

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.66 «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

1	Общая травматология
1	Остеопоротическим считается перелом
	перелом проксимальной трети диафиза плеча
	перелом анатомической шейки плеча
	перелом хирургической шейки плеча
	перелом мыщелков плеча
2	Срок сращения перелома хирургической шейки плеча
	2-4 недели
	6-8 недель
	4-6 недели
	12-14 недель
3	При каких переломах наибольшая вероятность повреждения лучевого нерва?
	хирургической шейки плеча
	дистальной трети лучевой кости
	локтевого отростка
	нижней трети плечевой кости
4	Наиболее частое смещение проксимального отломка плечевой кости при переломе в 1/3 диафиза
	с углом, открытым кзади
	с углом, открытым кпереди
	с углом, открытым кнаружи
	с углом, открытым кнутри
5	Аваскулярный некроз головки плечевой кости чаще всего сопровождается переломами
	хирургической шейки плеча
	анатомической шейки плеча
	суставной впадины лопатки
	акромиального отростка лопатки
6	Повреждение какой артерии способствует развитию аваскулярному некрозу головки плечевой кости?
	a. circumflexa humeri anterior
	a. circumflexa humeri posterior
	a. circumflexa scapuli
	a. thoracoacromialis
7	Какая мышца не является частью ротаторной манжеты?
	надостная
	подостная
	подлопаточная
	клювовидно-плечевая
8	Иммобилизация при переломах диафиза плечевой кости
	от надплечья на стороне перелома до головок пястных костей
	от надплечья на стороне перелома до средней трети предплечья
	от надплечья на стороне перелома до головок пястных костей
9	Наиболее часто встречающиеся переломы плечевой кости локализуются в
	средней трети
	области большого бугорка плечевой кости
	анатомической шейки

10	Треугольник Гютера образован локтевым отростком и мышелками плечевой кости головкой лучевой кости и мышелками плечевой кости локтевым отростком и надмышелками плечевой кости головкой лучевой кости и надмышелками плечевой кости
11	К переломам хирургической шейки плеча наиболее склонны дети и подростки лица зрелого возраста пожилые люди лица старческого возраста
12	Наиболее частое осложнение перелома а плечевой кости в средней и нижней трети повреждение плечевой артерии повреждение локтевого нерва повреждение лучевого нерва повреждение двуглавой мышцы плеча
13	Оптимальное лечение перелома плечевой кости без смещения, сопровождающееся повреждением лучевого нерва итрамедулярный остеосинтез с ревизией лучевого нерва консервативное лечение в гипсовой повязке и нейростимулирующая терапия компрессионно-дистракционный остеосинтез интрамедулярный остеосинтез без ревизии лучевого нерва
14	Какие переломы плеча всегда являются внутрисуставными? переломы бугорков переломы головки переломы хирургической шейки переломы анатомической шейки
15	«Золотым стандартом» оперативного лечения при свежих массивных разрывах ротаторной манжеты является артроскопический шов с помощью анкерных фиксаторов мини-инвазивный чрескостный шов открытый шов ротаторов плеча пластическое замещение поврежденного сухожилия.
16	Для какого повреждения характерен рентгенологический симптом «лампочки» передний вывих плеча передний переломо-вывих плеча перелом гленоида задний вывих плеча
17	Диафизарные переломы плеча при консервативном лечении срастаются: к 4-5 неделе к 6-8 неделе к 12-14 неделе к 20-22 неделе
18	Повреждение Хилл-Сакса - это импрессионное костное повреждение задне-наружной части головки плеча при ударе о край суставной впадины лопатки при вывихе плеча отрыв передне-нижнего края суставной губы плечевого сустава отрыв точки крепления длинной головки бицепса плеча в верхней части суставной губы перелом в области хирургической шейки плечевой кости
19	Повреждение Банкарта - это отрыв точки крепления длинной головки бицепса плеча в верхней части суставной губы отрыв капсулы и суставной губы от суставной впадины плеча

