**Вступительные тестовые вопросы для определения уровня теоретических знаний по специальности «травматология - ортопедия»**

1. Перечислите условия, при которых скелетное вытяжение противопоказано:

1. отсутствие спицы;
2. наличие инфекции в месте проведения спицы;
3. отсутствие стандартной шины;
4. отсутствие электродрели;
5. возраст больного

2. Укажите правильное направление проведения спицы через верхнийметафизбольшеберцовой кости:

1. снаружи внутрь;
2. изнутри кнаружи;
3. спереди назад;
4. сзади вперед;
5. сбоку косо

3. Укажите, чем определяется необходимость строгого выбора места, уровня и направления при проведении спицы:

1. возможностью ранения мышцы;
2. возможностью повреждения кровеносных сосудов;
3. лучшими условиями анестезии;
4. меньшей сопротивляемостью кости проведению спицы;
5. возможность повреждения сустава

4. Отметьте правильное направление проведения спицы через надмыщелковую область бедра:

1. спереди назад;
2. снаружи внутрь;
3. изнутри кнаружи;
4. сзади вперед;
5. косо сбоку

5. Отметьте разновидности переломов, для лечения которых предпочтительнее использование метода скелетного вытяжения:

1. перелом обеих костей предплечья;
2. перелом обеих костей голени со смещением;
3. перелом метафиза большеберцовой кости без смещения;
4. перелом локтевого сустава;
5. перелом позвоночника

6. Перечислите признаки нарастающего сдавления конечности гипсовой повязкой:

1. отсутствие боли;
2. бледно розовый цветногтевых пластины;
3. нарастание боли, цианоз пальцев;
4. чувство хруста в области перелома;
5. тёплая конечность

7. При проведении спицы через пяточную кость возможно повреждение задней берцовой артерии:

1. по направлению снутри кнаружи;
2. снаружи кнутри;
3. аксиально снутри кнаружи;
4. аксиально снаружи кнутри;
5. сзади к переди;

8. Какую гипсовую повязку накладывают при контрактуре коленного сустава для устранения контрактуры:

1. мостовидная;
2. кокситная;
3. 3задняя гипсовая лангета;
4. редресационная;
5. циркулярную

9. Как называется операция вскрытия коленного сустава:

1. фасциотомия;
2. миотомия;
3. артротомия;
4. тенотомия;
5. трепанация;

10. Какой из перечисленных симптомов является положительным при повреждении мениска:

1. Кохера;
2. Ланганбека;
3. Байкова;
4. Гаранжо,
5. Волковича;

11. Какой симптом характерен при повреждении передней крестообразной связки:

1. симптом «блокады»;
2. симптом «щелчка» Чиклина;
3. симптом «выдвижного ящика»;
4. боковая девиация голени;
5. симптом Байкова;

12. Как называется гнойное воспаление коленного сустава:

1. гемартроз;
2. синовит;
3. тендовагинит;
4. коксит;
5. гонит.

13. Какое положение коленного сустава называется средне физиологически согнутое под углом:

1. 110°
2. 130°
3. 145°
4. 170°
5. 90°

14. Куда крепится собственная связка надколенника:

1. медиальному мыщелку большеберцовой кости;
2. латеральному мыщелку большеберцовой кости;
3. головке малоберцовой кости;
4. медиальному мыщелку бедренной кости;
5. бугристости большеберцовой кости;

15. Какая мышца сгибает голень:

1. четырехглавая мышца бедра;
2. тонкая мышца бедра;
3. длинная приводящая мышца бедра;
4. двуглавая мышца бедра
5. приводящая мышца бедра;

16. Где происходит линия излома при эпифизарном переломе большеберцовой кости:

1. перелом средней трети;
2. перелом верхней трети диафиза;
3. перелом нижней трети диафиза;
4. перелом ближе к суставному концу;
5. перелом мыщелков;

17. Как называется соединение большеберцовой и малоберцовой кости в дистальном отделе:  
1. синостоз;

2. синдесмоз;

3. синхондроз;

4.артроз;

5. синанстоз;

18. Чем кончается малоберцовая кость в дистальном отделе:

1. наружным мыщелком;
2. внутренним мыщелком;
3. внутренней лодыжкой,
4. наружной лодыжкой;
5. шиловидным отростком;

19. Как правильно измерить анатомическую длину бедра:

1. от передней верхней ости подвздошной кости до щели коленного сустава;
2. от передней верхней ости подвздошной кости до нижнего края надколенника;
3. от большого вертела до щели коленного сустава;
4. от большого вертела до нижнего края надколенника;
5. от большого вертела до наружной лодыжки;

20. Как правильно измерить анатомическую длину голени:

1. от нижнего края надколенника до щели голеностопного сустава;
2. от щели коленного сустава до щели голеностопного сустава;
3. от нижнего края надколенника до нижнею края наружной лодыжки;
4. от щели коленного сустава до нижнею края наружной лодыжки;
5. от щели коленного сустава до внутренней лодыжки;

21. В каком положении больного измеряется функциональное укорочение или удлинение нижней конечности:

1. сидя;
2. лежа на боку;
3. стоя на одной ноге;
4. лежа на спине;
5. стоя на двух ногах;

22. Из каких величин складывается функциональное укорочение или удлинение нижней конечности:

1. из кажущеюся и относительною укорочения и анатомическою бедра;
2. из анатомического и относительного;
3. из анатомического, кажущегося и относительного укорочения нижней конечности;
4. из относительного, кажущееся укорочений и анатомической голени;
5. из относительного, кажущего удлинения бедра;

23. Как проходит нормальная ось нижней конечности:

1. от передней верхней ости подвздошной кости, середину надколенника к внутренней лодыжке;
2. от передней верхней ости подвздошной кости, середину надколенника к наружной лодыжке;
3. от большого вертела, середину надколенника к внутренней лодыжке;
4. от большого вертела , по наружному краю надколенника к наружной лодыжке;
5. от передней верхней ости подвздошной кости, середину надколенника, между первым и вторым пальцами стопы;

24. Как измерить относительную длину нижней конечности:

1. от передней верхней ости подвздошной кости до подошвенной поверхности пятки;
2. от щели тазобедренного сустава до нижнего края наружной лодыжки;
3. от щели тазобедренного сустава до подошвенной поверхности пятки;
4. от передней верхней ости подвздошной кости до наружной лодыжки;
5. от большого вертела до нижнего края наружной лодыжки.

25. Как в норме проходит ось верхней конечности:

1. от головки плечевой кости, через головку лучевой кости на головку локтевой кости;
2. от акромиального отростка через головки плечевой кости па шиловидный отросток лучевой кости;
3. от головки плечевой кости через головку лучевой кости на середину между лучевой и локтевой костью в лучезапястном суставе;
4. от головки плечевой кости через головку лучевой кости на шиловидный отросток лучевой кости;
5. от головки плечевой кости через локтевой отросток и головку лучевой кости.

26. Как измерить относительную длину верхней конечности:

1. от акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка лучевой кости или до конца 3 пальца;
2. от головки плечевой кости до шиловидного отростка лучевой кости или до конца 3 пальца;
3. от акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка локтевой кости или до конца 5 пальца;
4. от головки плечевой кости до шиловидного отростка локтевой кости или до конца 5 пальца;
5. от головки плечевой кости до головки локтевой кости и до конца 4 пальца.

27. Как измерить анатомическую длину предплечья:

1. от суставной щели локтевого сустава до шиловидного отростка локтевой кости;
2. от локтевого отростка до шиловидного отростка лучевой кости;
3. от локтевого отростка до шиловидного отростка локтевой кости;
4. от суставной щели локтевого сустава до суставной щели лучезапястного сустава;
5. от суставной щели локтевого отростка до шиловидного отростка лучевой кости;

28. Как измерить анатомическую длину плеча:

1. от акромиального отростка до суставной щели локтевого сустава;
2. от края акромиального отростка до локтевого отростка или наружного надмыщелка плечевой кости;
3. от акромиального отростка до внутреннего надмыщелка плеча;
4. от бугорка головки плечевой кости до локтевого сустава.
5. от бугорка головки плечевой кости до локтевого отростка или наружного надмыщелка плечевой кости.

29. Из каких величин слагается истинная или анатомическая длина нижней конечности:

1. относительной и кажущейся длин нижней конечности;
2. анатомической и кажущейся длин и длины бедра;
3. анатомической длины бедра и анатомической длины голени;
4. функционального укорочения и длин бедра и голени;
5. кажущегося и функциональной длинны нижней конечности.

30. Как измерить относительную длину нижней конечности:

1. от большого вертела до нижнего края наружной лодыжки;
2. от щели тазобедренного сустава до нижнего края наружной лодыжки;
3. от большого вертела до подошвенной поверхности пятки;
4. от щели тазобедренного сустава до внутренней лодыжки;
5. от передней верхней ости подвздошной кости до нижнего края наружной лодыжки;

31. Какая шина накладывается для транспортировки больного при переломе бедра:

1. Кузьминского;
2. Белера;
3. Дитрихса;
4. Еланского;
5. Балканского;

32.Куда смещается периферический отломок при переломе бедра в нижней трети:

1. кпереди;
2. кнутри;
3. кзади;
4. кнаружи;
5. к боку;

33.Укажите куда смещается периферический отломок при аддукционном переломе хирургической  
шейки плеча:

1. кнаружи;
2. кнутри.
3. ротируется;
4. вверх;
5. вниз;

34. Укажите за какое анатомическое образование проводится спица Киршнера при переломах плечевой  
кости:

1. через большой бугор;
2. через проксимальный отломок;
3. через наружныйнадмыщелок плеча;
4. через головку плечевой кости;
5. через локтевой отросток;

35. Куда смещается периферический отломок при абдукционном переломе плеча:

1. кпереди;
2. кнаружи;
3. кнутри;
4. кзади;
5. ротируется;

36.Укажите куда открыт угол при отводящем переломе плеча:

1. кпереди;
2. кзади;
3. кнаружи;
4. кнутри;
5. ротируется;

37. Куда смещается центральный отломок при переломе бедра в верхней трети:

1. кзади;
2. кнутри;
3. кнаружи и кпереди;
4. по длине;
5. по ширине;

37. Что является противопоказанием для оперативного лечения переломов костей:

1. поперечные переломы;
2. интерпозиция мягких тканей;
3. травматический шок;
4. ложный сустав;
5. остеомиелит;

38. Что следует предпринять у больного с открытым переломом и кровотечением из поврежденной  
артерии:

1. введение наркотических средств;
2. введение кровоостанавливающих и сосудосуживающих средств;
3. наложить повязку на рану;
4. наложить гипсовую лонгету на конечность;
5. наложить жгут на конечность;

39. Укажите доврачебную помощь при переломах нижней конечности:

1. массаж конечностей;
2. наложение гипсовой повязки;
3. введение раствора глюкозы;
4. наложение жгута на конечность;
5. иммобилизация конечностей шинами или подручными средствами;

40. Оказывая первую медицинскую помощь при закрытых переломах на поле боя необходимо:

1. наложить жгут;
2. снять обувь с поврежденной конечности;
3. снять одежду с поврежденной конечности;
4. провести оперативное лечение;
5. провести транспортную иммобилизацию;

41. Какая шина применяется для лечения врожденного вывиха бедра:

1. шина Крамера;
2. ЦИТО;
3. шина Белера;
4. шина Дитерихса;
5. шина Виленского;

42. Какая шина применяется для лечения при переломах плеча:

1. Крамера;
2. ЦИТО;
3. Дитерихса;
4. Белера;
5. Лестничная ;

43. Стабильные переломы позвоночника- это когда имеет место:

1. клиновидная компрессия тела на 1/2 высоты и больше;
2. клиновидная компрессия тела с разрушением заднего связочного аппарата;
3. имеется тенденция к горизонтальному смещению позвонка;
4. перелом передневерхнего, передненижнего углов тела позвонка, клиновидная компрессия меньше, чем на 1/2высоты тела;
5. клиновидная компрессия теле на 1\3 высоты и больше;

44. Нестабильными называются переломы позвонков, когда имеет место:

1. перелом передневерхнего или передненижнего угла тела позвонка;
2. переломы поперечного, остистого отростков;
3. клиновидная компрессия меньше, чем на 1 /2 высоты тела позвонка;
4. перелом поперечного отростка позвонка;
5. перелом тела позвонка с клиновидной компрессией на 1/3 высоты;

45. Неосложненные переломы позвонков сопровождаются:

1. полным перерывом спинного мозга;
2. частичным перерывом проводимости спинного мозга;
3. спинной мозг не поврежден;
4. сотрясением или ушибом спинного мозга;
5. парезом нижних конечностей;

46. Осложненные переломы позвонков сопровождаются:

1. повреждением спинного мозга;
2. переломом дужек и отростков; .
3. переломом 2-х или более позвонков;
4. повреждением внутренних органов;
5. периодическими болями;

47. При переломах тел позвонков определяется:

1. резкая поверхностная боль на уровне сломанного позвонка;
2. усиление болей при разгибании;
3. «костный хруст» при надавливании на остистый отросток;
4. тупая боль в глубине, усиливающаяся при осевой нагрузке;
5. усиление болей при сгибании;

48. При переломах остистых отростков позвонков определяется:

1. резкая боль, усиливающаяся при разгибании;
2. тупая боль, усиливающаяся при осевой нагрузке;
3. положительный симптом Оплина;
4. «псевдоабдоминальный синдром»;
5. крепитация, местная гиперемия;

49. При переломах поперечных отростков поясничных позвонков определяется:

1. положительный симптом «прилипшей пятки»;
2. симптом «осевой нагрузки»;
3. характерная поза Томпсона;
4. незначительные боли, внешних признаков нет;
5. ноющие боли и ограничение движения;

50. «Взрывной» перелом тела позвонка возникает:

1. при повреждении диска позвонка;
2. при проникновении пульпозного ядра в тело позвонка при значительной нагрузке;
3. при повреждении заднего опорного комплекса;
4. при сгибательно - вращательном механизме;
5. при через мерном разгибании;

51. «Хлыстовой» механизм перелома тел позвонков происходит при:

1. воздействии силы по оси позвоночника;
2. сгибании и вращении;
3. смена сгибания и разгибания;
4. при прямом ударе;
5. при через мерном сгибании;

52. Симптом «вожжей» возникает в результате:

1. сглаженности физических изгибов;
2. отеков в поврежденной области;
3. гематомы над поврежденным отделом;
4. деформации позвоночника (лордозе, кифозе);
5. паравертебральные боли;

53. Компрессия тела позвонка I степени рентгенологически характеризуется:

1. высота тела снижена не более, чем на 1/3;
2. высота тела снижена не более, чем на 1/2;
3. высота тела не снижена;
4. увеличена ширина тела позвонка;
5. высота тела снижена не менее, чем на 1\2.;

54. Компрессия тела позвонка II степени рентгенологически характеризуется:

1. высота тела не снижена;
2. высота тела снижена на 1/2;
3. высота тела снижена на 1/2 и более;
4. высота тела снижена до 1\2.;
5. увеличена ширина тела позвонка; .

