложением гипсового корсета

б) наложения гипсового корсета без реклинации

в) постепенной реклинации на щите Каплана-Антонова

г) вытяжения на наклонной плоскости с созданием мышечного корсета

**д) скелетного вытяжения за таз и конечности**

9. При консервативном лечении неосложненных переломов грудного отдела позвоночника чаще всего применяются

а) скелетное вытяжение за кости черепа

б) вытяжение за голову петлей Глиссона

**в) лямочное вытяжение за подмышечные впадины**

г) скелетное вытяжение за кости таза

д) скелетное вытяжение за нижние конечности

10. Оперативное лечение переломов грудного отдела позвоночника показано во всех нижеперечисленных случаях, кроме

а) перелома, сопровождающегося повреждением спинного мозга

б) перелома, сопровождающегося повреждением корешков спинного мозга

в) тяжелого многооскольчатого перелома тела позвонка, межпозвоночного диска с нарушением оси позвоночника

г) взрывного перелома тела позвонка с повреждением двух дисков

**д) компрессионного перелома тела со снижением высоты менее, чем на 1/3**

11. При лечении травмы позвонков грудного отдела позвоночника применяется все перечисленное, кроме

а) массажа

б) лечебной гимнастики

**в) механотерапии**

г) физиотерапии

д) электростимуляции мышц

12. Нетрудоспособность при неосложненном компрессионном переломе 7-го грудного позвонка у человека тяжелого физического труда, составляет

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 3 месяца

г) 4 месяца

**д) 6-8 месяцев**

13. При травме позвоночника частота травм поясничного отдела занимает

**а) первое место**

б) второе место

в) третье место

г) четвертое место

д) пятое место

14. Среди переломов поясничного отдела позвоночника различают все перечисленные, кроме

а) осложненного перелома

б) неосложненного перелома

в) компрессионного перелома

**г) торсионного перелома**

д) перелома заднего отдела позвонка

15. Из анатомических структур поясничных позвонков чаще всего ломается

**а) поперечный отросток**

б) остистый отросток

в) верхний суставной отросток

г) нижний суставной отросток

д) дужка позвонка

16. Из перечисленных ниже поясничных и крестцового позвонков чаще всего травмируются

**а) 1-й и 2-й поясничные позвонки**

б) 3-й поясничный позвонок

в) 4-й поясничный позвонок

г) 5-й поясничный позвонок

д) 1-й крестцовый позвонок

17. Из консервативных методов лечения повреждений поясничного отдела позвоночника применяются все перечисленные, кроме

а) наложения гипсового корсета

б) метода создания "мышечного корсета" по Гориневской - Древинг

в) постепенной реклинации на валиках или специальном щите

г) одномоментной реклинации с фиксацией гипсовым корсетом

**д) фиксации места перелома "поясом штангиста"**

18. Лечение пострадавшего с переломом поясничного позвонка вытяжением осуществляется за счет

а) поднятия ножного конца кровати и фиксации стоп

**б) поднятия головного конца кровати и фиксации пострадавшего петлями за подмышечные впадины**

в) фиксации петлей Глиссона за голову

г) фиксации таза специальным лифчиком и тягами по оси

д) наложения на грудную клетку специального жилета и тягой к голове

19. В практике лечения неосложненных переломов поясничного отдела позвоночника применяются все перечисленные оперативные методы, кроме

а) стяжки за дужки при помощи фиксатора Ткаченко

б) стяжки за остистые отростки при помощи фиксатора Цивьяна-Рамиха

в) стяжки за остистые отростки лавсановой лентой

**г) замены сломанного позвонка ксенопротезом**

д) стяжки за остистые отростки проволокой (по Новаку)

20. При свежих переломах поясничных позвонков не применяются

а) электростимуляция поясничных мышц

б) массаж

в) лечебная гимнастика

г) физиолечение

**д) механотерапия**

21. У пострадавшего с переломом 1-го поясничного позвонка, если он до травмы занимался тяжелым физическим трудом, срок нетрудоспособности составляет