55. При компрессии тела Ш степени на рентгенограмме:

1. высота тела снижена на 1/3;
2. высота тела снижена на 1/2;
3. снижение высоты тела более чем на половину;
4. фрагментация тела позвонка;
5. сужение позвоночного канала;

56. Гематомиелия - это:

1. кровоизлияние в субарахноидальное пространство;
2. кровоизлияние в эпидуральное пространство;
3. кровоизлияние в субдуральное пространство;
4. кровоизлияние в серое вещество спинного мозга;

5. кровотечение в желудочки головного мозга;

57. Спинальный шок характеризуется:

1. внезапным выпадением функции спинного мозга ниже поврежденного уровня;
2. резким падением артериального давления и учащением пульса;
3. нарушением дыхания и кровообращения;
4. внезапной потерей сознания;
5. резким повышением внутри черепного давления;

58 Сотрясение спинного мозга характеризуется:

1. нарушением подвижности подпаутинного пространства;
2. структурным повреждением спинного мозга;
3. обратимые изменения в виде нарушения проводимости;
4. необратимые изменения спинного мозга;
5. стойким нарушением проводимости;

59. Ушиб спинного мозга вызывает:

1. органическое повреждение ткани в виде некроза, кровоизлияния;
2. нарушение проходимости подпаутинного пространства;
3. полный анатомический перерыв;
4. преходящие нарушения проходимости, исчезающие в течение нескольких минут;
5. нарушением функции внутренних органов;

60. При повреждении верхне-шейного отдела спинного мозга на уровне (С I-IV)  
развивается:

1. вялый паралич верхних конечностей;
2. вялый паралич верхних конечностей, спастический паралич  
   нижних конечностей;
3. спастическаятетраплегия, расстройство дыхания, кровообращения;
4. спастическая параплегия;
5. парез нижних конечностей;

61. При повреждение нижнешейного отдела спинного мозга (С IV-VII) развивается:

1. спастическая тетраплегия;
2. вялый паралич верхних, спастический паралич нижних конечностей;
3. спастическая верхняя параплегия;
4. вялая нижняя параплегия;
5. тоникоклонические судороги;

62. При повреждении грудного отдела спинного мозга развивается:

1. спастическаятетраплегия;
2. вялый паралич нижних конечностей;
3. спастическая нижняя параплегия, парестезии;
4. триада Горнера (птоз, миоз, энофтальм);
5. параплегия, гиперестезия нижних конечностей;

63. При повреждении спинного мозга на уровне ThX-XII и LI развивается:

1. периферический вялый паралич нижних конечностей, тазовые расстройства;
2. спастическаятетраплегия, тазовые расстройства;
3. спастический паралич нижних конечностей, парестезии;
4. опоясывающие корешковые боли;
5. повышение сухожильных рефлексов;

64. Транспортировка больных с повреждениями позвоночника осуществляется:

1. на жесткой ровной поверхности в положение лежа;
2. на кресле после иммобилизации шинами;
3. на носилках в удобном для больного положении;
4. в положение «лягушки»;
5. лежа на шине Белера;

65. Ликвородинамическая проба Квекенштедта:

1. в момент пункции и измерения ликворного давления ассистент давит на переднюю брюшную стенку;
2. наклоняет голову больного к груди;
3. сдавливает яремные вены;
4. сравнивает начальное и конечное ликворное давление после эвакуации 7-20 мл жидкости;
5. отсутствие спиномозговой жидкости;

66. Ликвородинамическая проба Стуккея:

1. в момент пункции и измерения ликвородинамического давления ассистент давит на яремные вены;
2. на переднебрюшную стенку;
3. наклоняет голову больного к груди;
4. сравнивает начальное и конечное давление после эвакуации 7-10мл жидкости;
5. повышение скорости эвакуации спиномозговой жидкости;

67. Для лечения больных с компрессией тел шейных позвонков применяется:

1. способ Уотсона - Джонса (одномоментнаяреклинация);
2. метод Гориневской - Древинга;
3. метод этапнойреклинации с использованием валиков;
4. вытяжение петлей Глиссона или скобой Василевского;

5. воротник Шанца;

68. Одномоментнаяреклинация по Уотсон - Джонсу показана:

1. при экстензионных переломах ;
2. при переломе дуг и суставных отростков;
3. при травматических спондилолистезах;
4. при стабильных переломах с компрессией Ш степени поясничного отдела.
5. при вывихе первого шейного позвонка;

69. Функциональный метод лечения по Гориневской - Древингу применяется:

1. при нестабильных переломах;
2. при стабильных переломах;
3. при спондилолистезах;
4. при переломовывихах позвонков;
5. при компрессионых переломах позвонков;

70. Метод Гориневской - Древинга заключается:

1. в одномоментнойреклинации тел позвонков;
2. в этапнойреклинации тел позвонков;
3. в применении комплекса ЛФК для выработки мышечного корсета;
4. в фиксации гипсовыми корсетами;
5. в ранней активизации больного;

71. Репозиция компрессионных переломов тел в нижнегрудном, поясничном отделах по  
Уотсон - Джонсу осуществляется:

1. подтягиванием больного, лежащего вниз лицом, за ноги;
2. разгибание позвоночника на столах разной высоты;
3. подтягиванием больного вверх с помощью лямки;
4. на гамаке с фиксированными к столу ногами;
5. растягивание больного на двух столах одного уровня;

72. Этапная постепенная репозиция компрессионного позвонка осуществляется:

1. щит реклинатором Каплана в течение 60 мин;
2. на гамаке Казакевича в течение 10-40 мин;
3. путем увеличения разгибания позвоночника;
4. методом Дэвиса в течение 40 - 50 мин;

5. поэтапным наложением гипсовой повязки;

73. Вертебральная блокада по Шнеку проводится;

1. введением новокаина в корешки спинномозговых нервов;
2. введением 1% раствора новокаина в количестве 10 мл в область поперечных отростков позвоночника;
3. введением 1% раствора новокаина в количестве 10 -15 мл в гематому при достижении иглы тела позвонка;
4. введением 0,5% раствора новокаина в количестве 5-10 мл в остистый отросток позвонка.
5. введением 1% раствором новокаина в количестве 10 мл + вит В6 2мл в поперечный отросток позвонка;

74. Симптом «прилипшей пятки» (Гориневской) характерен для:

1. перелома остистого отростка VII шейного позвонка;
2. перелома поперечного отростка в поясничном отделе позвонка;
3. перелома тел верхнегрудных позвонков;
4. перелома дужек и суставных отростков позвонков;
5. перелома остистых отростков грудных позвонков;

75. Скоба Базилевского накладывается:

1. за теменные бугры;
2. за скуловые дуги;
3. за окципитальную область;
4. за окципитоцервикальную область;
5. за сосцевидные отростки височной кости;

76. При «взрывных» переломах тел позвонков показана операция:

1. ляминэктомия;
2. задний спондилодез;
3. передний спондилодез с аутопластикой;
4. окципитоспондилодез;
5. стабилизация транспедикулярным фиксатором;

77. Перитонизм при переломе позвонков развивается:

1. вследствие вегетативных неврологических расстройств;
2. вследствие сдавливания корешков спинного мозга гематомой;
3. забрюшинная гематома раздражает брюшину;
4. при субарахноидальном кровоизлиянии;
5. внутрибрюшном кровотечении;

78. Изолированные вывихи и подвывихи позвонков характерны:

1. для поясничного отдела позвоночника;
2. для грудного отдела позвоночника;
3. для шейного отдела позвоночника;
4. на стыке физиологических изгибов — лордоза и кифоза;
5. детям не старше трех лет;

79. Симптом «Гусиная шея » определяется:

1. стараясь разгрузить поврежденный позвонок, больной старается распрямить и вытянуть позвоночник, отчегофигура становится прямолинейной;
2. стараясь уменьшить нагрузку больной вытягивает шею;
3. больной поддерживает голову руками, охватывая её с боков;
4. сглаживается физиологический лордоз в области шеи;
5. больной старается запрокинуть голову назад, чтобы уменьшить боли шейном отделе позвоночника;

80. Симптом «осевой нагрузки» определяется:

1. в положении больного стоя;
2. в положении больного сидя;
3. в положении больного лёжа;
4. в положении больного сидя или стоя;
5. в положении больного полусидя;

81. При компрессионных переломах шеи позвонков наиболее информативной, является:

1. рентгенография в прямой проекции;
2. рентгенография в полупрофильной проекции;
3. лигаментография;
4. рентгенография в боковой проекции;

5. спондилография;

82. В каком положении позвоночный столб испытывает наибольшую нагрузку  
1. стоя на обеих ногах:

1. стоя на одной ноге,

3. сидя; .

4.лежа на спине;

5. лежа на боку;

83. В каком отделе наиболее часто повреждается спинной мозг при переломе позвоночного столба.

1. крестцовом;
2. поясничном;
3. в ниже грудном;
4. в средне шейном.
5. в верхне грудном;

84. Какой из переломов позвоночника считается нестабильным

1. разрыв надкостной связки;
2. односторонний подвывих;
3. вертикальный перелом тела;
4. разрыв фиброзного кольца диска;

5. компрессионный перелом;

85. Какое из повреждений позвоночника считается стабильным

1. разрыв надкостной связки;
2. односторонний подвывих;
3. вертикальный перелом тела;
4. разрыв фиброзного кольца диска;
5. перерыв спинного мозга;

86. Выделите расположение желтой связки позвоночника

1. на передней поверхности тел позвонков;
2. на задней поверхности тел позвонков;
3. между дужками позвонков;
4. между остистыми отростками позвонков;
5. между поперечными отростками позвонков;

87.Отметьте пространство позвоночного канала, в котором циркулирует спинно-мозговая жидкость

1. эпидуральное;
2. субдуральное;
3. субарахноидальное;
4. перидуральное;
5. подпаутинное;

88. Укажите протяженность шейного утолщение спинного мозга, из которого возникают нервы верхней конечности:

1. между 1 и 4 шейными позвонками;
2. между 4 шейным и 1 грудным позвонками;
3. между 4 и 6 шейными позвонками;
4. между 6 шейными и 6 грудным позвонками;
5. между 5 шейным и 4 грудными позвонками;

89. Укажите протяженность поясничного утолщение спинного мозга, из которого возникают нервы  
нижней конечности:

1. между 10 грудным и 1 поясничными позвонками;
2. между 8 и 10 грудными позвонками;
3. между 12 грудным и 2 поясничными позвонками;
4. между 1 и 4 поясничными позвонками;
5. между 11 грудным и 3 поясничными позвонками;

90. Отметьте расположение первого шейного корешка спинного мозга:

1. в промежутке между 1 и 3 шейными позвонками;
2. в промежутке между 3 и 6 шейными позвонками;
3. в промежутке между затылочной костью и атлантом;
4. в промежутке между атлантом и аксисом;
5. в промежутке 5и 7 шейными позвонками;

91. Выделите отростки 1и 4 поясничных позвонков, к которым прикрепляется квадратная мышца  
поясницы

1. верхние суставные;
2. нестезинижние суставные;
3. остистые:
4. поперечные;

5. тела позвонков;

92 . Отметьте мышцу спины, прилежащую к боковым поверхностям остистых отростков  
поясничных позвонков:

1. квадратная мышца;
2. широкая мышца спины;
3. выпрямитель спины;
4. большая ягодичная;
5. трапецевидная мышца;

93. У кажите допустимые методы обезболивания при выправлении вывихов шейных  
позвонков:

1. общее;
2. местно-раствором новокаина;
3. введением 1мл - 1% раствора пантопона;
4. спинномозговая анестезия;
5. фасциальная анестезия;

94. Выделите ведущий критерий для выработки показаний к ламинэктомии при осложненных переломах позвоночника:

1. наличие неврологических расстройств;
2. характер перелома;
3. вид смещения позвонков;
4. наличие признаков сдавления спинного мозга или его корешков;

5. нарушение функции органов малого таза;

95.Выделите способ вытяжение для иммобилизации больного при лечении переломов грудных позвонков

1. за подмышечные области;
2. петлей Глиссона;
3. скелетное вытяжение за череп;
4. воротником Шанца;
5. вытяжение через пяточную кость;

96.Укажите основную цель, достигаемую люмбальной пункцией у больных с осложненными переломами позвонка:

1. измерение ликворного давления;
2. снижение ликворного давления;
3. определение проходимости ликворопроводящих путей;
4. определение характера повреждения спинного мозга;
5. определение капель жира;

97. Отметьте наиболее адекватные способы коррекции дыхания у больных с осложненными переломами шейных позвонков:

1. введение стимуляторов дыхания;
2. трахеостомия и искусственная вентиляция легких;
3. дыхательная гимнастика;
4. интубация;
5. использование аэрозолей;

98. При каком переломе таза нарушается целостность тазового кольца:

1. односторонний перелом седалищной кости;
2. двухсторонний перелом седалищной кости;
3. односторонний перелом лонной кости;
4. односторонний перелом лонной и седалищной кости;

5. двусторонний перелом лонной кости;

99. При каком переломе не нарушается целостность тазового кольца:

1. продольный перелом крестца;
2. продольный перелом подвздошной кости;
3. разрыв симфиза;
4. перелом лобковой с одной и седалищной с другой стороны;
5. двусторонний разрыв кресцовоподвздошного сочленения;

100. Укажите расположение бедренных сосудов:

1. позади крестцовой кости;
2. спереди от лобковой кости;
3. позади лобковой кости;
4. позади подвздошной кости;
5. позади седалищных костей;

101. Отметьте расположение запирательного канала в пределах запирательного отверстия:  
1. в верхнем его о т деле;

1. в нижнем его отделе;
2. в медиальном отделе;
3. в наружном отделе;
4. в латеральном отделе;

102. Укажите расположение надампуллярного отдела прямой кишки по отношению к брюшине:

1. интраперитонеальное;
2. мезоперитонеальное;
3. ретроперитонеальнос;
4. экстраперитонеальное;
5. за брюшинное;

103. Укажите расположение ампуллярного отдела прямой кишки по отношению к брюшине:

1. интраперитонеальное;
2. мезоперитонеальное;
3. ретроперитонеальное;
4. экстраперитонеальное;
5. за брюшинное;

104. Укажите, как изменится относительная длина нижней конечности при переломах таза с  
одновременным нарушением переднего и заднего полуколец:

1. увеличивается незначительно;
2. увеличивается более 5 см;
3. увеличивается более 10-15 см; ....
4. уменьшается;
5. уменьшается не менее 5см;

105. Укажите способы репозиции и иммобилизации при изолированных разрывах симфиза:

1. скелетное вытяжение за нижнюю конечность;
2. стягивание поясом Гильфердинга;
3. оперативное вмешательство (остеосинтез).
4. положение по Волковичу-Дьяконова
5. скелетное вытяжение за большой вертел бедренной кости;

106. Подчеркните повреждения, которые могут возникать в результате удара вертельной области:

1. разрыв симфиза;
2. перелом тела подвздошной кости;
3. перелом передней верхней ости;
4. перелом шейки бедра.

5. перелом лонной кости;

107. Укажите в каких случаях нельзя накладывать скелетное вытяжение за нижнюю конечность при  
переломах таза:

1. вертикальные переломы;
2. перелом крыши вертлужной впадины;
3. перелом типа "бабочки";
4. перелом края вертлужной впадины;
5. перелом седалищной кости;

108. Выделите этиологические факторы, определяющие тяжелое течение шока при переломах таза:

1. раздражение большого количества нервных элементов ;
2. жировая эмболия кровеносных сосудов;
3. всасывание токсических продуктов из поврежденных тканей;
4. нагноение гематом;
5. нарушение функции органов малого таза;

109. Подчеркните мероприятия, направленные на уменьшение раздражения как причины шока у  
больных с переломами таза:

1. Иньекция морфия;
2. тщательная иммобилизация и внутритазовая новокаиновая блокада по Школьникову-Селиванову;
3. пресакральная новокаиновая блокада;
4. спинно-мозговая анестезия;
5. общий наркоз;

110. Укажите артерии, при перевязке которых можно рассчитывать на остановку кровотечения при  
переломах таза:

1. наружная подвздошная и подчревная;
2. бедренная;
3. внутренняя подвздошная;
4. запирательная;
5. наружная подвздошная;

111. Какой процент новокаина и количество раствора в мл вводят при внутритазовой блокаде по школьникову-Селиванову:  
1. 1%-150-200 мл;

1. 0,5%- 100-150 мл;

3. 0,25% - 400-500 мл;

4. 2% - 300-350 мл;

5. 5%- 200-300 мл;

112. Способ консервативного лечения разрывов лобкового симфиза:

1. скелетное вытяжение;
2. укладка по Волковичу;
3. матерчатый гамак на область таза;
4. наложение манжеточного вытяжения;
5. клеевое вытяжение;

113. Как отвести головку бедра из полости малого таза, при центральном вывихе бедра:

1. наложить манжеточное вытяжение за голени;
2. наложить скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости;
3. уложить на щит в положении "лягушки";
4. скелетное вытяжение по оси бедра и по оси шейки бедра;

5. наложение кокситной гипсовой повязки;

114. Длительность ходьбы на костылях после снятия скелетного вытяжения, при переломах костей таза  
со смещением:

1. 1 нед.;
2. 2 нсд.;
3. 2-3 нед.;
4. 4-5 нед.;

5. 15 дней;

115. Длительность ходьбы на костылях без опоры на одну ногу, при переломе вертлужной впадины:

1. 1-2 мсс.;
2. 2-3 мес.;

3. 3-5 мес.;

4. 4-6 мес.;

5. 6-7 мес;

116. Под каким обезболиванием надо вправлять вывих бедра:

1. местным;
2. спинно-мозговым;
3. общим;
4. внутрикостным;
5. футлярным;

117. После вправления травматического вывиха бедра следует:

1. наложить кокситную повязку;
2. уложить на шину Белера с наложением скелетного вытяжения;
3. наложить скелетное вытяжение за надлодыжечную область в прямом положении конечности с отведением;
4. наложение деротационного сапожка;
5. наложить шину Дитрекса;

118. Срок иммобилизации при разрыве лобкового симфиза:

1. 1-2нед.;
2. 2-Знед.;
3. 4-5нед.;
4. 6-8 нед.;
5. 30 дней;

119. Срок иммобилизации после вправления вывиха бедра:  
1. 1-2нед.;

1. 2-3 нед,;
2. 3-4 нед.;
3. 4-5 нед.;
4. 5-6 нед.;

120. Длительность ходьбы на костылях после снятия скелетного вытяжения по поводу травматического  
вывиха бедра:

1. 1-2 нед.;
2. 2-3 нед.;
3. 3-4 нед.;
4. 7-8 нед.;
5. 5-6 нед.;

121. Неотложные меры, при травматических вывихах бедра с переломом заднего края вертлужной  
впадины:

1. наложение скелетного вытяжения;
2. вправление вывиха, наложение скелетного вытяжения;
3. уложить на щит в положении "лягушки";
4. наложение гипсовой повязки;
5. наложение шины Дитрикса;

122. Укажите уровень бедренной кости, где диаметр костно-мозгового канала наименьший:

1. верхний метадиафиз;
2. средняя треть диафиза;
3. нижняя треть диафиза;
4. нижний метадиафиз;
5. верхний эпифиз;

123. Отметьте, как будет меняться длина бедра с уменьшением шеечно-диафизарного угла:

1. увеличивается незначительно;
2. увеличивается значительно;
3. не изменяется;
4. уменьшается;

5. увеличиваться;

124. Укажите уровень бедренной кости, где диаметр костно-мозгового канала резко увеличивается:

1. середина диафиза;
2. верхний метадиафиз;
3. нижний метадиафиз;
4. нижний метаэпифиз;
5. верхний метафиз;

125. Укажите, как будет изменяться относительная длина бедра при вывихе головки бедренной кости кверху:

1. увеличивается незначительно;
2. увеличивается значительно;
3. не изменяется;
4. уменьшается;
5. увеличиваться;

126. Отметьте, как изменяется абсолютная длина бедра при вывихах его кверху:

1. увеличивается незначительно;
2. увеличивается значительно;
3. не изменяется;
4. уменьшается значительно;
5. уменьшаться;

127. Подчеркните направление движения бедра при сокращении мышц, начинающихся от лонной кости:

1. кнаружи;
2. кнутри;
3. кзади;
4. кпереди;
5. кверху;

128. Отметьте, мышцу-сгибателя бедра:

1. четырехглавая;
2. подвздошно-поясничная;
3. двухглавая;
4. гребешковая;
5. портняжная;

130. Укажите уровень бедра, на котором бедренная артерия непосредственно прилежит к кости:

1. верхняя треть;
2. средняя треть;
3. нижняя треть;
4. наружный мыщелок;
5. внутренний мыщелок;

131. Укажите уровень, где прижимается бедренная артерия для временной остановки кровотечения:

1. выше лонной кости;
2. на уровне лонной кости;
3. в.средней трети бедра;
4. в подвздошной области;
5. в нижней трети бедра.

132. Укажите источники кровоснабжения головки бедренной кости:

1. наружная бедренная артерия;
2. артерия вертлужной впадины;
3. внутренняя бедренная артерия;
4. артерия круглой связки.

5. запирательная артерия;

133. Назовите части верхнего конца бедренной кости, не покрытые надкостницей:

1. большой вертел;
2. малый вертел;
3. мыщелки бедра;
4. шейка бедра.
5. тело бедренной кости;

134. Выделите разновидность вывихов бедра, при которой возможно сдавление бедренных сосудов:

1. подвздошный;
2. седалищный;
3. надлонный;
4. запирательный;
5. надседалищный;

135. Выделите разновидность вывиха бедра, при которой возможно повреждение седалищного нерва:

1. подвздошный;
2. седалищный;
3. надлонный;
4. запирательный;
5. надседалищный;

136. Отметьте симптомы, характерные для переломов верхнего конца бедренной кости:

1. наружная ротация стопы, укорочение конечности;
2. внутренняя ротация стопы;
3. удлинение конечности;
4. укорочение относительной длины;
5. крепитация, отек;

137. Отметьте уровень перелома бедренной кости с наибольшей варусной деформацией ("Симптом галифе"):

1. чрезвертельный; .
2. через шейку;
3. на границе верхней и средней трети;
4. надмышелковый;
5. прелом большого вертела;

138. Укажите наиболее рациональный способ иммобилизации конечности после вправления вывиха бедра:

1. гипсовая кокситная повязка;
2. деротационный сапожок;
3. скелетное вытяжение;
4. манжеточное вытяжение;
5. клеевое вытяжение;

139. К внутрисуставным переломам шейки бедра не относится:

1. капитальный;
2. субкапитальный;
3. межвертельный;
4. чрезвертельный;

5. трансцервикальный;

140. К внутрисуставным переломам шейки бедра относится:

1. межвертельный;
2. подвертельный;
3. чрезвертельный;
4. субкапитальный.
5. мыщелковый

141. Если плоскость перелома проходит дистальнее прикрепления капсулы сустава к шейки бедра, то перелом называется:

1. медиальным;
2. внутрисуставным;
3. латеральным;
4. базальным.

5. внесуставным;

142. Выделите костные элементы, не участвующие в образовании коленного сустава:

1. внутренний мыщелок бедра;
2. надколенник;
3. внутренний мыщелок большеберцовой кости;  
    4. головка малоберцовой кости;

5. наружный мыщелок бедренной кости;

143. Укажите место прикрепления передней крестообразной связки к бедренной кости:

1. латеральная поверхность наружного мыщелка;
2. медиальная поверхность наружного мыщелка;
3. медиальная поверхность внутреннего мыщелка;
4. латеральная поверхность внутреннего мыщелка;
5. латеральная поверхность мыщелка большеберцовой кости;

144. Выделите место прикрепления задней крестообразной связки к бедренной кости:

1. латеральная поверхность наружного мыщелка;
2. латеральная поверхность внутреннего мыщелка;
3. медиальная поверхность внутреннего мыщелка;
4. медиальная поверхность наружного мыщелка:
5. медиальная поверхность мыщелка большеберцовой кости;

145. Укажите положение ноги, при котором емкость коленного сустава становится наибольшей:

1. полное сгибание в коленном суставе;
2. небольшое сгибание в коленном суставе;
3. сгибание голеностопного сустава;
4. максимальное разгибание в коленном суставе;
5. сгибание тазобедренного сустава;

146. Укажите положение ноги, при котором емкость коленного сустава становится наименьшей:

1. полное разгибание в коленном суставе;
2. полное разгибание в тазобедренном суставе;
3. небольшое сгибание в коленном суставе;
4. максимальное сгибание в коленном суставе;
5. небольшое сгибание в голеностопном суставе;

147. Подчеркните место прикрепления крестообразных связок коленного сустава к большеберцовой кости:

1. бугристость большеберцовой кости;

1. головка малоберцовой кости;
2. внутренний мыщелок большеберцовой кости;
3. межмыщелковое возвышение;
4. надколенник;

148. Укажите связку коленного сустава, ограничивающую отведение (абдукцию) голени:

1. задняя крестообразная;
2. наружная боковая;
3. внутренняя боковая;

4. передняя крестообразная;

5. собственная связка надколенника;

149. Назовите связку коленного сустава, ограничивающую приведение (аддукцию) голени:

1. задняя крестообразная;
2. задняя крестообразная;
3. внутренняя боковая;
4. наружная боковая;

5. собственная связка надколенника;

150. Укажите как прикрепляются мениски к большеберцовой кости:

1.всей своей поверхностью;

1. наружной своей полуокружностью;
2. внутренней своей полуокружностью;
3. задней поверхностью;
4. передней поверхности;

151. Выделите движения в коленном суставе, при котором мениски смещаются вместе с бедром:

1. разгибание;
2. вращение;
3. сгибание;
4. наружная ротация;
5. внутренняя ротация4

152. Отметьте образование большеберцовой кости, к которому прикрепляегся собственная связка  
надколенника:

1. суставной край наружного мыщелка;
2. суставной край внутреннего мыщелка;
3. бугристость;
4. пяточный бугор;
5. затылочный бугор;

153. Укажите место прикрепления наружной боковой связки коленного сустава:

1. наружный мениск;
2. головка малоберцовой кости;
3. поперечная связка;
4. бугристость;
5. надколенник;

154. Укажите положение ноги, при котором боль в коленном суставе при его гемартрозе наименьшая:

1. полное разгибание;
2. сгибание под прямым углом;
3. небольшое сгибание;
4. максимальное сгибание;

5. небольшое отведение;

155. Укажите повреждения, при которых наблюдается расширение латерального отдела суставной щели  
коленного сустава:

1. разрыв задней крестообразной связки;
2. разрыв наружной боковой связки:
3. перелом внутреннего мышелка большеберцовой кости;
4. разрыв передней крестообразной связки;
5. перелом малоберцовой кости;

156. Укажите степень сгибания в колене при иммобилизации поврежденного коленного сустава:

1. полное разгибание;
2. сгибание под прямым углом;
3. сгибание под углом -5 град. ;
4. сгибание под углом-15 град.;

5. не большое сгибание;

157. Выделите повреждения, часто сопровождающие разрыв передней крестообразной  
связки:

1. перелом надколенника;
2. разрыв наружного мениска;
3. разрыв внутреннего мениска;
4. перелом наружного мыщелка большеберцовой кости;
5. разрыв собственной связки надколенника;

158. Какой симптом характерен для повреждения внутренней боковой связки:

1. передний выдвижной ящик;
2. задний выдвижной ящик;
3. наружная девиация голени,
4. внутренняя девиация голени;
5. верхний выдвижной ящик;

159. Какой симптом характерен для повреждения наружной боковой связки:

1. передний выдвижной ящик;
2. задний выдвижной ящик';
3. наружная девиация голени;
4. внутренняя девиация голени;

5. верхний выдвижной ящик;

160. Какой симптом характерен для повреждения передней крестообразной связки:

1. передний выдвижной ящик;
2. задний выдвижной ящик;
3. наружная девиация голени;
4. внутренняя девиация голени;
5. положительная осевая нагрузка;

161. Какой симптом характерен для повреждения задней крестообразной связки:

1. передний выдвижной ящик:
2. задний выдвижной ящик;
3. наружная девиация голени;
4. внутренняя девиация голени;
5. положительная осевая нагрузка;

162. Какой симптом характерен для повреждения мениска:

1. задний выдвижной ящик;
2. наружная девиация голени;
3. внутренняя девиация голени;
4. симптом Байкова.

5. симптом прилипшей пятки;

163. Какой симптом характерен для гемартроза коленного сустава:

1. передний выдвижной ящик;
2. задний выдвижной ящик;
3. баллотирование надколенника;
4. симптом Чаклина;
5. наружная девиация голени;

164. Для какого повреждения характерен симптом Байкова:

1. внутренней боковой связки;
2. передней крестообразной связки;
3. задней крестообразной связки;
4. мениска.

5. наружной боковой связки;

165. Для какого повреждения характерен симптом переднего выдвижного ящика:

1. внутренней боковой связки;
2. наружной боковой связки;
3. передней крестообразной связки;
4. задней крестообразной связки;
5. собственной связки надколенника;

166. Для какого повреждения характерен симптом заднего выдвижного ящика.  
1.внутренней боковой связки;

2.наружной боковой связки;

3.передней крестообразной связки;

4.мениска.

5. собственной связки надколенника;

167. Для какого повреждения характерен симптом наружной девиации голени:

1. внутренней боковой связки;
2. наружной боковой связки:
3. передней крестообразной связки;
4. собственной связки надколенника;
5. задней крестообразной связки;

168. Для какого повреждения характерен симптом внутренней девиации голени:

1. внутренней боковой связки;
2. наружной боковой связки;
3. передней крестообразной связки;
4. задней крестообразной связки:
5. собственной связки надколенника;

169. Абсолютные показания к артротомии:

1. невправимый блок коленного сустава;
2. невправление внутренней боковой связки:
3. невправление наружной боковой связки;
4. перелом надколенника;
5. частичный разрыв наружной боковой связки;

170. Показания к ПУНКЦИИ коленного сустава:

1. невправимый блок коленного сустава;
2. невправление внутренней боковой связки;
3. невправлеиие наружной боковой связки;
4. гемартроз.

5. перелом головки малоберцовой кости;

171. Как определить длину корпуса туловища

1. от ключицы до крестца
2. от ключицы до крыла подвздошной кости
3. От остистого отростка VII шейного позвонка до крестца
4. От VII шейного позвонка до конца копчика;

5. от бугра затылочной кости до конца копчика;

172. Как определить длину шеи

1. от мочки ушной раковины до ключицы
2. от остистого отростка I шейного позвонка до остистого отростка VII шейного позвонка
3. от затылочного бугра до VII шейного позвонка
4. от затылочного бугра до ключицы
5. от теменных бугров до лопатки.

173. Как определить длину позвоночного столба

1. от остистого отростка I шейного позвонка до конца копчика
2. от затылочного бугра до конца копчика
3. от остистого отростка I шейного позвонка до крестца
4. от затылочного бугра до крестца
5. от седьмого шейного позвонка до конца копчика

Раздел II

Общие вопросы травматологии

174. Какой раствор новокаина применяется при блокаде переломов ребер:

1. 0,25%-30 мл;

2. 0,5% - 15 мл; .

3. 1% - 5 мл;

4. 1% - 15 мл;

5. 25% - 25мл;

175. Симптом Мироновой встречается при:

1. повреждении тазобедренного сустава (говорящего о вывихе бедра);
2. ревматоидных заболеваниях;
3. переломе пяточной кости;
4. повреждении боковых связок коленного сустава (чрезмерная девиация голени более 10°).

5. переломе таранной кости;

176. Перелом грудины сопровождается всеми перечисленными симптомами, исключая:

1. сильные боли в области перелома грудиныс иррадиацией в левую лопатку и плечо
2. одышку, удушье
3. бледность кожных покровов и цианоз слизистых
4. ишемию сердца
5. учащение дыхания

177. При переломах ребер консолидация наступает через:;

1. 3-4 нед;
2. 6-8 нед;
3. 11 нед.
4. 10 дней
5. 20дней

178. Что не относится к принципам транспортной иммобилизации:

1. шина обязательно должна захватывать два и более сустава;
2. придать конечности среднефизиологическое положение;
3. снять одежду и обувь с пострадавшего;
4. при открытых переломах вправление отломков не производить;
5. возможность использование шины Крамера.

179. Что происходит с фрагментом ребер при окончатом переломе во время вдоха:

1. втягивание кнаружи;
2. втягивание внутрь;
3. выпячивание;
4. втягивается во внутрь и кнаружи;
5. втягивание кзади.