а) 2-3 месяца

б) 3-4 месяца

в) 4-5 месяцев

г) 5-6 месяцев

**д) 6-8 месяцев**

**38) Травма предплечья**

1. Фасция предплечья образует

**а) наружное, переднее и заднее ложа**

б) внутреннее, переднее и заднее ложа

в) внутреннее, наружное и заднее ложа

2. Глубокое пространство Пирогова

**а) переходит на кисть на уровне лучезапястного сустава**

б) не переходит на кисть

в) переходит на кисть на уровне оснований пястных костей

3. Дренирование пространства Пирогова осуществляется из доступов

а) лучевого

б) локтевого

**в) лучевого и локтевого**

г) строго между проекциями лучевой и локтевой костей

4. На ладонной поверхности предплечья выделяют

а) 2 слоя мышц

**б) 3 слоя мышц**

в) 4 слоя мышц

г) 5 слоев мышц

5. На ладонной стороне предплечья находится

а) один сосудисто-нервный пучок

**б) два сосудисто-нервных пучка**

в) три сосудисто-нервных пучка

г) четыре сосудисто-нервных пучка

д) пять сосудисто-нервных пучков

6. В нижней трети предплечья срединный нерв лежит между

а) глубоким и поверхностным сгибателем пальцев

б) лучевым сгибателем кисти и ладонной длинной мышцей

**в) глубоким сгибателем пальцев и сгибателем большого пальца**

г) локтевым сгибателем кисти и поверхностным сгибателем пальцев

7. На тыльной поверхности предплечья выделяют

а) 2 канала

б) 4 канала

**в) 5 каналов**

г) 6 каналов

д) 8 каналов

8. В каналах тыльной поверхности предплечья лежат

**а) четыре синовиальные влагалища**

б) шесть синовиальных влагалищ

в) восемь синовиальных влагалищ

г) одиннадцать синовиальных влагалищ

9. При переломе головки лучевой кости резко ограничены

а) сгибание предплечья

б) разгибание предплечья

**в) вращение предплечья**

г) все перечисленные виды движения

10. Для изолированного перелома лучевой или локтевой кости более характерна

а) косая линия излома

**б) поперечная линия излома**

в) винтообразная линия излома

г) продольная линия излома

11. Ротационные смещения при переломе костей предплечья зависят

а) от действия той или иной степени силы

б) от положения сгибания или разгибания предплечья в момент травмы

в) от соотношения локализации линий излома (верхней, средней и нижней трети)

**г) от всего перечисленного**

12. При сгибательном типе повреждения Монтеджа головка луча вывихивается

**а) кпереди**

б) кзади

в) кнутри

г) кнаружи

13. При разгибательном типе перелома Монтеджа угол между отломками локтевой кости открыт

а) кпереди

**б) кзади**

в) кнутри

г) кнаружи

14. Повреждение Галиацци - это

а) изолированный перелом локтевой кости

б) изолированный перелом лучевой кости

в) перелом локтевой кости и вывих головки лучевой

**г) перелом лучевой кости и вывих головки локтевой**

15. Радио-ульнарный угол в норме равен градусам

а) 5

б) 10

в) 20

**г) 30**

д) 40

16. Различают следующие виды вывихов

а) свежий

б) несвежий

в) застарелый

г) привычный

**д) все перечисленные**

17. Предплечье выглядит удлиненным при вывихе

**а) кпереди**

б) кзади

в) с расхождением костей

г) кнутри

18. В восстановительном периоде после иммобилизации вправленного вывиха предплечья целесообразно все перечисленное, кроме

а) ванн

**б) активных движений**

в) пассивных движений без нагрузки

г) массажа

19. После установления диагноза "вывих предплечья" к вправлению следует прибегать

**а) немедленно**

б) через 1-2 часа

в) через 1-2 дня

г) через 3-4 суток

**39) Протезирование**

1. Какие документы необходимы для направления больного на протезирование?

а) направление

б) выписка из истории болезни

в) паспорт

г) рентгенограмма

**д) все перечисленное**

2. Назовите сроки первичного протезирования, кроме:

а) 1 месяц

б) 2 месяца

в) 6 месяцев

г) 1 год

**д) 2 года**

3. К протезно-ортопедическим изделиям относятся, кроме:

а) шарнирно-гильзовый аппарат

б) протез

в) бандаж

г) тутор

**д) аппарат Илизарова**

4. Пороки культи не позволяющие осуществить протезирование

а) контрактура

б) изъязвление

в) невринома

**г) все перечисленное**

5. Виды протезов

а) экспресс-протез

б) лечебно-тренировочный протез

в) протез с пневматическим приводом

г) биоэлектрический протез

**д) все перчисленное**

6. У взрослых в плане протезирования пригодным является размер культи, кроме:

**а) 3-4 см**

б) 7-8 см

в) 10-15 см

г) 30-40 см

7. Что такое анатомическое протезирование?

**а) протез типа "козья ножка"**

б) протез "имитант"

в) протез позволяющий выполнять определенные функции

г) биоэлектрический протез

8. Что такое функциональное протезирование?

а) протез типа "козья ножка"

б) протез "имитант"

**в) протез позволяющий выполнять определенные функции**

г) биоэлектрический протез

9. Что такое косметическое протезирование?

а) протез типа "козья ножка"

**б) протез "имитант"**

в) протез позволяющий выполнять определенные функции

г) биоэлектрический протез

10. Действие биоэлектрического протеза обусловлено:

а) механическим приводом

б) пневматическим приводом

**в) снятием биоэлектрических потенциалов с мышц культи**

**40) Сколиоз**

1. Какой клинический признак деформации позвоночника не относится к сколиотической болезни?

а) Боковое искривление позвоночника

б) Неравномерность треугольников талии

**в) Симметричное укорочение грудной клетки с остроконечным гибусом в в/3 или ср/3 позвоночника**

г) S-образное искривление позвоночника

д) Перекос таза

2. Назовите абсолютный рентгенологический признак диспластического (идиопатичекого) сколиоза

а) Трапецевидная деформация тел позвонков

**б) Торсия позвонков**

в) Остеопороз тел позвонков по выпуклой стороне

г) Остеопороз тел позвонков по вогнутой стороне

д) Сужение межреберных промежутков на вогнутой стороне деформации

3. Какой клинический признак не характерен при сколиотической болезни?