180. Что называется «окончатым переломом ребер»:

1. перелом со смещением;
2. перелом по лопаточной линии;
3. перелом без смещения;
4. перелом по типу зеленой веточки;
5. прямо линейный перелом

181. Закрытый пневмоторакс возникает вследствие всего перечисленного, исключая:

1. повреждение ткани легкого сломанным ребром
2. разрыв бронха
3. констрикционный ателектаз
4. разрыв легкого при нарушении плевральных спаек
5. кровотечение;

182. Механизм возникновения эмфиземы средостения

обусловлен всем перечисленным, исключая:

1. разрыв основного бронха
2. разрыв трахеи
3. разрыв медиастинальной плевры
4. разрыв париетальной плевры при сдавлении груди;

5. разрыв плевры;

183. Клиническая картина эмфиземы средостения

складывается из всех следующих симптомов, исключая:

1. набухание яремных вен, синюшность лица
2. прогрессирующую осиплость голоса
3. нарастающую сердечно-сосудистую и дыхательную недостаточность
4. увеличивающийся гемоторакс

5. ослабление дыхания;

184. Для простого гемоторакса характерны:

1. нарастающая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность,
2. положительный симптом Бирмена, снижение голосового дрожания на стороне повреждения, укорочение перкуторного звука на стороне повреждения, одышка, кашель
3. смещение органов средостения,
4. симптом "хлопающего паруса",
5. ослабление дыхания;

185. Клиника закрытого гемопневмоторакса складывается из следующих симптомов:

1. повышение артериального давления,
2. снижение голосового дрожания на стороне гемопневмоторакса, тахикардия и учащение пульса, ослабление или отсутствие дыхания на стороне повреждения, смещение средостения,
3. подкожная эмфизема,
4. при рентгенологическом исследовании, в вертикальном положении больного, определяется косой уровень жидкости,
5. отдышка, учащенное дыхание.

186. Наиболее часто при травме грудной клетки средостение сдавливается:

1. сломанным ребром
2. сломанной грудиной
3. гемотораксом
4. при эмфиземе средостения (воздухом средостения)
5. диафрагмой

187. Острая тампонада сердца проявляется:

1. резким снижением артериального давления, значительным повышением центрального венозного давления, расширением тени сердца на рентгенограмме в виде трапеции или шара
2. резким усилением сердечных тонов
3. резкого снижения центрального венозного давления
4. снижение артериального давления
5. постепенным снижением артериального давления;

188. Сдавление легкого при большом гемопневмотораксе в первую очередь ведет к возникновению:

1. пневмонии

1. ателектаза

3. "влажного легкого"

4. инфаркта легкого

5. плевриту

189. При травмах грудной клетки выделяют следующие формы ателектаза легкого:

1. компрессионный, обтурационный, констрикционный
2. обтурационно-резорбционный,
3. инфарктный
4. правильно все перечисленное
5. декомпрессионный

190. К достоверным признакам разрыва диафрагмы относятся:

1. положительный симптом диафрагмального нерва,
2. возникающая при форсировании дыхания длительная икота,
3. определение при рентгенологическом исследовании петель кишечника и желудка в грудной полости, выслушивание типичных кишечных шумов в плевральной полости
4. значительное ослабление везикулярного дыхания на стороне повреждения,
5. снижение частоты дыхания, жесткое дыхание.

191. При простых переломах ребер обезболивание достигается путем:

1. паравертебральной новокаиновой блокады,
2. новокаиновой блокады области перелома ребер,
3. вагосимпатической новокаиновой блокады по А.В.Вишневскому, введения промедола
4. введения морфина
5. интубации

192. При выполнении плевральных пункцийиспользуют все перечисленные точки прокола, кроме:

1. второго межреберья по средне-ключичной линии
2. четвертого межреберья по средней-подмышечной линии
3. шестого межреберья по задней подмышечной линии
4. восьмого межреберья по лопаточной линии

5. третьего межреберья по около грудинной линии;

193. Для дренирования плевральной полости при пневмотораксеследует выбрать следующее место прокола и диаметр дренажной трубки:

1. второе межреберье по средне-ключичной линии, четвертое межреберье по задней подмышечной линии, дренажную трубку диаметром 3 мм
2. шестое межреберье по задней подмышечной линии
3. дренажную трубку диаметром 15 мм
4. дренажную трубку диаметром 1 мм
5. дренажную трубку диаметром 20 мм

194. Дренирование плевральной полости при гемотораксе следует осуществлять через:

1. 3-е межреберье по средне-ключичной линии
2. 5-е межреберье по передней подмышечной линии
3. 6-е межреберье по средней подмышечной линии
4. 7-е межреберье по передней подмышечной линии
5. 4-е межреберье по средне ключичной линии

195. При закрытой травме грудной клетки показаниями к торакотомии будут все перечисленные, кроме:

1. продолжающегося кровотечения в плевральную полость
2. неустраняемого, обтурационного ателектаза легкого
3. постоянного, несмотря на дренирование, поступления воздуха в плевральную полость
4. свернувшегося гемоторакса
5. перелом ребер

196. Для открытых повреждений грудной клетки , нанесенных режущими и колющими предметами, характерно все перечисленное, исключая:

1. небольшие размеры раны
2. расположение раны чаще на левой стороне
3. раневой канал представляет собой треугольник, вершина которого - кожная рана
4. кровотечение из раны чаще артериального характера\

5. пневмоторакс

197. При среднем гемотораксе при проникающих ранениях грудной клетки излившаяся в плевральную полость кровь составляет:

1. от 150 до 300 мл
2. от 350 до 450 мл
3. от 500 до 1000 мл
4. от 1100 до 1300 мл
5. от 200 до 400 мл

198. Классификация огнестрельных проникающих ранений грудной клетки включает следующие все виды повреждений кроме одного:

1. сквозные ранения
2. Касательные ранения
3. слепые ранения
4. Миновзрывные ранения

5. Проникающие ранения

199. Тяжелейшее осложнение огнестрельного ранения груди - отек легких

имеет четкую клиническую картину, представленную следующими симптомами, исключая:

1. отек легкого возникает через 20-24 часа после ранения
2. отек легкого возникает через 26-30 часов после ранения
3. отеку легкого предшествует гипоксия со снижением парциального давления кислорода до 8.23-8.67 кПа

4. кашель с розоватой пенистой мокротой с увеличением влажных хрипов

5. развитие пневмоторакса

200. При плевральной пункции возможны все перечисленные осложнения, кроме:

1. коллапса
2. ранения легкого
3. ранения селезенки
4. ранения бронха с образованием напряженного пневмоторакса

5. разрушение альвеолы

201. Из представленных сочетанных повреждений грудной клетки более тяжелыми будут:

1. повреждение грудной клетки в сочетании с ушибом головного мозга, повреждение грудной клетки в сочетании с закрытым переломом диафиза бедра
2. повреждение грудной клетки в сочетании с переломом переднего полукольца таза,
3. повреждение грудной клетки в сочетании с закрытым переломом костей голени,
4. повреждение грудной клетки в сочетании с компрессионным переломом L4 позвонка,
5. повреждение грудной клетки в сочетании с сотрясением головного мозга.

202. Реабилитация больных с повреждением грудной клетки предусматривает осуществление:

* 1. выявление ателектазов легких,
  2. оперативное устранение спаек и шварт плевральной полости,
  3. лечебного пневмоторакса,
  4. восстановление формы грудной клетки, постоянной дыхательной гимнастики,

т.е. устранение деформации грудной степени

5. проведение физиотерапевтических мероприятий, грязелечение.

203. К симптомам, характерным для ушиба брюшной стенки, относятся:

1. локальная болезненность, кровоподтек, ограниченная припухлость
2. локальная болезненность, обширная гематома, дефект мышечной ткани
3. кровоподтек, болезненность без точной локализации, вздутие живота
4. болезненность без точной локализации, вздутие живота,
5. диспепсия.

204. К непроникающим ранениям живота относятся все перечисленные, кроме:

1. ранений в пределах кожи и подкожной клетчатки
2. ранений в пределах брюшины
3. ранений в пределах кожи, подкожной клетчатки, мышечных слоев ткани
4. в пределах кожи
5. ранения в пределах подкожной жировой клечатки.

205. К симптомам, характерным для непроникающего ранения живота, относятся:

1. наличие раны брюшной стенки, локальная болезненность,симптомы раздражения брюшины
2. наличие раны, разлитая болезненность в животе, вздутие живота
3. наличие раны, локальная болезненность,отсутствие симптомов раздражения брюшины
4. наличие раны, кровотечение, вздутие живота,иррадиация боли в область правого плеча
5. симптомы раздражения брюшины.

206. Целесообразно исключить повреждение диафрагмы при наличии резаной раны:

* 1. на уровне нижних трех ребер
  2. передней брюшной стенки
  3. на уровне эпигастрия
  4. верно все перечисленное

5. на уровне надчревья.

207. Показанием к реинфузии крови из брюшной полости является внутреннее кровотечение вследствие:

1. повреждения селезенки, печени, кровеносных сосудов
2. повреждения селезенки, печени, сосудов, почки
3. повреждения селезенки, печени, диафрагмы
4. повреждения селезенки, печени, желудка

5. повреждении почки и мочевого пузыря.

208. При лечении переломов шейных позвонков, осложненных повреждением спинного мозга, применяется:

* 1. корпоротомия с ревизией дурального мешка
  2. торакотомия, установка титанового имплантанта
  3. резекция суставных отростков позвонков
  4. остеосинтез накостной пластиной

5. стабилизация транспедикулярными фиксаторами

209. Если вывих произошел между 6-м и 7-м шейным позвонками, то вывихнутым позвонком считается:

1. 6-й позвонок
2. 5-й позвонок
3. 4-й позвонок
4. 7-й позвонок

5. 8-й позвонок

210. Оперативное лечение переломов грудного отдела позвоночника показано во всех нижеперечисленных случаях, кроме:

1. перелома, сопровождающегося повреждением спинного мозга
2. перелома, сопровождающегося повреждением корешков спинного мозга
3. взрывного перелома тела позвонка с повреждением двух дисков
4. компрессионного перелома тела со снижением высоты менее, чем на 1/4

5. при повреждении спинного мозга.

211. Среди переломов поясничного отдела позвоночника различают все перечисленные, кроме:

1. осложненного перелома
2. неосложненного перелома
3. компрессионного перелома

4. торсионного перелома

5. перелом остистых отростков

212. Из анатомических структур поясничных позвонков чаще всего ломается:

1. поперечный отросток
2. остистый отросток
3. верхний суставной отросток
4. нижний суставной отросток
5. дуги позвонка

213. Из консервативных методов лечения повреждений поясничного отдела позвоночника применяются все перечисленные, кроме:

* 1. метода создания "мышечного корсета" по Гориневской - Древинг
  2. постепенной реклинации на валиках или специальном щите
  3. одномоментной реклинации с фиксацией гипсовым корсетом
  4. фиксации места перелома "поясом штангиста"

5. ограничение движения, постельный режим на жесткой пверхности.

214. К переломам, сопровождающимся разрывом тазового кольца, относятся:

1. перелом крыла подвздошной кости
2. перелом лонной кости
3. перелом губы вертлужной впадины
4. перелом лонной и седалищной костей с одной стороны

5. перелом лонной с одной и седалищной с дугой стороны

215. Не сопровождается разрывом тазового кольца:

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

216. Не относится к травме вертлужной впадины:

1. перелом дна вертлужной впадины
2. перелом верхней губы вертлужной впадины

3. перелом основания лонной кости

4. центральный вывих головки бедра

5. краевой перелом вертлужной впадины и вывих головки бедренной кости.

217. К комбинированным переломам относятся:

1. открытый перелом переднего отдела таза
2. перелом вертлужной впадины и термический ожог промежности и ягодиц
3. перелом лонной и седалищной костей с разрывом мочевого пузыря
4. перелом лонной кости с разрывом уретры
5. перелом седалищной кости с повреждением седалищного нерва.

218. Не является признаком переломов костей таза:

1. симптом "прилипающей пятки"
2. симптом Волковича - наложение "лягушки"
3. симптом Тренделенбурга - опускание нижней ягодичной складкина здоровой стороне таза при стоянии на больной конечности
4. симптом Ларрея - боли при разведении крыльев таза
5. осевая нагрузка на костей таза.

219. В лечении пострадавших с тяжелыми переломами костей таза не применяются:

1. лечение и профилактика травматического шока

2. восполнение потерянной при травме крови

3. раннее вставание и активизация пострадавшего - "функциональное лечение"

4. репозиция смещенных отломков таза

5. блокада места перелома

220. Из перечисленных ниже симптомов, указывающих на повреждение тазовых органов, не являются основными:

1. задержка самостоятельного мочеиспускания
2. кровь у периферического отверстия мочеиспускательного канала
3. наличие крови в моче
4. симптом дефицита при заполнении жидкостью мочевого пузыря и ее удалении
5. наличие крови в кале

221. Наиболее легким осложнением ранения мягких тканей области таза является:

1. недостаточность мышц (их сократительность)

2. повреждение крупных сосудов и связанные с этим осложнения

3. повреждение крупных нервных стволов

4. развитие гнойной инфекции

5. проникающее ранение

222. При первичной хирургической обработке огнестрельных ранений таза

не следует делать:

1. иссечение и рассечение поврежденных мягких тканей
2. остановку кровотечения, удаление сгустков крови и инородных тел
3. пластическое восстановление поврежденного органа

(мочевого пузыря, прямой кишки, матки, влагалища и т.п.)

1. остеосинтез сломанных костей таза
2. удаление мелких осколков костей

223. Подкожные повреждения мышц чаще всего возникают:

1. при действии прямой травмы
2. в результате микротравмы
3. из-за резкого некоординированного сокращения мышц
4. вследствие патологического состояния мышц и сухожилий

5. вследствие ожога

224. Растяжение мышц обычно сопровождается:

1. кровоизлиянием

2. выраженным отеком

3.лимфаденитом

4. лимфангоитом

5. переломом теменной кости

225. Дифференцировать полный и частичный разрыв мышцы следует на основании всего перечисленного, кроме:

* 1. снижения функции конечности
  2. обширности отека
  3. величины гематомы и кровоподтека
  4. повышенного тонуса мышц

5. УЗИ данных

226. При неполных разрывах мышц в ходе лечения следует выполнить все перечисленные манипуляции, кроме:

1. иммобилизации
2. обезболивания
3. пункции области повреждения мышцы с удалением гематомы
4. массажа конечности выше разрыва мышц
5. УЗИ

227. Для полного разрыва мышцы характерно все перечисленное, кроме:

1. отчетливого ощущения момента разрыва
2. резкой боли
3. снижения функции конечности
4. выраженного гипотонуса конечности

5. наличие подкожной гематомы

228. Клиническая картина воспаления мышцы складывается из всего перечисленного, кроме:

1. снижения функции конечности
2. боли
3. лимфаденита и лимфангоита
4. отека сегмента конечности
5. повышения температуры

229. При резком и внезапном напряжении мышцы наиболее часто происходит разрыв:

1. у места прикрепления к кости
2. у места прикрепления к суставу
3. в средней части мышцы
4. в верхней части мышцы

5. головки четырех главой мышцы

230. Отрыв сухожилия с костным фрагментом преимущественно имеет место при повреждении:

1. ахиллова сухожилия
2. длинной головки двуглавой мышцы слева
3. трехглавой мышц плеча
4. четырехглавой мышцы бедра
5. портняжной мышцы бедра

231. Для отрыва сухожилия длинной головки двуглавой мышцы характерно все перечисленное, кроме:

1. возникновения острой боли в области верхней трети плеча
2. ощущения своеобразного треска, щелчка
3. западения мягких тканей на передне-внутренней поверхности плеча,выше которого определяется выпячивание
4. резкого снижения силы сгибания предплечья в локтевом суставе
5. наличие гематомы

232. Фиксация оторвавшегося дистального сухожилия двуглавой мышцы плеча наиболее просто и безопасно, и в то же время, осуществляется:

1. к бугристости лучевой кости
2. к фасции Пирогова

3. к сухожилию плечевой мышцы

4. к плечевой мышце

5. к ахиллову сухожилию

233. Для разрыва четырехглавой мышцы бедра характерно все перечисленное, кроме:

1. повреждения сухожильной части четырехглавой мышцы бедра
2. отсутствия разгибательных движения голени
3. характерного западения мягких тканей над коленной чашечкой
4. неустойчивости в коленном суставе

5. наличие гематомы.