а) Разная длина надплечий

б) Отклонение пупка от средней линии тела

**в) Округлая спина**

г) Разный уровень расположения сосков

д) Разный уровень стояния лопаток

4. К прогностическим признакам прогрессирования сколиоза не относится

а) Нестабильность кривизны позвоночника

б) Большая степень кривизны у детей дошкольного и раннего школьного возраста

в) Отсутствие менструального цикла у девочек - подростков с начальными формами сколиоза

г) Отсутствие или начало появления теста Риссера (0 - 1) у подростков при кривизне II - III степени

**д) Фиксированная сколиотическая деформация позвоночника**

5. Укажите величину деформации позвоночника при сколиозе не имеющую отношения к классификации В.Д. Чаклина

а) I ст. до 10 градусов

б) II ст. от 10 до 30 градусов

в) III ст. от 30 до 50 градусов

г) IV ст. свыше 50 градусов

**д) V ст. более 90 градусов**

6. Назовите традиционные средства консервативного лечения патологии позвоночника не имеющие отношения к лечению сколиоза

а) Гипсовая корригирующая кроватка

б) Корсет без головодержателя

в) Корсет с головодержателем типа Мильвоки

г) Аппарат для тренировки пояснично-подвздошной мышцы

**д) Корсет с упором в рукоятку грудины**

7. По современным представлениям в программу курса консервативного лечения сколиоза можно включить все, кроме:

а) Лечебная физкультура

б) Массаж мышц спины

**в) Гипсовые корсеты**

г) Мануальная терапия

д) Тренировка пояснично-подвздошной мышцы

8. В методику ортопедического обследования больных сколиозом не входит:

а) Осмотр и определение клинических признаков сколиоза

б) Определение степени фиксации деформации позвоночника

в) Рентгенография позвоночника

г) Спирометрия

**д) Осмотр главного врача**

9. Диспластическая природа сколиотической болезни подтверждается следующей сопутствующей патологией, кроме:

а) Болезнь Марфана

б) Нефроптоз

в) Миопия

г) Гарголизм

**д) Гигрома подколенной ямки**

10. Назовите показания к оперативному лечению сколиотической деформации

а) Искривление позвоночника II степени у подростка 15-16 лет

б) Искривление позвоночника II степени у ребенка 8-9 лет

в) Искривление позвоночника I степени

г) Искривление позвоночника III-IV степени у взрослых

**д) Искривление позвоночника III-IV степени, быстропрогрессирующее у детей школьного возраста**

11. Отягчающими факторами течения сколиоза из перечисленных являются все, кроме:

а) Уменьшение гемиторакса на стороне искривления

б) Уменьшение массы легкого на стороне поражения

в) Смещение средостения

г) Нефроптоз

**д) Миопия**

12. Тактика ортопеда при сколиозе I-II степени включает в себя, кроме:

а) Клиническое обследование

б) Рентгенологическое обследование

в) Определение степени исходного искривления

**г) Рекомендация только консервативного лечения**

д) Назначение курса консервативного лечения с динамическим наблюдением

13. Лечебная тактика ортопеда при сколиозе II степени у подростков 14-16 лет может включать в себя все, кроме:

а) Назначение курса консервативного лечения в амбулаторных условиях

б) Курс консервативного лечения в условиях школы-интерната для больных сколиозом

**в) Оперативное лечение**

г) Санаторно-курортное лечение

д) Консервативное лечение с обязательным контролем через 6 месяцев

14. При сколиозе III степени у детей школьного возраста в тактике лечения целесообразно все, кроме:

а) Консервативное лечение

б) Хирургическое лечение

в) Санаторно-курортное лечение

г) Диспансерное наблюдение

**д) Необходимости в лечении нет**

15. У девочек подростков 14-16 лет со сколиозом II степени благоприятным прогностическим признаком следует считать все, кроме:

а) Установившийся менструальный цикл

б) Тест Риссера IV-V

в) Индекс Харрингтона не более 4

**г) Тест Риссера II**

д) Фиксированная сколиотическая кривизна

16. Выберите более целесообразный в функциональном отношении метод оперативного лечения при сколиозе III-IV степени:

а) Операция Харрингтона

б) Операция Люка

**в) Коррекция сколиотической кривизны двухпластинчатым эндокорректором**

г) Операция Казьмина

д) Коррекция сколиотической кривизны однопластинчатым эндокорректором

17. Что по Вашему мнению не имеет отношения к преимуществам методики хирургического лечения сколиоза, предложенной клиникой травматологии и ортопедии КрасГМА?

а) Сохранение возможности роста позвоночника в процессе роста в условиях коррекции

б) Бескорсетное ведение больного

в) Восстановление высоты тел позвонков в процессе роста в условиях коррекции

**г) Фиксация сколиотической кривизны трансплантатами для предотвращения прогрессирования**

д) Максимальное сокращение сроков пребывания больного в стационаре

18. Что из перечисленного не имеет отношения к послеоперационным осложнениям при лечении сколиоза методикой клиники травматологии и ортопедии КрасГМА?

а) Острое нагноение послеоперационной раны

б) Срыв блока конструкции

в) Перелом пластины

**г) Холодный натечник**

д) Временные корешковые боли

19. Найдите ошибку врача-ортопеда в алгоритме организации лечения больного сколиозом

а) Клиническое обследование

б) Рентгенологическое обследование

в) Определение степени деформации позвоночника

**г) Настойчивая рекомендация только оперативного лечения**

д) Направление для консультации к специалисту вертебрологу

20. Найдите ошибку в рекомендации при выписке из стационара больному сколиозом, оперированному по методике клиники травматологии и ортопедии КрасГМА

**а) Носить корсет Мильвоки в течение года**

б) Продолжить бескорсетное лечение

в) Избегать осевых нагрузок на позвоночник

г) Заниматься ЛФК согласно стадиям формирования рубца

д) Заниматься плаванием через 6 месяцев

21. В клинической практике наиболее часто встречается

а) врожденный сколиоз

б) паралитический сколиоз

**в) диспластический (идиопатический) сколиоз**

г) рахитический сколиоз

д) неврогенный сколиоз

22. Степень сколиотической деформации позвоночника по классификации В.Д.Чаклина определяется следующими показателями

а) I - до 5°, II - до 25°, III - до 80°, IV - свыше 80°

**б) I - до 10°, II - до 30°, III - до 50°, IV - свыше 50°**

в) I - до 5°, II - до 25°, III - до 40°, IV - свыше 40°

г) I - до 15°, II - до 35°, III - до 75°, IV - свыше 75°

д) I - до 5°, II - до 20°, III - до 100°, IV - свыше 100°

23. Наиболее доступным и простым методом измерения угла искривления деформации позвоночника является

а) метод Абальмасовой

**б) метод Кобба**

в) метод Фергюсона

г) метод Кона

д) метод Масловского

24. Для грудного сколиоза характерны: 1) асимметрия лопаток, 2) реберный горб, 3) абсолютное укорочение нижней конечности, 4) асимметрия треугольников талии, 5) перекос таза

а) все перечисленное

б) все перечисленное, кроме 2, 4, 5

в) все перечисленное, кроме 3, 4, 5

г) все перечисленное, кроме 1 и 3

**д) все перечисленное, кроме 3 и 5**

25. Для поясничного сколиоза характерны: 1) асимметрия лопаток, 2) реберный горб, 3) симптом Чаклина, 4) асимметрия треугольников талии, 5) перекос таза

**а) 3,4,5**

б) все перечисленное, кроме 2

в) все перечисленное, кроме 1

г) все перечисленное, кроме 1 и 4

д) все перечисленное, кроме 1, 2 и 3

26. Декомпенсация деформации туловища определяется

а) осмотром больного в положении стоя, спереди и сзади

**б) прикреплением отвеса к остистому отростку C7 и определением отклонения линии отвеса от межъягодичной складки**

в) прикреплением отвеса к вершине деформации и определением отклонения линии отвеса от межъягодичной складки

г) прикреплением отвеса к яремной вырезке и определением отклонения линии отвеса от передне-верхних остей подвздошных костей

д) проведением линии на рентгенограмме позвоночника, сделанной в положении лежа, к тазу и определением отклонения этой линии от середины пятого поясничного позвонка

27. Стабильность деформации позвоночника при сколиозе наиболее объективно определяется

а) тракцией головы больного вверх и определением подвижности деформации

б) по амплитуде наклона туловища больного в разные стороны

в) по рентгенограммам позвоночника, сделанным в положении стоя и лежа, путем накладывания их одна на другую

**г) по формуле Казьмина, определяющей отношение угла деформации в положении лежа к углу деформации в положении стоя**

д) по субъективным ощущениям и жалобам больного (боли на вершине искривления при смене положения туловища и т.д.)

28. Рентгенологическое обследование при сколиозе включает: 1) фасную проекцию, 2) боковую проекцию, 3) рентгенограмму таза, 4) рентгенограмму черепа, 5) компьютерную томографию

а) все перечисленное

б) все перечисленное, кроме 4 и 5

в) все перечисленное, кроме 5

**г) все перечисленное, кроме 4**

д) все перечисленное, кроме 3

29. Наиболее объективным и доступным методом измерения торсии позвонков является

а) клинический метод с помощью аппарата Шультеса

б) рентгенографический метод по величине отклонения остистых отростков

**в) рентгенографический метод - по величине смещения корня дужки от боковой поверхности позвонка на вершине деформации**

г) рентгенографический - по расстоянию от остистого отростка до сторон тела позвонка

д) по измерению наклона тубуса рентгеновского аппарата, необходимого для получения правильной передне-задней проекции вершинного позвонка

30. В вертикальном положении позвоночника по сравнению с горизонтальным торсия позвонков при сколиотической дефомации

а) увеличивается

б) уменьшается

**в) остается неизменной**

г) может и увеличиться и уменьшиться

д) исчезает

31. У больных грудным сколиозом жизненная емкость легких

**а) снижается**

б) остается неизменной даже при выраженной деформации позвоночника

в) повышается за счет изменения формы грудной клетки

г) нет четкой зависимости между степенью деформации позвоночника и изменениями ЖЕЛ