234. Для типичного подкожного разрыва ахиллова сухожилия характерно все перечисленное, кроме:

1. разрыв сухожилия происходит на фоне дегенеративно-трофических изменений
2. разрыв сухожилия происходитпосле неожиданного некоординированного резкого сокращения трехглавой мышцы голени
3. разрыв чаще локализуется в месте перехода мышцы в сухожилие

4. резкие боли и ограничение движения в голеностопном суставе

5. образование подкожной гематомы

234. Симптом Томпсона при выявлении разрыва ахиллова сухожилия проявляется:

1. западением в области разрыва ахиллова сухожилия
2. невозможностью стоять и ходить на пальцах поврежденной ноги
3. отсутствием подошвенного сгибания стопы поврежденной конечности

при сдавлении трехглавой мышцы голени

1. резком ограничении супинации стопы
2. резким ограничением движения

235. При повреждении косых мышц живота имеют место все перечисленные признаки, кроме:

1. сильного мышечного напряжения передней брюшной стенки
2. усиления боли при кашле, перемене положения тела
3. частого возникновения повреждений у теннисистов,

боксеров, ватерполистов и рапиристов

1. боли при пальпации по ходу косых мышц живота
2. наличие гематомы

236. Наиболее часто ключица ломается при падении:

1. на боковую поверхность лица
2. на локоть
3. на вытянутую руку

4. при любом из перечисленных вариантов

5. на вытянутую ногу

237. Для перелома ключицы характерны все перечисленные признаки, кроме:

1. верхняя конечность приподнята вверх и смещена кзади
2. над ключицей деформация и припухлость
3. надключичная ямка сглажена
4. расстояние от позвоночника до медиального края лопатки

увеличено на стороне повреждения

5. подкожная гематома

238. При консервативном лечении перелома ключицы

применяются для иммобилизации ключицы все перечисленные повязки, кроме:

1. шины Кузьминского
2. 8-образной повязки
3. колец Дельбе
4. гипсовой повязки по Турнеру

5. гипсовая 8-образная повязка.

239. Показаниями к оперативному лечению перелома ключицы являются

1. открытые переломы с повреждением или сдавлением сосудисто-нервного пучка:
2. положительный симптом клавиш
3. неполный вывих акромиального конца ключицы
4. закрытый перелом ключицы без смещения

5. поперечный перелом ключицы

240. Клинически выделяют следующие переломы лопатки:

1. верхней трети
2. углов
3. нижней трети
4. большого бугра

5. дужек

241. Из перечисленных переломов лопатки внутрисуставным является перелом:

1. тела
2. углов
3. отростков
4. суставной впадины шейки

5. клювовидного отростка

242. Возникновение "крыловидной" лопатки связано:

1. с нарушением кровоснабжения в надплечье
2. с ушибом или перерастяжением длинного грудного нерва
3. с повреждением плечевого сплетения
4. с повреждением подкрыльцового нерва
5. врожденная аномалия

243. Угол отведения на отводящей шине

при переломе шейки или суставной впадины лопатки должен составлять:

1. 30°
2. 60°

3. 90°

4. 110°

5. 45°

244. Наиболее частым переломом проксимального отдела плеча является перелом:

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

5. мыщелков

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

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

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

1. кнутри и кзади
2. кнаружи и кзади
3. кнаружи и кпереди
4. кнутри и кпереди
5. кнутри

247. Переломы хирургической шейки плеча классифицируются:

1. как внутри суставной
2. как аддукционные и абдукционные
3. как чрезвертельный
4. как межмыщелковый

5. как фрагментированный

248. Характер смещения диафизных переломов плеча всех 3 уровней (проксимального, среднего и дистального отделов):

1. только от действующей внешней силы, нарушившей целостность кости

2. от сокращения и тяги определенной группы мышц,

по-новому влияющих на кость в условиях ее перелома

3. от особенностей иннервации

4. от положения конечности

5. от анатомической структуры костной ткани

249. При консервативном лечении диафизных переломов плеча на отводящей шине оптимальный угол отведения должен составлять:

1. 30°
2. 60°
3. 70°
4. 90°

5. 145°

250. Признаками мышечной интерпозиции при диафизарных переломах плеча являются:

1. смещение фрагментов
2. отсутствие "костного хруста"
3. неудача при попытке репозиции
4. нарушение иннервации

5. кровоподтеки, отечность

251. При оперативном лечении переломов диафиза плеча для остеосинтеза

Предпочтительны:

1. деротационные накостные пластинки
2. различные внутрикостные штифты
3. винты
4. проволока
5. спонгиозные винты

252. Среди внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза плеча следует выделять:

1. надмыщелковые переломы плеча (разгибательные и сгибательные)
2. чрезмыщелковые переломы плеча и переломы мыщелков
3. перелом головкилучевой кости
4. отрыв бугра плечевой кости

5. головки плечевой кости

253. При консервативном лечении перелома дистального отдела плеча

разгибательного типа угол сгибания предплечья должен составлять:

1. 20°
2. 60°
3. 90°
4. 110-140°
5. 145°

254. При разгибательном переломе плеча угол между фрагментами открыт:

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

255. При сгибательном типе перелома дистального отдела плеча угол между фрагментами открыт:

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

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

1. расстройства чувствительности в 4 и 5 пальцах
2. свисания кисти и невозможности активного разгибания ееи основной фаланги пальцев
3. понижения чувствительности на лучевой стороне кисти
4. понижения чувствительности на разгибательной части предплечья
5. понижение двигательной активности первого пальца

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

1. 4 и 5 пальцев
2. во 2-м пальце
3. только в 1-м пальце

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

5. 3-4-5 пальцев

258. Треугольник Гюнтера определяется в положении:

1. полного разгибания предплечья
2. частичного разгибания в локтевом суставе
3. при согнутом предплечье под углом 40°
4. при пронированномпредплечии
5. при супинации предплечья

259. Линия Гюнтера – это:

1. линия оси плеча
2. линия оси предплечья
3. линия, соединяющая надмыщелки плеча в положении разгибания предплечья
4. линия, соединяющая большой и малый бугорки плеча
5. линия оси верхней конечности

260. Предплечье при переломе наружного мыщелка:

1. приведено
2. отведено
3. кнутри
4. ротировано внутрь
5. супинировано

261. Контрактура Фолькмана возникает вследствие:

1. повреждения плечевого сплетения
2. продолжительного значительного, но не полного

нарушения артериального кровотока

1. короткого, измеряемого минутами, полного прекращения кровотока
2. двойного перелома плечевой кости
3. ложного сустава

262. Наиболее опасной локализацией для развития контрактуры Фолькмана

при переломе плеча является:

1. внутрисуставной перелом проксимального отдела плеча
2. перелом плеча в верхней трети
3. перелом плеча в средней трети
4. перелом плеча в нижней трети

5. перелом головки лучевой кости

263. К развитию контрактуры Фолькмана после наложения гипсовой повязки

может привести все перечисленное, кроме:

1. увеличения отека
2. увеличения местной температуры конечности
3. общего давления повязки
4. давления повязки или костных фрагментов на магистральные сосуды
5. сдавление гипсовой повязкой

264. Контрактура Фолькмана может возникнуть:

1. при наложении скелетного вытяжения
2. при сдавлении конечности гипсовой повязкой
3. при повреждении лучевого нерва
4. при повреждении срединного нерва

5. при повреждении локтевого нерва

265. При переломе головки лучевой кости резко ограничены:

1. сгибание предплечья
2. разгибание предплечья
3. вращение предплечья
4. все перечисленные виды движения
5. ротация

266. Для изолированного перелома лучевой или локтевой кости более характерна:

1. косая линия излома
2. поперечная линия излома
3. винтообразная линия излома
4. продольная линия излома
5. фрагментированная линия излома

267. Ротационные смещения при переломе костей предплечья зависят:

1. от действия той или иной степени силы удара
2. от положения сгибания или разгибания предплечья в момент травмы
3. от соотношения локализации линий излома (верхней, средней и нижней трети)
4. от положения конечности в момент получения травмы
5. от прямого удара

268. При сгибательном типе повреждения Монтеджа головка луча вывихивается:

1. кпереди
2. кзади
3. кнутри
4. кнаружи
5. кпереди и кверху

269. При разгибательном типе перелома Монтеджа угол между отломками локтевой кости открыт:

1. кпереди
2. кзади
3. кнутри
4. кнаружи
5. кзади и книзу

270. Повреждение Галиацци – это:

1. изолированный перелом локтевой кости
2. изолированный перелом лучевой кости
3. перелом лучевой кости и вывих головки локтевой
4. перелом мыщелков бедренной кости
5. перелом наружной лодыжки с вывихом стопы

271. Радио-ульнарный угол в норме равен:

1. 5°
2. 10°
3. 20°
4. 30°
5. 40°

272. Различают следующие виды вывихов, кроме:

1. привычный
2. травматический
3. врожденный
4. полный вывих
5. гнойный вывих

273. Вывих акромиального конца ключицы характеризуется:

1. признаком Маркса
2. симптомом "треугольной подушки"
3. симптомом "клавиши"
4. пружинящим движением в плечевом поясе
5. симптом баллотирования

274. Неполный вывих акромиального конца ключицы происходит:

1. при полном разрыве акромиально-ключичной и ключично-клювовидной связок
2. при разрыве только акромиально-ключичной связки
3. при разрыве только клювовидно-ключичной связки
4. при растяжении ключично-акромиальной связки
5. при растяжении связок плечевого пояса

275. Для уточнения диагноза "полный" или "неполный" вывих:

акромиального конца ключицы необходима рентгенограмма

1. надплечья, в положении больного лежа
2. надплечья, в положении больного стоя
3. обоих надплечий, стоя, с грузом в руке с поврежденной стороны
4. обоих надплечий в положении больного "лежа"
5. надлечья, в положении больного сидя

276. Направленный вывих ключицы считается застарелым через:

1. 2 часа
2. 1 сутки
3. 5 суток
4. 3-4 недели
5. 4-5 недель

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

1. выступания акромиального конца ключицы вверх
2. ограничения отведения руки
3. боли в надплечье при движении с нагрузкой
4. быстрой утомляемости верхней конечности на стороне повреждения
5. симптом клавиши

278. Оперативное лечение застарелого вывиха акромиального конца ключицы

еще возможно через:

1. 1 год
2. 6 месяцев
3. 3 месяца
4. 2 года
5. 5 месяцев

279. Срок иммобилизации верхней конечности после оперативного вправления

и восстановления связок по поводу полного вывиха ключицы составляет:

1. 2 недели
2. 4-5 недель
3. 8 недель
4. 12 недель
5. 6 недель

280. Из стернальных вывихов ключицы наиболее часто встречается:

1. надгрудинный
2. предгрудинный
3. загрудинный
4. двусторонний
5. под грудинный

281. После вправления вывиха грудинного конца ключицы иммобилизация накладывается:

1. в отведении плеча на 90°
2. в сгибании плеча на 90°
3. во внутренней ротации плеча
4. в наружной ротации плеча
5. в сгибании плеча110 °

282. Срочно оперировать следует:

1. надгрудинный вывих ключицы
2. предгрудинный вывих ключицы
3. загрудинный вывих ключицы
4. загрудинный вывих ключицы с нарушением дыхания
5. вывих акромиального конца ключицы

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

1. верхнего
2. нижнего
3. переднего
4. заднего
5. подвывих

284. Наиболее часто вывихи возникают:

1. в тазобедренном суставе
2. в коленном суставе
3. в плечевом суставе
4. в локтевом суставе
5. в голеностопном

285. К типу "передних" относятся вывихи плеча:

1. подклювовидный
2. подлопаточный
3. надклювовидный
4. надключичный
5. над лопаточный

286. Выв их плеча часто сопровождается переломом:

1. малого бугорка
2. большого бугорка
3. шиловидного отростка лопатки
4. клювовидного отростка лопатки
5. угла лопатки

287. Плечо при вывихе, как правило:

1. приведено
2. отведено
3. согнуто
4. разогнуто
5. укорочено

288. Плечо при вывихе кажется:

1. удлиненным
2. укороченным
3. не меняет длины
4. деформировано
5. отечным

289. Плечо при внутриклювовидном вывихе кажется:

1. удлиненным
2. укороченным
3. длина не изменена
4. деформированным
5. отечным

290. Для переломо-вывиха головки плеча не характерно:

1. укорочение плеча
2. плечо не отведено
3. "пружинящие" движения
4. боль
5. деформация

291. После вправления вывиха плечо следует фиксировать с помощью:

1. косыночной повязки
2. мягкой повязки
3. гипсовой повязки
4. торако-бронхиальной повязки
5. бандажа

292. Срок иммобилизации плеча после вправления вывиха составляет:

1. 1-2 недели
2. 8 недель
3. 6 недель
4. 4 недели
5. 3 недели

293. Ограничение нагрузки на плечо после вправления вывиха составляет:

1. 1.5 месяца
2. 2 месяца
3. 3 месяца
4. 6 месяцев
5. 8 месяцев

294. Причиной возникновения привычного вывиха является:

1. родовая травма
2. инфекционный артрит
3. вывих плеча, сопровождающийся переломом ключицы
4. повреждения в момент травматического вывиха

в сочетании с неправильной тактикой ведения после вывиха

5. дисплазия

295. При консервативном лечении привычных вывихов

к эффективным приемам относятся:

1. физиотерапевтическое лечение
2. противовоспалительное лечение
3. длительное скелетное вытяжение
4. массаж и укрепление мышц
5. грязелечение

296. Застарелые передние вывихи плеча можно вправить не позднее, чем через:

1. 2-3 месяца
2. 4-5 месяцев
3. 6-7 месяцев
4. 8-9 месяцев
5. 10-12 месяцев

297. Застарелые задние вывихи плеча трудно вправить уже через

1. 1.5 месяца
2. 2 месяца
3. 3 месяца
4. 4 месяца
5. 5 месяцев

226. Вывихи обеих костей предплечья могут быть

1. кпереди
2. кзади
3. с расхождением костей
4. кнутри
5. к боку

298. Предплечье выглядит удлиненным при вывихе

1. кпереди
2. кзади
3. с расхождением костей по ширине
4. кнутри
5. с расхождением костей под углом

299. В восстановительном периоде

после иммобилизации вправленного вывиха предплечья целесообразно все перечисленное, кроме

1. ванн
2. активных движений
3. пассивных движений без нагрузки
4. массажа
5. постепенное увеличение физической нагрузки

300. После установления диагноза "вывих предплечья" к вправлению следует прибегать

1. немедленно
2. через 1-2 часа
3. через 3-4 суток
4. через 5-6 суток
5. через 24 часа

301. Наиболее часто к вывиху плеча приводит

1. прямой удар
2. ротация
3. падение с ударом на согнутую или разогнутую ногу
4. падение на отведенную руку
5. падение с высоты

302. "Свежим" вывихом плеча называется вывих, давностью

1. 1 неделя
2. до 2 недель
3. 3 недели
4. 4 недели
5. 7 недель

303. "Несвежим" вывихом плеча называется вывих, давностью

1. до 2 недель
2. 1 неделя
3. 3 недели
4. 4 недели
5. 2 месяцев

304. Застарелым вывихом плеча называется вывих давностью

1. до 2 недель
2. 1 неделя
3. 3 недели
4. свыше 4 недель
5. свыше 7 недель

305. Наиболее характерным симптомом для вывиха является

1. сильная боль
2. "костный" хруст
3. возможность производить пассивные движения
4. "пружинящие" сопротивление
5. ограничение движения

306. Для переломо-вывиха из типичных симптомов характерно

1. сильная боль
2. деформация
3. изменение оси конечности
4. "укорочение" конечности
5. отечность

307. После установления диагноза вывиха к вправлению следует прибегнуть

1. немедленно
2. через 2 час
3. через сутки
4. через 3 суток
5. через 10 часов

308. После вправления вывиха плеча необходима иммобилизация

1. на косынке
2. мягкой повязкой Дезо
3. на отводящей шине
4. с помощью гипсовой повязки Дезо
5. кольца Дельбэ

309. Привычный вывих возникает в связи

1. с повреждением плечевого сплетения
2. с повреждением сухожилия длинной головки бицепса
3. с разрывом и слабости капсулы плечевого сустава
4. с неправленным травматическим вывихом
5. повреждением головки плечевой кости

310. Застарелый вывих плеча следует лечить

1. консервативно (попытка вправить)
2. на отводящей шине
3. с применением скелетного вытяжения
4. оперативно (открытым или аппаратным методом)
5. скелетным вытяжением

311. Методом выбора при лечении огнестрельных переломов верхней конечности будет

1. интрамедуллярный остеосинтез
2. скелетное вытяжение
3. накостный остеосинтез
4. внеочаговый остеосинтез с помощью аппарата
5. наложение гипсовой повязки

312. При перилунарном вывихе вывихиваются следующие кости запястья

1. полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу
2. головчатая кость по отношению к полулунной
3. полулунная и головчатая кости по отношению к лучезапястному суставу
4. ладьевидная и головчатая кости по отношению к многогранной
5. головчатая кость по отношению к гороховидной и лучезапястному суставу

313. При вывихе полулунной кости вывихиваются следующие кости запястья

1. полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу
2. головчатая кость по отношению к полулунной
3. полулунная и головчатая кости по отношению к лучезапястному суставу
4. головчатая и крючковидная кости по отношению к полулунной
5. полулунная кость по отношению с ладьевидной кости

314. При вывихе ладьевидной кости не встречается следующий клинический признак

1. 1-й палец находится в положении отведения
2. кисть отведена в ульнарную сторону
3. в области анатомической табакерки прощупывается болезненный выступ
4. кисть находится в положении ладонного сгибания
5. усиления болей при движении

315. При лечении вывихов костей запястья не применяется

1. одномоментное вправление
2. оперативное (кровавое) вправление вывиха
3. вправление вывиха аппаратом внеочаговой фиксации
4. скелетное вытяжение за ногтевые фаланги
5. блокада, вправление и иммобилизация.