д) в 50% случаев повышается и в 50% случаев снижается

32. У больных грудным сколиозом минутный объем дыхания

**а) снижается**

б) закономерности не выявлено

в) заметно повышается

г) практически не меняется

д) степень его уменьшения не зависит от прогрессирования деформации позвоночника

33. Профилактические осмотры детей необходимо начинать

а) в начальных классах общеобразовательных школ

**б) в детских садах, яслях**

в) в старших классах общеобразовательных школ

г) в институтах, профтехучилищах, при поступлении на работу

д) в горвоенкоматах

34. Признаки первичной сколиотической дуги: 1) повышенная мобильность, 2) первичность появления, 3) больший угол искривления, 4) более выраженные торсионные изменения на вершине искривления

**а) 3 и 4**

б) все перечисленное, кроме 4

в) все перечисленное, кроме 3 и 4

г) все перечисленное, кроме 1 и 4

д) все перечисленное, кроме 3

35. Профилактика сколиоза заключается: 1) в раннем выявлении, 2) в раннем оперативном лечении, 3) в раннем консервативном лечении, 4) в ограничении физической нагрузки с раннего возраста

**а) 1, 3**

б) все перечисленное

в) все перечисленное, кроме 4

г) все перечисленное, кроме 2 и 3

д) все перечисленное, кроме 3 и 4

36. Рентгенологическими признакоми возможного прогрессирования сколиотической болезни являются, кроме:

а) тест Кона

б) тест Риссера

в) тест Мовшовича

**г) схема Хильгенрейнера**

д) индекс стабильности Казьмина

37. Наиболее злокачественным течением отличается

**а) верхне-грудной сколиоз**

б) грудной сколиоз

в) грудопоясничный сколиоз

г) поясничный сколиоз

д) комбинированный сколиоз

38. Тренировка пояснично-подвздошной мышцы по Кону показана

а) при верхне-грудном сколиозе

б) при грудном сколиозе

в) при грудопоясничном сколиозе

**г) при поясничном сколиозе**

д) при комбинированном сколиозе

39. Массаж мышц спины при сколиотической деформации позвоночника необходимо выполнять

**а) более активно на вогнутой стороне искривления**

б) более активно на выпуклой стороне искривления

в) активно на обеих сторонах искривления

г) с элементами мануальной терапии, направленными на мобилизацию искривления

д) как и при других дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника

40. Больным сколиозом показано плавание стилем

а) кроль

б) баттерфляй

**в) брасс**

г) любым стилем

д) плавание противопоказано

41. Операция дискотомии подразумевает

а) подход к телам позвонков с выпуклой стороны искривления и рассечение диска с последующим задним спондилодезом

б) подход к телам позвонков с выпуклой стороны искривления, резекция 1/3 позвонка, суставные отростки и часть дужки с остистым отростком с последующим задним спондилодезом

в) обнажение задних элементов позвонков с вогнутой стороны искривления, резекция поперечных отростков, ребер с этой же стороны, задний спондилодез

**г) подход к телам позвонков с вогнутой стороны искривления, резекция поперечных отростков и ребер с этой же стороны, рассечение дисков с вогнутой стороны деформации, задний спондилодез**

д) подход к телам позвонков с вогнутой и выпуклой сторон искривления и рассечение диска с обеих сторон, задний спондилодез

42. После операции дискотомии необходимо

а) наложение среднего гипсового корсета на 6 месяцев

**б) наложение высокого гипсового корсета на 6 месяцев**

в) соблюдение постельного режима в течение 6 месяцев с последующим наложением высокого гипсового корсета

г) наложение высокого гипсового корсета с последующей редрессацией искривления в корсете, иммобилизация 6 месяцев

д) проведение интенсивного консервативного лечения сколиотической деформации: лечебная гимнастика, массаж, электростимуляция

43. Показанием к оперативному лечению при искривлении позвоночника является

а) высокая стабильность первичного искривления позвоночника

б) стабилизация деформации под действием консервативной терапии

в) прогрессирование деформации на 5 градусов в год

**г) прогрессирование искривления более 10 градусов в год и если угол деформации больше 30 градусов при большом потенциале роста**

д) настойчивые просьбы больного и его родителей

44. Энуклеация как операция включает в себя

**а) резекцию поперечных отростков и ребер на вершине деформации с выпуклой стороны, удаление пульпозных ядер нескольких межпозвонковых дисков, задний спондилодез**

б) резекцию ребер и поперечных отростков на вершине деформации с выпуклой стороны, рассечение межпозвоночных дисков на нескольких уровнях, задний спондилодез

в) резекцию ребер и поперечных отростков на вершине деформации с вогнутой стороны, рассечение межпозвоночных дисков на нескольких уровнях, задний спондилодез

г) резекцию ребер и поперечных отростков на вершине деформации с выпуклой стороны, пункция дисков, введение протеолитического фермента (папаина, лекозима), задний спондилодез

д) рассечение паравертебральных мышц с выпуклой стороны искривления, удаление пульпозных ядер межпозвоночных дисков на вершине искривления без резекции ребер, задний спондилодез

45. Экскурсия анофизов гребней подвздошных костей закончена, но слияния с материнской костью не наступило, это соответствует признаку Риссера:

а) 1

б) 2

**в) 3**

г) 4

д) по имеющейся информации нельзя судить о признаке Риссера

46. Активная коррекция позвоночника при локализации сколиоза в верхнегрудном и грудном отделах позвоночника включает упражнения

а) подъем рук вверх со стороны выпуклости дуги искривления

**б) подъем рук вверх со стороны вогнутости дуги искривления**

в) отведение руки в сторону до горизонтали со стороны вогнутости дуги искривления

г) отведение руки в сторону до горизонтали со стороны выпуклости дуги искривления

д) правильно все

47. При выраженной слабости мышечно-связочного аппарата при сколиозе противопоказаны все перечисленные виды упражнений, кроме упражнений

**а) на увеличение стабильности позвоночника**

б) на увеличение мобильности позвоночника

в) на растяжение позвоночника

г) на увеличение гибкости позвоночника

д) на увеличение статических нагрузок

48. К упражнениям, вызывающим увеличение мобильности позвоночника, относятся все перечисленные, исключая

а) динамические

б) на вытяжение позвоночника

в) упражнения, выполняемые на наклонной плоскости

г) выполнение упражнений с большой амплитудой

**д) статические упражнения**

49. Оздоровительно-гигиеническое значение плавания при сколиозе состоит

а) в укреплении скелетной мускулатуры

б) в разгрузке позвоночника

в) в повышении подвижности грудной клетки, улучшении функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем

г) в совершенствовании терморегуляции, закаливании организма

**д) во всем перечисленном**

50. Задачи ЛФК при нарушении осанки включают

**а) укрепление мышц разгибателей позвоночника мышц живота**

б) укрепление мышц сгибателей позвоночника

в) укрепление мышц тазового дна

г) укрепление мышц, поддерживающих свод стопы

д) правильно все

51. Показаниями к назначению ЛФК при нарушении осанки являются

а) слабость мышц туловища и конечностей

**б) деформация и ограничение подвижности грудной клетки**

в) наличие плоскостопия

г) асимметричное расположение углов лопаток

д) все перечисленное

52. При возникновении сколиотической деформации позвоночника первые патологические изменения происходят

а) в телах позвоночника

б) в мышцах спины

в) в спинном мозге

**г) в межпозвонковых дисках**

д) во всех вышеперечисленных структурах

53. Наиболее обоснованными теориями патогенеза сколиоза являются

**а) тeория эпифизеолиза межпозвонкового диска и нарушения первичного роста в телах позвонков**

б) теория нарушения мышечного равновесия туловища

в) травматическая теория

г) повышение естественного радиационного фона окружающей среды

д) теория формирования стяжки с вогнутой стороны вследствие позиционного сдавления

54. При электромиографическом исследовании паравертебральных мышц при диспластическом сколиозе биоэлектрическая активность

а) выше с выпуклой стороны искривления

б) выше с вогнутой стороны искривления

**в) снижена с обеих сторон искривления**

г) повышена с обеих сторон искривления

д) снижена с выпуклой стороны искривления

55. На вершине грудного искривления позвоночника спинной мозг смещен

а) к выпуклой стороне деформации

**б) к вогнутой стороне деформации**

в) сохраняет свое центральное положение

г) в дорсальную сторону

д) в вентральную сторону

56. Признак Риссера при сколиозе связывается:

а) со степенью клиновидной деформации позвонков

б) с возрастом больного, при котором деформация стабилизируется

в) со степенью стабильности основной деформации позвоночника

г) с остеопорозом тел позвонков на вершине искривления с выпуклой стороны

**д) со стадией оссификации эпифизов крыльев подвздошных костей**

**41) Травма таза**

1. Переломы костей таза встречаются при всех перечисленных механизмах, кроме

а) сдавливания костей таза

б) разведения костей таза

в) прямого удара по тазу

**г) скручивания костей таза**

д) отрывного механизма

2. К отрывным переломам костей таза относятся

а) перелом лонной кости

б) перелом седалищной кости

в) перелом вертлужной впадины

**г) перелом нижнего гребешка безымянной кости**

д) перелом крестца

3. К переломам, сопровождающимся разрывом тазового кольца, относятся

а) перелом крыла подвздошной кости

б) перелом лонной кости

в) перелом губы вертлужной впадины

**г) перелом лонной и седалищной костей с одной стороны**

д) перелом лонной и седалищной костей с разных сторон

4. Не сопровождается разрывом тазового кольца

**а) перелом дна вертлужной впадины**

б) разрыв крестцово-подвздошного сочленения с одной стороны

в) разрыв лонного сочленения и перелом подвздошной кости

г) перелом лонной и седалищной костей с одной стороны

д) разрыв лонного сочленения и вертикальный перелом крестца

5. Не относится к травме вертлужной впадины

а) перелом дна вертлужной впадины

**б) перелом верхней губы вертлужной впадины**

в) перелом основания лонной кости

г) центральный подвывих бедра

д) центральный вывих головки бедра

6. К комбинированным переломам относятся

а) открытый перелом переднего отдела таза

**б) перелом вертлужной впадины и термический ожог промежности и ягодиц**

в) перелом лонной и седалищной костей с разрывом мочевого пузыря

г) перелом лонной кости с разрывом уретры

д) перелом подвздошной кости и разрыв тонкого кишечника

7. Не является признаком переломов костей таза

а) симптом "прилипающей пятки"