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

кроме

1. основная фаланга 1-го пальца находится под прямым углом,

открытым к тылу по отношению к пястной кости

1. ногтевая фаланга находится под прямым углом по отношению к основной

под углом, открытым к тылу

1. происходит укорочение 1-го пальца
2. на ладонной поверхности пальпируется выступ,соответствующий головке 1-й пястной кости
3. движения ограничены, резкие боли, деформация.

317. В лечении вывиха фаланг пальцев не применяется

1. консервативное вправление и гипсовая иммобилизация
2. скелетное вытяжение за ногтевую фалангу
3. оперативное (кровавое) вправление и фиксация спицей трансартикулярно
4. вправление и фиксация на аппарате А.И.Ашкинази
5. блокада, вправление

318. Для повреждения сухожилия глубокого сгибателя пальца не характерны

1. локализация и вид раны
2. активное сгибание пальца в пястно-фаланговом суставе
3. отсутствие активного сгибания ногтевой фаланги пальца
4. отсутствие мышечного тонуса при пассивном разгибании пальца
5. отечность, кровоподтеки

319. Противопоказанием к наложению первичного сухожильного шва

глубокого сухожилия сгибателя пальцев является все перечисленное, кроме

1. наличия явных признаков острого воспаления в области раны на пальце
2. наличия у пострадавшего тяжелого сочетанного повреждения внутренних органов
3. множественных переломов костей кисти и пальцев, требующих особого лечения
4. наличия повреждений сухожилий нескольких пальцев
5. наличие гнойничков в проекции сухожилия глубокого сжимателя

320. Первичным сухожильным швом называется шов, наложенный

1. на сухожилие в течение первого часа после травмы
2. в течение первых 24 часов после повреждения
3. в течение первых 7 дней после травмы
4. в течение первых 3 дней после травмы
5. в течение 14 дней после травмы

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

1. медиальных
2. субкапитальных
3. капитальных
4. подвертельных
5. базальный

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

1. болей в тазобедренном суставе
2. укорочения конечности
3. симптома Гирголова
4. ротации конечности внутрь
5. ротация стопы кнаружи

323. Консервативное лечение переломов шейки бедра

включает все перечисленные методы, кроме

1. скелетного вытяжения
2. наложения кокситной гипсовой повязки
3. репозиции отломков и фиксации аппаратом Илизарова
4. иммобилизации репонированных отломков гипсовой повязки,

наложенной на конечность до верхней трети бедра

5. наложение деротационного сапожка

324. Оперативное лечение переломов шейки бедра осуществляется

всеми перечисленными методами, кроме

1. закрытого остеосинтеза различными металлоконструкциями
2. открытого остеосинтеза металлоконструкциями
3. остеосинтеза ауто- и аллотрансплантатами
4. открытой репозиции отломков и фиксации гипсовой повязкой
5. остеосинтез спогиозными винтами

325. Открытый остеосинтез шейки бедра

обладает всеми перечисленными преимуществами, кроме

1. менее травматичен
2. позволяет точно сопоставить отломки
3. позволяет правильно провести фиксатор
4. прочно скрепить отломки
5. позволяет создать удобный доступ

326. Переломы большого и малого вертелов возможны в случае

1. падения на ноги
2. падения на область ягодиц
3. сдавления таза в передне-заднем направлении
4. падения на область тазобедренного сустава
5. падение на спину

327. Характерными признаками перелома большого и малого вертелов

являются все перечисленные, кроме

1. боли в области тазобедренного сустава, усиливающейся при пальпации
2. боли в области паховой складки и внутренней поверхности бедра
3. боли в крестцово-подвздошном сочленении
4. гематомы в области тазобедренного сустава
5. ограничения движения в тазобедренном суставе

328. Консервативное лечение переломов большого и малого вертелов

осуществляется всеми перечисленными способами, кроме

1. введения 2% раствора новокаина в область перелома

и отведения ноги на плоскости на 10°

2. укладки ноги на шину на 20-25 дней в положении сгибания до 90°

в тазобедренном и коленном суставе с наружной ротацией конечности

3. отведения ноги на 10-15° от средней линии с валиком под коленным суставом

4. наложения деротационного сапожка

5. наложения скелетного вытяжения за пяточную кость

329. Фиксация отломков при оперативном лечении переломов

большого и малого вертелов может быть осуществлена

всеми перечисленными способами, исключая

1. компрессионно-дестракционные и стержневые аппараты
2. спицы и упорные площадки
3. металлические штифты и шурупы
4. костные штифты
5. спонгиозные винты

330. Повреждение бедра под действием травмирующей силы возможно при падении

1. на спину
2. на область крестца и ягодиц
3. на область крыла подвздошной кости
4. на область бедра
5. на область плеча

331. При переломе верхней трети диафиза бедра

типичным смещением отломков следует считать

1. смещение отломков по ширине, длине и под углом
2. смещение вокруг оси
3. установка центрального отломка в положении отведения,

сгибания и наружной ротации, периферического кверху и кзади от центрального

1. установка центрального отломка в положении приведения кнутри и кпереди,

периферического кзади вверх и под углом

5. смешение по ширине

332. Максимальное отведение и сгибание проксимального фрагмента

наблюдается при переломах бедра в области

1. верхней трети диафиза
2. средней трети диафиза
3. нижней трети диафиза
4. надмыщелков
5. мыщелков

333. Проксимальный фрагмент при переломах в верхней и средней трети бедра

устанавливается в положении

1. приведения, сгибания и внутренней ротации
2. отведения, сгибания и наружной ротации
3. приведения, сгибания и наружной ротации
4. отведения, сгибания и внутренней ротации
5. сгибание, наружная ротация

334. Повреждение и сдавление сосудов бедра

наиболее часто встречается при закрытых переломах бедренной кости в области

1. проксимального отдела бедра
2. верхней трети диафиза
3. средней трети
4. надмыщелков
5. мыщелков

335. Интрамедуллярный остеосинтез

может явиться причиной всех следующих осложнений, кроме

1. шока и кровопотери
2. жировой эмболии
3. ложного сустава
4. деформирующего артроза коленного сустава
5. остеомиелита

336. Неправильный подбор фиксатора по размерам

при интрамедуллярном остеосинтезе бедра

может явиться причиной всех следующих осложнений, кроме

1. проникновения штифта в коленный сустав
2. перелома фиксатора
3. заклинивания фиксатора в костном отломке
4. перфорации стенки кости
5. линейному перелому

337. Абсолютным показанием к оперативному лечению

при надмыщелковом переломе бедра является

1. неустраняемое консервативными методами смещение фрагмента
2. нарушение конгруэнтности суставных поверхностей
3. повреждение и сдавление сосудисто-нервного пучка
4. интрепозиция мягких тканей
5. боли, отек, косный хруст.

338. К осложнениям, наблюдаемым при переломе бедра

в позднем реабилитационном периоде, относятся все следующие, кроме

1. несросшегося перелома
2. деформации и укорочения конечности
3. контрактуры
4. сдавление сосудисто-нервного пучка
5. ложного сустава

339. Оптимальным сроком для удаления фиксаторов является срок

1. 6 месяцев
2. 1 год
3. 1.5 года
4. 2 года
5. 3 года

340. Повреждение внутреннего мыщелка большеберцовой кости ,

возникшего при чрезмерной аддукции, сопровождается

1. повреждением боковых связок коленного сустава
2. повреждением крестообразных связок
3. повреждением боковых и крестообразных связок
4. повреждением наружной малоберцовой связки,передней крестообразной связки и внутреннего мениска
5. латерального мениска

341. Повреждение наружного мыщелка большеберцовой кости ,

вызываемого чрезмерной абдукцией, сопровождается повреждением

1. боковых связок
2. боковых и крестообразных связок
3. внутренней большеберцовой связки,

передней крестообразной связки и наружного мениска

1. менисков
2. крестообразных связок.

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

1. центральный отломок большеберцовой кости, сместившийся по длине,

располагается кнутри и кпереди, периферический отломок смещается кзади

и ротируется кнаружи

1. центральный отломок большеберцовой кости смещается по длине и ширине,

ротируетсякнутри , периферически й отломок смещается кпереди

и ротируетсякнутри

1. центральный отломок большеберцовой кости смещается по длине, кнаружи,

периферический отломок смещается кнутри

1. центральный отломок смещается по ширине, периферический под углом
2. центральный отломок смещается по длине, ширине, под углом.

343. При консервативном лечении переломов костей голени со смещением отломков

скелетное вытяжение накладывают

1. за пяточную кость
2. за надлодыжечную область
3. за таранную кость
4. правильного ответа нет
5. за бугристость большеберцовой кости

344. При винтообразных переломах костей голени со смещением отломков имеет место

все перечисленное, за исключением

1. типичного смещения отломков, их неустойчивости,

частого повторного смещения в гипсовой повязке

2. сложных анатомических соотношений отломков и невозможности удержать их

в правильном положении консервативными методами

3. острых штыкообразных отломков, которые нанизывают на себя мягкие ткани

(мышцы, сухожилия, апоневротические чехлы, надкостницу и т.д.),

захлестывающих их вокруг себя и тем самым создающих интерпозицию

4. частого отсутствия интерпозиции мягких тканей

5. не устойчивость костных отломков, не возможность удержать смещения костных отломков.

345. Оптимальным методом лечения винтообразных переломов костей голени

со смещением отломков является

1. гипсовая повязка
2. скелетное вытяжение + гипсовая повязка
3. компрессионно-дистракционный метод аппаратом Илизарова
4. манжетное вытяжение
5. остеосинтез внутрикостным стержнем

346. Оптимальным методом лечения открытых переломов костей голени

со смещением отломков является

1. первичная хирургическая обработка, репозиция перелома,

наложение разрезной гипсовой повязки от верхней трети бедра

до кончиков пальцев стопы

1. первичная хирургическая обработка, наложение скелетного вытяжения
2. остеосинтез, если имеется материально-техническая база, подготовленные кадры

4. первичная хирургическая обработка, остеосинтез накостной пластиной

5. первичнаяхирургическая обработка, циркулярная гипсовая повязка.

347. При открытых переломах костей,

сочетанных с массивными повреждениями мягких тканей в этой же зоне, оптимальными являются

1. первичная хирургическая обработка раны, репозиция перелома,

наложение разрезной гипсовой повязки

1. первичная хирургическая обработка раны, репозиция перелома,

наложение демпферного скелетного вытяжения

1. первичная хирургическая обработка раны, наложения аппаратов внешней фиксации, открытое введение раны
2. ПХО не производится
3. блокада места перелома, скелетное вытяжение

348. Оптимальным методом лечения неправильно сросшегося перелома костей голени

является

1. повторная репозиция, наложение гипсовой повязки
2. скелетное вытяжение
3. остеотомия малоберцовой кости,корригирующая остеотомия большеберцовой костис остеосинтезом в правильном положении
4. остеотомия малоберцовой кости, гипсовая повязка
5. циркулярная гипсовая повязка

349. Устранение ложного сустава включает все перечисленное, кроме

1. операции Бека, резекции концов ложного сустава

2. костнопластической операции по Хахутову - Ольби

3. корригирующей остеотомии с формированием скользящего трансплантата

и постепенного перекрытия им ложного сустава с помощью аппарата Илизарова

4. пластики ложного сустава иди дефекта костным трансплантатом

на сосудистой ножке с использованием компрессионно-дистракционного аппарата

5. остеосинтез накостной пластиной с освежением концов ложного сустава

350. Лечение остеомиелита костей голени включает все перечисленное, кроме

1. секвестроэктомии, промывания системы микроциркуляции,

ультразвукового озвучивания раны

1. проточного промывания и длительного дренирования
2. местного применения хлоргексидина 1:1000
3. наложения наводящих швов
4. трепанация костномозгового канала

351. Лечение свежих повреждений ахиллова сухожилия включает

1. наложение гипсовой повязкив положении максимального подошвенного сгибания стопы до 5 недель

2. открытый способ сшивания "конец в конец"или ахиллопластика по В.А.Чернавскому

3. пластику апоневрозом стопы

4. наложения скелетного вытяжения

5. наложения гипсовой повязки в положении тыльного сгибания

352. Симптомом, позволяющим выявлять даже самое малое количество жидкости

от 4 до 8 мл в коленном суставе, является

1. симптом "баллотирования" надколенника
2. симптом переднего "выдвижного ящика"
3. симптом заднего "выдвижного ящика"
4. симптом выпячивания
5. симптом баллотирования

353. Симптом "выпячивания" состоит

1. в выдавливании жидкости снаружи коленного сустава
2. в перкуссии с внутренней стороны поверхности коленного сустава
3. в аускультации коленного сустава
4. в выдавливании жидкости снаружи и перкуссиис внутренней стороны коленного сустава
5. в пальпации коленного сустава

354. Техника выполнения симптома "баллотирования" надколенника состоит

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

5. в перкуссии коленного сустава

355. При отклонении голени от средней линии нижней конечности

во фронтальной плоскости от 0° до 3° можно сделать заключение о том, что

1. боковые связки коленного сустава целы
2. крестообразные связки сохранены
3. частичный разрыв боковых связок
4. частичный разрыв боковых связок и крестообразных связок
5. частичный разрыв крестообразных связок

356. При девиации голени во фронтальной плоскости от средней линии на 3-5°

можно поставить диагноз

1. полного разрыва боковых связок
2. частичного разрыва боковых связок
3. разрыва боковых и крестообразных связок
4. разрыва крестообразных связок
5. полный разрыв крестообразных связок

357. При отклонении голени во фронтальной плоскости от средней линии вовнутрь

на 3-5° диагностируется

1. полное повреждение внутренней боковой связки коленного сустава
2. частичное повреждение внутренней боковой связки коленного сустава
3. частичное повреждение наружней боковой связки коленного сустава
4. полный разрыв наружной боковой связки коленного сустава
5. частичное повреждение крестообразных связок