б) симптом Волковича - наложение "лягушки"

**в) симптом Тренделенбурга - опускание нижней ягодичной складки на здоровой стороне таза при стоянии на больной конечности**

г) симптом Ларрея - боли при разведении крыльев таза

д) симптом Вернейля - боли при сдавлении крыльев таза

8. В лечении пострадавших с тяжелыми переломами костей таза не применяются

а) лечение и профилактика травматического шока

**б) восполнение потерянной при травме крови**

в) раннее вставание и активизация пострадавшего - "функциональное лечение"

г) репозиция смещенных отломков таза

д) профилактика и лечение возникающих осложнений

9. Чаще всего при переломах костей таза повреждаются

а) простата у мужчин и яичники у женщин

б) уретра, простатическая ее часть

**в) дистальная часть мочеиспускательного канала**

г) мочевой пузырь

д) влагалище у женщин и половой член у мужчин

10. Из перечисленных ниже симптомов, указывающих на повреждение тазовых органов, не являются основными

**а) задержка самостоятельного мочеиспускания**

б) кровь у периферического отверстия мочеиспускательного канала

в) наличие крови в моче

г) симптом дефицита при заполнении жидкостью мочевого пузыря и ее удалении

д) наличие добавочной тени при контрастном исследовании мочевого пузыря и уретры

11. Из перечисленных методов хирургического лечения повреждений мочевого пузыря и уретры не применяются

а) высокое сечение мочевого пузыря

**б) хирургическое ушивание ран мочевого пузыря и уретры**

в) дренирование околопузырного пространства и парауретральной области

г) соединение разорванных концов уретры на постоянном катетере

д) первичный шов уретры

12. Наиболее легким осложнением ранения мягких тканей области таза является

**а) недостаточность мышц (их сократительность)**

б) повреждение крупных сосудов и связанные с этим осложнения

в) повреждение крупных нервных стволов

г) развитие гнойной инфекции

д) развитие анаэробной инфекции

13. При первичной хирургической обработке огнестрельных ранений таза не следует делать

а) иссечение и рассечение поврежденных мягких тканей

б) остановку кровотечения, удаление сгустков крови и инородных тел

в) пластическое восстановление поврежденного органа (мочевого пузыря, прямой кишки, матки, влагалища)

**г) остеосинтез сломанных костей таза**

д) тщательное дренирование ран

14. При огнестрельных ранениях костей таза реже всего встречаются

а) продолжающееся артериальное и венозное кровотечение

б) гнойные затеки в мягкие ткани

в) остеомиелитический процесс в костях таза

**г) образование несросшихся переломов костей таза**

д) анаэробная инфекция

**42) Фиброзная остеодисплазия**

1. Диспластический процесс имеет в основе

а) нарушение сосудистой трофики

б) нарушение нервной трофики

в) неправильное незавершенное формирование органа или системы

**г) все правильно**

2. Фиброзная остеодисплазия относится

а) к хондродисплазиям

**б) к остеодисплазиям**

в) к гиперостозу

г) к костному эозинофилезу

3. При фиброзной остеодисплазии в костях определяется эмбриональная ткань

а) хрящевая

б) фиброзно-хрящевая

**в) фиброзная**

г) воспалительная

4. При фиброзной остеодисплазии чаще поражаются

а) плоские кости

б) позвоночник

**в) длинные трубчатые кости**

г) мелкие кости кистей и стоп

5. Патологическая ткань при фиброзной остеодисплазии чаще локализуется

а) в эпифизе

б) в зоне роста

**в) в метафизе**

г) в диафизе

6. Патологический очаг в костях при фиброзной остеодисплазии распространяется, как правило

а) проходит через кортикальный слой

**б) по ходу костно-мозгового канала**

в) проходит через зону роста

г) правильно все

7. Периостальная реакция при фиброзной остеодисплазии

а) имеет место

**б) отсутствует**

в) в виде луковичного периостита

г) в виде наличия спикул

 8. Возможны все перечисленные формы фиброзной остеодисплазии, кроме

а) мономелической

б) полиоссальной

в) олигооссальной

г) монооссальной

**д) акроформы**

9. При фиброзной остеодисплазии возможно наличие сопутствующих синдромов

а) Фюрмайера

б) Маффучи

**в) Олбрайта**

г) ни одного из перечисленных

10. Первые признаки фиброзной остеодисплазии появляются

а) сразу после рождения

б) до 5-летнего возраста

**в) до 10-летнего возраста**

г) в период полового созревания

д) у взрослого человека

11. Синдром Олбрайта включает все перечисленное, кроме

а) пигментных пятен

б) раннего полового созревания

**в) гемангиомы и лимфангиомы**

г) изменений в костях

12. К первым признакам заболевания фиброзной остеодисплазией относятся

а) повышение температуры тела

б) изменения в показателях крови

**в) патологический перелом и деформации конечностей**

г) карликовость

13. Рентгенологические изменения в костях при фиброзной остеодисплазии характеризуются