358. Отклонение голени от средней линии от 5° до 10° во фронтальной плоскости

кнутри и кнаружи указывает

1. на полный разрыв боковых связок
2. на частичный разрыв боковых связок
3. на полный разрыв крестообразных связок
4. на частичный разрыв крестообразных связок
5. на разрыв крестообразных и боковых связок

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

1. на полный разрыв внутренней боковой связки
2. на частичный разрыв внутренней боковой связки
3. на полный разрыв наружней боковой связки
4. на частичный разрыв наружней боковой связки
5. на разрыв передней крестообразной связки

360. Для гемартроза голенностопного сустава ведущим симптомом является

1. кровоподтек
2. боль
3. нарушение функции конечности
4. скопление крови в полости сустава
5. отек

361. Пальпацию голеностопного сустава на выявление гемартроза следует производить

1. спереди
2. с боков
3. сзади
4. спереди и сзади голеностопного сустава, снутри и снаружи ахиллова сухожилия
5. спереди и с боков

362. При наличии перелома внутренней лодыжки рентгенограммы голени

в верхней трети производятся с целью выявления

1. перелома внутреннего мыщелка большеберцовой кости
2. перелома наружнего мыщелка большеберцовой кости
3. перелома головки малоберцовой кости или ее в верхней трети
4. перелома проксимального отдела большеберцовой кости
5. перелома надколенника

363. Для фиксации лодыжек после их вправления показана

1. циркулярная бесподкладочная гипсовая повязка
2. циркулярная гипсовая повязка с ватной прокладкой
3. разрезная циркулярная гипсовая повязка типа "сапожок"
4. V-образная повязка со стопой
5. наложение задней гипсовой лонгеты

364. Образование вторичного смещения при лодыжечных переломах

возможно вследствие всего перечисленного, кроме

1. спадения травматического шока
2. использования первичной циркулярной повязки
3. плохого моделирования гипсовой повязки
4. ранней осевой нагрузки
5. снижения отека

365. Нарушения кровообращения в ноге после вправления

и наложения фиксирующей гипсовой повязки при переломо-вывихах голеностопного сустава возможно вследствие всех перечисленных причин, кроме

1. многократных репозиций
2. сдавления гипсовой повязкой
3. применение циркулярной гипсовой повязки
4. наложения аппаратов внешней фиксации
5. выраженного отека

366. Разрыв дельтовидной связки чаще всего сопровождается

1. разрывом межберцового синдесмоза
2. разрывом наружных связок голеностопного сустава
3. переломом пяточной и таранной костей
4. переломом плюсневых костей
5. разрывом ахилового сухожилия

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

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

368. Признаками перелома шейки таранной кости являются

1. острая боль в области ахиллова сухожилия,усиление болей при тыльном сгибании стопы, поколачивание пяточной области усиливает боли в зоне перелома, первый палец стопы находится в положении подошвенного сгибания

2. увеличение подвижности в таранно-пяточном сочленении

3. ограничение подошвенного сгибания и тыльного разгибание в голеностопном суставе

4.резкое уменьшение аддукции и абдукции стопы

5. отсутствие супинации

369. При застарелых невправленных многооскольчатых переломах шейки таранной кости

необходимо произвести

1. остеосинтез винтами
2. остеосинтез спицами

3. артродез голеностопного и подтаранного суставов

4. астрагалэктомию

5. остеосинтез накостной пластиной

370. Таранно-пяточный угол в норме составляет

1. 10-20°
2. 20-40°
3. 20-30°
4. 20-50°
5. 10-30

371. Признаками перелома пяточной кости являются

1. боли в области пяточной кости, уплощение свода стопы, деформация голеностопного сустава, опущение верхушек лодыжек на стороне перелома пяточной кости
2. деформация голеностопного сустава и смещение внутренней лодыжки вверх
3. гемартроз голеностопного сустава, уплощение внутреннего свода стопы
4. ограничение движений в голеностопном суставе
5. деформация голеностопного сустава, отечность.

372. Переломы пяточной кости со смещением отломков

и снижением таранно-пяточного угла подлежат лечению всеми перечисленными методами, кроме:

1. консервативного лечения - наложения гипсового "сапожка"с хорошим моделированием свода стопы,с наложением стремени или монтажом каблучка, без предварительной репозиции

2. скелетного вытяжения

3. наложения аппаратов чрезкостной фиксации

4. ручной репозиции на "клине" или на колене с последующим наложениемаппарата внешней фиксации или гипсового "сапожка"

5. наложение аппарата Илизарова

373. Средний срок иммобилизации при повреждении сухожилий сгибателей пальцев кисти после операции:

1. 1-2недели;
2. 2-3 недели;
3. 3-6 недель;
4. 6-8 недель;
5. 7-10 недель

374. При открытом переломе 3 степени согласно классификации открытых переломов

(по А.В.Каплану и О.Н.Марковой) характер раны и ее размер будут

1. колотая, размером от 1 до 2 см
2. ушибленная, размером от 2 до 9 см
3. рваная и размозженная, размером более 10 см
4. ушибленная, размером от 1.5 до 2 см
5. колотая, резанная рана до 3 см

375. К обязательным элементам лечения открытого перелома относятся все перечисленные, кроме

1. полного удаления всех микробных тел из области открытого перелома
2. радикального иссечения всех нежизнеспособных тканейи травмированных тканей
3. уменьшения на несколько порядков количества микробов,сгустков крови и инородных тел в ране
4. тщательного гемостаза, рассечения, фасциальных влагалищ мышц
5. остеосинтез аппаратом внешней фиксации

376. Нехарактерным для проникающих ранений крупных суставов является

1. травматический шок
2. гемартроз
3. серозный синовит
4. геморрагический синовит
5. гнойный артрит

377. При огнестрельных ранениях крупных суставов

практически не встречается такое осложнение, как

1. анаэробная инфекция
2. гнойный артрит
3. сепсис
4. ложный сустав поврежденного эпифиза
5. артериальное кровотечение

378. Наиболее достоверным симптомом открытого повреждения сустава является

1. наличие глубокой раны в проекции сустава
2. наличие раны, обильно кровоточащей в области сустава
3. вытекание из раны синовиальной жидкости
4. крепитация отломков в области сустава с ранением мягких тканей в его проекции
5. наличие капель жира

379. При открытом повреждении крупного сустава

могут возникнуть все перечисленные осложнения, кроме

1. гнойного артрита
2. сепсиса
3. тугоподвижности, сгибательной или разгибательной контрактуры
4. воздушной эмболии
5. жировая эмболия

380. Основной целью первичной хирургической обработки раны является

1. стерилизация раны путем иссечения скальпелем
2. превращения случайной раны в "хирургическую" с целью ее закрытия
3. удаление всех нежизнеспособных сомнительных тканей

с целью ликвидации питательной среды для развития микробной флоры (инфекции)

1. освежение краев раны и удаление из нее сгустков и инородных тел
2. остановка кровотечения

381. После первичной хирургической обработки раны при открытом переломе

используются все перечисленные методы, исключая

1. гипсовую повязку
2. скелетное вытяжение
3. накостный остеосинтез
4. внутрикостный остеосинтез
5. блокада места перелома

Инфекционный контроль.

382.Основные виды дезинфекции, кроме:

1. профилактическая
2. заключительная
3. текущая
4. ежедневная
5. очаговая

383.Химический метод дезинфекции это:

1. действие насыщенным паром
2. выколачивание
3. применение окислителей
4. действие горячим воздухом
5. гамма облучение

384.Физический метод дезинфекции это:

1. воздействие высокой температурой, паром
2. протирание лизофармином
3. обработка пылесосом, мытье
4. проветривание
5. обработка формалином

385.Маточный раствор гипохлорита готовят:

1. непосредственно перед употреблением

2. за сутки до употребления

3. за один час до употребления

4. за 15 минут до употребления

5. за две сутки дор употребления

386.Рабочие растворы гипохлорита готовят:

1. непосредственно перед употреблением
2. за один час до употребления
3. за сутки до употребления
4. за две сутки до употребления
5. за 30 мин до употребления

387.Маточный раствор гипохлорита годен:

1. 30 дней
2. 7 дней
3. 3 дня
4. 45 дней
5. 24 часа

388.Фенолфталеиновая проба ставится с целью обнаружения

остаточных количеств:

1. моющего средства
2. крови
3. жировых загрязнений
4. лекарственных веществ
5. биологических веществ

389.Генеральная уборка процедурных кабинетов в ЛПУ должна

проводиться по графику не реже 1 раза в:

1. сутки
2. неделю
3. месяц
4. квартал
5. в год

390.Одноразовые изделия медицинского назначения

перед утилизацией подвергают:

1. ополаскиванию проточной водой
2. мойке
3. дезинфекции
4. стерилизации
5. автоклавированию

391.Предстерилизационная очистка это:

1. кипячение
2. ультрафиолетовое облучение
3. удаление с изделий органических загрязнений, лекарственных средств
4. действие химического реагента
5. мытье инстументария мыльным раствором

392.Стерилизация это:

1. процесс уничтожения микобактерий туберкулеза
2. процесс уничтожения всех форм микроорганизмов, включая споры
3. процесс уничтожения большинство вирусов, грибов и вегетативных форм бактерий
4. уничтожение патогенных микроорганизмов
5. процесс уничтожения вирусов и грибов

393.Режим паровой стерилизации для изделий медицинского назначения:

1. 132 Со 20 минут
2. 180 Со 60 минут
3. 200 Со 60 минут
4. 120 Со 45 минут
5. 100 Со71 минут

394.Срок хранения стерильности изделий, простерилизованных

в крафт-пакетах, закрытых скрепками:

1. 1 сутки
2. 3 сутки
3. 20 сутки
4. 3 мес
5. 3 года

395.Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения

проводится согласно нормативному акту:

1. Пр.МЗ КР № 488
2. Пр.МЗ КР № 206
3. Пр.МЗ КР № 76
4. Пр.МЗ КР № 202
5. Пр.МЗ КР № 133

396.Режим воздушной стерилизации изделий медицинского назначения из металла:

1. 132оС 20 минут
2. 180о С 60 минут
3. 200о С 50 минут
4. 100о С 35 минут
5. 160о С 15 минут

397.Целью мытья рук является:

1. удаление вирусов
2. удаление патогенных микроорганизмов
3. удаление грязи и транзиторной флоры
4. удаление паразитарных микроорганизмов
5. удаление бактерии

398.Асептика – это мероприятия, направленные на:

1. предупреждение попадание микробов в рану
2. уничтожение количества микробов в ране или в организме в целом
3. уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов на эпидемиологически значимых объектах больничной среды
4. профилактику попадания микробов в организм
5. передупреждение попадания микробов операционное поле

399.Антибиотики для ПАП следует вводить:

1. после операции
2. за день до операции
3. за 1 час до операции
4. через день после операции
5. за 1 час после операции

400.Приобретение устойчивости к антибиотикам характерно для возбудителей

1. условно-патогенных
2. патогенных

3. госпитальных

4. грибов

5. вирусных

401.Срок сохранения стерильности изделий зависит от:

1. метода стерилизации
2. упаковки
3. вида изделия медицинского назначения
4. характера манипуляции
5. хранения

402.  Для анкилоза сустава характерно:

* 1. Качательные движения
  2. Ограниченные движения
  3. Ротационные движения
  4. Полная неподвижность
  5. Отсутствие супинации

403. Укажите причины контрактуры Фолькмана:

* 1. Повреждение срединного нерва на уровне локтевого сустава
  2. Флеботромбоз верхней конечности
  3. Ишемические нарушения в результате повреждения артериальных сосудов
  4. Длительная гипсовая иммобилизация при переломах предплечья
  5. Повреждение лучевого нерва

404. Наиболее часто вывихи возникают

* 1. В тазобедренном суставе
  2. В коленном суставе
  3. В плечевом суставе
  4. В локтевом суставе
  5. В голеностопном суставе

405.  Дифференцировать коксартроз следует

* 1. С ревматоидным полиартритом
  2. С туберкулезным процессом
  3. С болезнью Бехтерева
  4. С остеохондрозом с корешковым синдромом
  5. С гонитом

406. Чем проявляется болезнь Пертеса?

* 1. Варусной деформацией большеберцовой кости
  2. Аваскулярный некроз головчатого возвышения плечевой кости
  3. Нарушением роста костей предплечья
  4. Аваскулярным некрозом головки бедренной кости
  5. трофическое нарушение конечностей

407. Если первичная травма коленного сустава сопровождалась блокадой, которая была устранена, то в этих случаях:

* 1. больного не следует оперировать
  2. больного оперировать следует в экстренном порядке
  3. больного оперировать следует через 2-3 дня
  4. больного оперировать следует при повторных блокадах
  5. производят артродез

408.Контрактурой называют:

* 1. полную неподвижность в пораженном суставе
  2. незначительный объем подвижности в суставе качательного характера
  3. наличие тугой подвижности в области ложного сустава
  4. ограничение нормальной амплитуды движения в суставе
  5. гонойное поражение сустава

409. Клинически различают следующие контрактуры:

* 1. сгибательные, разгибательные
  2. супинаторная
  3. приводящие, отводящие,
  4. ротационные
  5. пронационная

410. Куда крепится собственная связка надколенника:

1. медиальному мыщелку большеберцовой кости.
2. латеральному мящелку большеберцовой кости.
3. головке малоберцовой кости.
4. бугристости большеберцовой кости.
5. медиальному мыщелку бедра

Раздел IV

ОртопедиЯ и травматологиЯ детского возраста

411. Этиологическим фактором для врожденной кривошеи является

* + 1. родовая травма
    2. дисплазия
    3. порок первичной закладки
    4. неправильное родовспоможение
    5. длительное положение головы на одной стороне

412. Наиболее часто встречающимися формами кривошеи являются

* 1. костная
  2. мышечная
  3. рефлекторная
  4. воспалительная
  5. сухожильна

413. При левосторонней мышечной кривошее

* 1. подбородок отклонен влево
  2. подбородок отклонен вправо
  3. подбородок расположен по средней линии туловища
  4. подбородок отклонен вправо и кзади
  5. подбородок отклонен влево и кпереди

414. При правосторонней мышечной кривошее

* + 1. подбородок отклонен влево
    2. подбородок отклонен вправо
    3. подбородок расположен по средней линии туловища
    4. подбородок отклонен вправо и кзади
    5. подбородок отклонен влево и кпереди

415. Рентгенологически при мышечной форме кривошее

* 1. изменений нет
  2. добавочный полупозвонок
  3. синостоз тел позвонков
  4. незаращение дужек позвонков
  5. отсутствие атланта

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

* + 1. фиксированное положение головы
    2. ношение воротника Шанца
    3. рассасывающий массаж больной стороны
    4. УВЧ-терапию
    5. фиксация гипсовой повязкой

417. Физиотерапевтическое лечение врожденной мышечной кривошеи предусматривает

* 1. УВЧ-терапию
  2. ионизацию с хлористым кальцием
  3. ионизацию с йодистым калием
  4. ионофорез с гидрокортизоном
  5. грязелечение

418. Медикаментозное лечение врожденной мышечной кривошеи включает применение

* 1. мумие
  2. инъекции лидазы
  3. инъекции гидрокортизона
  4. не существует
  5. миорелаксантов и витамино терапия

419. Оптимальный возраст для хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи

* 1. 6 месяцев
  2. 2 года
  3. 1 год
  4. 3 года
  5. 7 месяцев

420. Наиболее рациональный вид оперативного вмешательства  
при врожденной мышечной кривошее

* + 1. миотомия ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы
    2. операция по Зацепину
    3. операция по Гаген - Торну
    4. миотомия ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы + ее аллопластика
    5. эктомия ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы

421. Послеоперационная иммобилизация при врожденной мышечной кривошее

* + 1. не применяется
    2. гипсовый ошейник
    3. воротник Шанца
    4. ошейник из половика
    5. гипсовая повязка

422. Иммобилизация после хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи составляет

1. 2 недели
2. 2 месяца
3. 4 месяца
4. 3 месяца
5. 6 месяцев

423. Этиологическим фактором врожденного вывиха бедра (дисплазии) является

1. воспалительный процесс
2. травматический фактор
3. дисплазия
4. неправильное членорасположение плода в утробе матери
5. врожденная травма

424. Наиболее часто врожденный вывих бедра (дисплазия) бывает

1. у лиц женского пола
2. у лиц мужского пола
3. одинаково часто без особой разницы
4. у лиц до 10 лет
5. у лиц старше 10 лет

425. Наиболее часто встречается

1. левосторонний вывих
2. правосторонний вывих
3. двусторонний вывих
4. дисплазии
5. косолапость

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

1. предвывиха
2. подвывиха
3. вывиха
4. дисплазии
5. переднебоковой вывих

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

1. укорочение конечности
2. асимметрия кожных складок
3. симптом "щелчка"
4. ограничение отведения бедер
5. ротация стопы к наружи

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

1. позднее появление ядра окостенения головки
2. изменения величин h и d (уменьшение, увеличение, без перемен)
3. отношение диафиза бедра к линии Омбредана

(проходит линия через диафиз бедра, кнутри, кнаружи от него)

1. изменение угла Виберга
2. увеличение шеечнодиафизарного угла

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

1. С.А.Рейнбергом
2. Радулеску
3. Хильгенрейнером
4. Омбреданом
5. Гюнтера

430. Лечение дисплазии тазобедренного сустава начинается

1. с рождения
2. в возрасте 1 месяца
3. в возрасте 1-2 месяцев
4. в возрасте 3 месяцев и старше
5. с 3 лет

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

1. консервативный
2. гипсовые повязки
3. функциональные шины
4. оперативный
5. скелетное вытяжение

432.Клиническая симптоматология врожденного вывиха бедра у детей старше 2 лет не включает

1. нарушение походки
2. высокое стояние большого вертела
3. положительный симптом Тренделенбурга
4. симптом Маркса Ортолани
5. укорочение ножки

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

1. гипсовой повязки
2. вытяжения
3. функциональных шин
4. хирургического лечения (внесуставные или внутрисуставные вмешательства)
5. ЛФК и массаж

434. При консервативном лечении больныхс дисплазией (вывихом) тазобедренного сустава наибольшие осложнения дает

1. метод Лоренца
2. афункциональный метод
3. функциональный метод
4. компрессионно-дистракционный метод
5. скелетное вытяжение

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

1. асептический некроз головки бедра
2. парез седалищного нерва
3. тугоподвижность в суставе и анкилоз
4. все перечисленное
5. контрактура

436. Из методов лечебного воздействияпри консервативном лечении врожденного вывиха бедра применяются

1. курортное лечение
2. физиотерапия
3. лечебная гимнастика
4. массаж
5. грязелечение

437. Оперативные методы лечения врожденного вывиха бедра делятся

1. на внутрисуставные и внесуставные
2. на костях таза
3. на проксимальном отделе бедра
4. в сочетании с артропластикой сустава
5. на дистаольном отделе бедра

438. Осложнениями после внутрисуставных операций при врожденном вывихе бедра являются

1. релюксация
2. асептический некроз головки бедра
3. анкилоз
4. контрактуры
5. атрофия мышц

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

1. пассивные физические упражнения
2. активные физические упражнения
3. грязелечение
4. водные процедуры
5. массаж

440. Нагрузка на оперативную конечность при врожденном вывихе бедра разрешается

1. через 1 год
2. через 3 месяца
3. через 6 месяцев
4. через 2 месяца
5. через 8 месяцев

441. Вывих надколенника чаще бывает

1. односторонний
2. левосторонний
3. правосторонний
4. двусторонний
5. горизонтальный

442. Этиология врожденного вывиха надколенника

1. прямая травма
2. порок развития
3. дисплазии
4. наследственная передача
5. родовая травма

443. Чаще встречаются следующие виды смещения коленной чашечки

1. латеральные
2. медиальные
3. горизонтальные
4. ротационные
5. вертикальные

444.Встречаются вывихи надколенника, кроме

1. привычные
2. боковой
3. травматический
4. горизонтального
5. врожденный

445. При врожденном вывихе надколенника встречаются следующие сопутствующие пороки развития

1. плоско-вальгусные стопы
2. косолапость
3. вальгусная деформация шейки бедра
4. незаращение дужек позвонков
5. кривошея

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

1. как без существенного улучшения
2. как улучшение (большое)
3. как ухудшение
4. как полученные осложнения
5. как худшее лечение

447. Оптимальный возраст для операции при врожденном вывихе надколенника

1. 3 года
2. 9 лет
3. 7 лет
4. старше 10 лет
5. 5 лет

448. При врожденном вывихе надколенника наиболее широко применяются операции

1. на костях
2. на суставе
3. на сухожильно-мышечном аппарате
4. смешанные вмешательства
5. артротомия

449. Послеоперационная иммобилизация при операциях по поводу вывиха надколенника обеспечивается

1. кокситной гипсовой повязкой
2. круговой повязкой до паха
3. задней гипсовой лонгетой
4. шиной Беллера
5. редрессионная гипсовая повязка.

450. Продолжительность иммобилизации

после операции по поводу вывиха надколенника составляет

1. 3 недели
2. 1.5 месяца
3. 2 месяца
4. 4 недели
5. 3 месяца

451. Послеоперационная реабилитация при врожденном вывихе надколенника включает все, кроме

1. лечебную гимнастику
2. массаж
3. электролечение
4. бега
5. постепенное увеличение физической активности

452. Полное восстановление движений в коленном суставепосле хирургического лечения вывиха надколенника наступает

1. через 1 месяц
2. через 2 месяца
3. через 3 месяца
4. через полгода
5. через 5 месяцев

453.Этиологическим фактором при врожденной косолапости является

1. порок первичной закладки
2. внутриутробная травма
3. родовая травма
4. дисплазия
5. остеомиелит

454. Основной симптом косолапости

1. эквинус стопы
2. экскаватус стопы
3. вальгус стопы
4. варус стопы
5. антеверсия стопы

455. Больной с косолапостью при ходьбе

1. хромает
2. не хромает
3. ходит, переступая "нога за ногу"
4. наступает на наружный край стопы
5. поворачивает стопу кнутри

456. При косолапости наиболее заинтересованы

1. длинный сгибатель пальцев
2. передняя большеберцовая мышца
3. задняя большеберцовая мышца
4. ахиллово сухожилие
5. икраножная мышца;

457. Консервативное лечение косолапости начинают

1. с рождения
2. через 1 месяц после рождения
3. через 3 месяца после рождения
4. через полгода после рождения
5. в годовалом возрасте

458. Консервативное лечение косолапости включает

1. мягкое бинтование и ЛФК
2. массаж и ЛФК
3. редрессацию
4. гипсовые повязки
5. тугое бинтование и массаж;

459.Консервативное лечение косолапости продолжается

1. до 6 месяцев
2. до 1 года
3. до 2.5-3 лет
4. до 5-летнего возраста
5. до 7 лет

460. Оперативное лечение при врожденной косолапости начинают

1. с 6-месячного возраста
2. с 12-месячного возраста
3. с 9-летнего возраста
4. с 5-летнего возраста
5. после 3х месяцев

461. Наиболее эффективно оперативное лечение при врожденной косолапости на

1. сухожилиях
2. сухожильно-связочном аппарате
3. костях стопы и голени
4. суставах
5. на костях голени

462. Гипсовая иммобилизация после операции при врожденной косолапости продолжается

1. 1 месяц
2. 2 месяца
3. 3 месяца
4. 4 месяца
5. 6 месяцев

463. Признаки врожденной мышечной кривошеи выявляются

1. в первые 3-5 дней после рождения
2. на 10-14 день после родов
3. в месячном возрасте
4. в 3-месячном возрасте
5. после 3 лет

464. Консервативное лечение кривошеи следует начинать

1. с момента рождения
2. с 2-недельного возраста
3. с 2-5 месяцев
4. с 1 года
5. с 3 лет

465. Оперативное лечение кривошеи при неэффективности консервативного показано

1. до 5 месяцев
2. до 1 года
3. в 3-4 года
4. до 2 лет
5. после 7 лет

466.Абсолютными показаниями к оперативному лечению кривошеи являются

1. нарастающая асимметрия лица и шеи
2. нарушение осанки
3. нарушение остроты зрения
4. стробизм сходящийся и расходящийся
5. нарушение слуха

467.Болезнь Клипель - Фейля - это

1. врожденный синостоз шейных и верхне-грудных позвонков с незаращением дужек
2. наличие шейных ребер
3. приобретенный подвывих I шейного позвонка воспалительной этиологии
4. острая мышечная кривошея
5. сращение ребер

468.Отсутствие ключицы или двух ключиц носит название

1. черепно-ключичного дизостоза
2. болезни Гризеля
3. болезни Клиппель - Фейля
4. синдрома Бенневи – Ульриха
5. синдром Бехтерева

469.Ведущим фактором в развитии врожденной деформации позвоночника является

1. сращение или раздвоение ребер
2. аномалия развития лопаток и крестца
3. изолированное сращение тел позвонков
4. не сращение дуг позвонков;
5. деформация грудной клетки

470.Абсолютным показанием к оперативному лечению радиоульнарного синостоза является

1. нет абсолютных показаний
2. резко выраженная пронационная или супинационная установка предплечья
3. лучевая косорукость
4. локтевая косорукость
5. только пронационная установка предплечья

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

1. в первые месяцы жизни
2. до 3 лет
3. в 3-5 лет
4. в 5-7 лет
5. страше 16 лет

472.Деформация Маделунга - это

1. штыкообразная деформация кисти и предплечья
2. лучевая косорукость
3. локтевая косорукость
4. укорочение костей предплечья
5. искривление первого пальца;

473.Патологическая установка стопы при врожденной косолапости слагается

1. из приведения, супинации и подошвенного сгибания
2. из отведения, супинации и подошвенного сгибания
3. из приведения, пронации и тыльного сгибания
4. отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении
5. из приведения, супинации и тыльного разгибания;

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

1. параметр эпифизарно-диафизарного угла
2. степень укорочения конечности
3. положение большого вертела
4. сроки окостенения эпифиза головки бедра
5. наружная ротация стопы;

475.Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного  
является

1. ограничение отведения бедер
2. симптом Маркса - Ортолани (соскальзывание)
3. укорочение ножки
4. асимметрия ножных складок
5. разная длинна нижних конечностей;

476.Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует

1. в период новорожденности
2. в первые полгода жизни
3. до 1 года
4. до 2 лет
5. после 3 лет;

477.Незамеченная вовремя болевая контрактура приводящих мышц

при лечении врожденного вывиха с помощью шины Виленского может привести

1. к асептическому некрозу головки бедренной кости
2. к шоку
3. к разрыву капсулы
4. к скручиванию бедра
5. к разрыву связок;

478.Характерной клинической симптоматикой

при врожденном отсутствии дистального отдела малоберцовой кости является

1. укорочение конечности
2. искривление конечности
3. отсутствие пальцев
4. укорочение, утолщение и искривление большеберцовой кости,  
   отсутствие наружной лодыжки, эквинус или вальгус порочно развитой стопы
5. варусная деформация;

479.При врожденном ложном суставе большеберцовой кости целесообразно

1. наложение аппарата для компрессионно-дистракционного остеосинтеза
2. резекция участка псевдоартроза с аутопластикой
3. резекция с аллопластикой
4. резекция с пластикой на сосудистой ножке в условиях стабильной фиксации
5. гипсовая иммобилизация;

480.Ортопедическое лечение конской стопы у детей раннего возраста включает

1. удлинение ахиллова сухожилия
2. артродез
3. ношение ортопедической обуви
4. лишь консервативное лечении
5. гипсовая иммобилизация;

Раздел V

Гнойная травматология и ортопедия.

481. Что называется острым остеомиелитом?

1. гнойное воспаление фасциальных пространств конечностей;
2. гнойное воспаление суставной сумки;
3. туберкулезное поражение позвонков;
4. гнойное воспаление костного мозга;
5. гнойное воспаление спинного мозга;

482. К ранним симптомам острого гематогенного остеомиелита относится все, кроме:

1. болей в конечности;
2. общего недомогания;
3. высокой температуры;
4. флегмоны подкожной клетчатки.
5. местная гиперемия, гипертермия;

483. Одним из мероприятий успешного лечения острого гематогенного остеомиелита является:

1. массаж конечности;
2. активные движения в суставах конечности;
3. скелетное вытяжение;
4. иммобилизация конечности гипсовой повязкой;
5. антибактериальная терапия;

484. Какая операция не выполняется в ранние сроки при остром остеомиелите?

1. вскрытие флегмоны;
2. трепанация костномозговой полости;
3. секвестрэктомия;
4. костная пластика.

5. вскрытие свищевой раны;

485. Какое лечебное мероприятие противопоказано в ранней стадии гематогенного остеомиелита?

1. массаж, лечебная физкультура;
2. введение антибиотиков;
3. переливание крови;
4. введение витаминов;
5. секвестрэктомия;

486. Какое осложнение не является характерным для острого гематогенного остеомиелита?

1. патологический перелом;
2. гангрена конечности;
3. сепсис;
4. поднадкостничный абсцесс;
5. дефект костей

487. Для пломбировки секвестральной полости при хроническом остеомиелите не применяется:

1. хрящ;
2. подкожная жировая клетчатка;
3. спонгиозная масса кости;
4. мышца;
5. фасция;

488. Все ли названные симптомы сепсиса являются специфическими: высокая температура, озноб, бактериемия, потливость, истощение?

1. да;
2. нет.
3. только бактериемия
4. потливость
5. озноб

489. К возбудителям хирургического сепсиса не относятся:

1. кишечная палочка;
2. гемолитический стрептококк;
3. золотистый стафилококк;
4. протей;

5. синегнойная палочка;

490. Источником хирургического сепсиса может быть все, кроме:

1. глубокого ожога;
2. закрытого перелома;
3. карбункула лица;
4. перитонита.
5. фурункула;

491. Что здесь неправильно, если говорить о клинической классификации сепсиса?

1. острый;
2. молниеносный;
3. послеоперационный;
4. подострый.
5. хронический;

492. Какие лечебные мероприятия не могут быть рекомендованы при сепсисе?

1. вскрытие гнойного очага;
2. введение антибиотиков;
3. ограничение введения жидкостей;
4. переливание крови;
5. противовоспалительная терепия;

493. Что из указанного способствует развитию сепсиса?

1. сахарный диабет;
2. гипертоническая болезнь;
3. бронхиальная астма;
4. кардиосклероз.
5. нейрогенный мочевой пузырь;

494. Что является наиболее важным при лечении сепсиса?

1. строгий постельный режим;
2. тщательный сбор анамнеза;
3. лечение сопутствующего заболевания;
4. ликвидация первичного очага;

5. промывание желудка;

495. Что менее характерно для сепсиса?

1. тахикардия;
2. лейкоцитоз;
3. анурия;
4. повышение температуры тела;
5. повышение СОЭ

496. К осложнениям сепсиса не относят:

1. пневмонию;
2. пролежни;
3. тромбоэмболию;
4. кахексию;
5. летальный исход;

497. Одним из важнейших компонентов лечения при сепсисе является:

1. массаж;
2. антибиотикотерапия;
3. лечебная физкультура;
4. физиотерапевтические процедуры;
5. профилактика ТЭЛА

498. Укажите первично-хроническую форму гематогенного остеомиелита:

1. тифоидный остеомиелит;
2. абсцесс Броди;
3. артрит;
4. сифилис костей;
5. гнойный артрит;

499. Ранним рентгенологическим признаком острого гематогенного остеомиелита является:

1. облитерация костномозгового канала;
2. секвестральный гроб;
3. периостит;
4. оссифицирующий миозит;
5. деструктивные изменения;

500. Кровь на бактериальный посев при сепсисе необходимо забирать:

1. при нормальной температуре тела больного;
2. при ознобе и на высоте температурной реакции;
3. сразу же после спада температуры;
4. через 6–12 ч после отмены антибиотиков;
5. после назначения антибиотиков;