а) очагом деструкции с фестончатыми краями и "луковичным" периоститом

б) вздутыми костями, наличием кист

в) очагом деструкции, захватывающим метафизарный отдел, зону роста и эпифиз

**г) очагом деструкции по типу "матового стекла" и "таящего" сахара**

14. Дифференциальный диагноз фиброзной остеодисплазии проводится со всеми перечисленными поражениями, кроме

а) остеобластокластомы

**б) кисты кости**

в) эозинофильной гранулемы

г) остеогенной саркомы и саркомы Юинга

15. Консервативное лечение фиброзной остеодисплазии предусматривает

а) медикаментозное лечение

б) физиотерапевтическое лечение

в) грязелечение

г) аппаратотерапию

**д) не проводится**

16. Видами оперативного лечения фиброзной остеодисплазии являются

а) ампутация

б) околосуставная резекция

**в) сегментарная резекция поднадкостничная**

г) экзартикуляция

д) экскохлеация

17. Послеоперационный дефект кости при фиброзной остеодисплазии

а) не замещается

**б) замещается аутопластикой, замещается аллотрансплантатом**

в) замещается металлоконструкцией

г) замещается мышечной тканью

18. Оптимальный возраст для операции при фиброзной остеодисплазии

**а) до 5-летнего возраста**

б) до 10-летнего возраста

в) после окончания роста больного

г) у взрослого больного

19. Показаниями к оперативному лечению больных с фиброзной остеодисплазией являются

а) наличие даже небольшого очага

б) наличие болевого синдрома

**в) нарастающая деформация конечности**

г) правильно все

20. Перерождение патологической ткани при фиброзной остеодисплазии в злокачественную опухоль

**а) возможно**

б) невозможно

в) сомнительно

г) возникает часто

д) чрезвычайно редко

21. Послеоперационная реабилитация при фиброзной остеодисплазии включает

**а) гипсовую повязку, лечебную гимнастику**

б) иммобилизацию компрессионно-дистракционными аппаратами

в) НПВС

г) гормонотерапию

д) правильно все

**43) Электротравма**

1. Под воздействием электрического тока имеют место следующие изменения со стороны костной ткани, мышц, сухожилий

а) обугливание

б) оскольчатые переломы

в) расслоение мышц

г) образование в костях "жемчужин"

**д) все перечисленное**

2. Тяжесть повреждения при электротравме в большей степени зависит

а) от тока и напряжения

б) от вида тока (переменный, постоянный)

в) от сопротивления тканей

г) от окружающей среды

**д) всего перечисленного**

3. Диагностика повреждения электрическим током основана

а) на рассказе очевидцев

б) на анамнезе, выясненном у больного, если он в сознании

в) на осмотре и выявлении "знаков тока"

г) на оценке состояния ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной системы

**д) всего перечисленного**

4. Первая помощь при электротравме включает последовательность: 1) госпитализация, 2) непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, 3) освобождение от действия тока

а) верно 1, 2, 3

б) верно 2, 3, 1

**в) верно 3, 2, 1**

г) верно 2, 1, 3

д) верно 1, 3, 2

5. Местное воздействие электрического тока проявляется всеми перечисленными местными симптомами, кроме

**а) древовидно-разветвленных гиперемированных полос на коже, не исчезающих при надавливании**

б) полос, исчезающих при надавливании

в) обугливания от воздействия электрического тока

г) металлизации тканей

д) образования "знаков тока"

6. Клинические признаки "знаков тока" включают все перечисленное, кроме

а) появления на коже желто-бурых небольших участков кожи с вдавлением в центре и валикообразным утолщением по краям

**б) наличия боли на этих участках**

в) отсутствия боли на этих участках

г) отсутствия реактивной гиперемии

7. При "вольтовой" дуге возникает температура (градусов С)

а) 500

б) 1000

**в) 3000**

г) 10000

8. Отличие электроожога от термического заключается

а) в сохранности волосяного покрова на пораженном участке

б) в отсутствии волосяного покрова

**в) в отсутствии боли**

г) верно все

9. Отсечение омертвевшей конечности после электроожога производится

а) на 1-е сутки

**б) на 3-5 сутки**

в) при появлении демаркационной линии

г) в момент поступления

10. Осложнения электроожогов проявляются перечисленной патологией, исключая

а) развитие флегмон

б) развитие лимфангоитов

**в) вторичное кровотечение от разрыва сосудистой ткани**

г) длительно незаживающие трофические язвы

11. Прогноз и исход лучше, если ток, проходя через организм, образует "петлю"

**а) нижнюю**

б) верхнюю

в) полную

г) не имеет значения

12. Местное воздействие электротока состоит в следующих изменениях

а) в образовании знаков тока

б) в "металлизации" кожи

в) в появлении древовидно-разветвленных полос на коже и их исчезновении при надавливании

**г) все перечисленное правильно**