	импрессионное костное повреждение задне-наружной части головки плеча при ударе о край суставной впадины лопатки при вывихе плеча
	перелом в области хирургической шейки плечевой кости
20	SLAP-синдром это
	отрыв точки крепления длинной головки бицепса плеча в верхней части суставной губы
	отрыв капсулы и суставной губы от суставной впадины плеча
	импрессионное костное повреждение задне-наружной части головки плеча при ударе о край суставной впадины лопатки при вывихе плеча
	перелом в области хирургической шейки плечевой кости
21	В полости плечевого сустава проходит сухожилие
	длинной головки двуглавой мышцы
	короткой головки двуглавой мышцы
	сухожилия в полости сустава нет
	клювовидно-плечевой мышцы
	трехглавой мышцы
22	Переломы хирургической шейки плечевой кости делят на
	супинационные и пронационные
	абдукционные и аддукционные
	сгибательные и разгибательные
23	Выберите два наиболее характерных признака диафизарного перелома плечевой кости
	гемартроз
	деформация
	патологическая подвижность
	нарушение функций
24	Выберите два наиболее характерных признака внутрисуставного перелома плечевой кости
	крепитация
	деформация
	гемартроз
	нарушение функций
25	При закрытом поперечном переломе диафиза плечевой кости в средней трети с полным смещением по ширине оптимальная тактика включает
	репозицию и фиксацию гипсовой лонгетой
	репозицию и фиксацию двумя перекрещивающимися спицами
	репозицию и фиксацию на отводящей шине
	скелетное вытяжение
	интрамедуллярный остеосинтез
26	Показания к оперативному лечению чаще всего возникают
	при внутрисуставных повреждениях плечевой кости
	при метафизарных повреждениях плечевой кости
	оперативное лечение противопоказано на всех уровнях
27	Показания к артроскопии плечевого сустава
	перелом анатомической шейки плеча
	перелом головки плечевой кости
28	Характерными клиническими симптомами при переломе большого бугорка плечевой кости являются
	болезненность при пальпации бугорковой области
	затруднение при активной наружной ротации плеча
	затруднение при активной внутренней ротации плеча
	ограничение активного отведения плеча
29	Какие поздние осложнения могут наблюдаться при переломах дистального конца плечевой кости, ухудшающие функцию верхней конечности в целом ?

	контрактура фолькмана
	контрактура локтевого сустава
	оссификация капсулярно-связочного аппарата локтевого сустава и окружающих мышц.
	контрактура плечевого сустава
30	Большой бугорок плечевой кости это место прикрепления:
	дельтовидной мышцы
	клювовидно - плечевой мышцы
	надостной мышцы
	подостной мышцы
31	Малый бугорок плечевой кости это место прикрепления
	подлопаточной мышцы
	короткой головки двуглавой мышцы плеча
	дельтовидной мышцы
	малой грудной мышцы
32	Характерными клиническими симптомами при переломе малого бугорка плечевой кости являются:
	плечо повернуто кнутри
	отсутствие активной наружной ротации плеча
33	Изолированный перелом хирургической шейки плечевой кости относится к
	двух-фрагментарным переломам
	трех-фрагментарным переломам
	четырёх-фрагментарным переломам
34	Классификация Nieg переломов проксимального отдела плечевой кости предполагает
	выделение фрагментов плечевой кости при переломе от двух до четырех
	разделение переломов на внесуставные и внутрисуставные
	разделение переломов на переломы большого и малого бугорков
	сочетание переломов плечевой кости и переломов лопатки
35	Какая классификация используется для переломом проксимального отдела плечевой кости?
	Нира
	Шатцкера
	Фернандеса
	Вебера
36	Какие анатомические образования формируют фрагменты при переломе проксимального отдела плечевой кости?
	головка плечевой кости
	большой бугорок
	малый бугорок
	диафиз плеча
	межбугорковая борозда
37	Возможные хирургические доступы к проксимальному отделу плечевой кости
	дельтопекторальный
	трансдельтовидный
	Mackenzie
	Henry
38	При значительном дефекте переднего отдела гленоида с нестабильностью плеча оптимальна операция
	Латарже
	пластика дефекта Банкарта
	пластика дефекта Хилл-Сакса
	транспозиция сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча
39	Наиболее часто при переднем рецидивирующем вывихе плеча встречаются

	дефект Банкарта
	дефект Хилл-Сакса
	SLAP-синдром
	дефект Маклафлина
40	Какое осложнение перелома-вывиха плечевой кости наиболее ухудшает прогноз при первичном эндопротезировании плечевого сустава?
	повреждение подмышечного нерва
	повреждение передней огибающей плечо артерии
	повреждение задней огибающей плечо артерии
	отрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы
41	Повреждения, локализованные в разных анатомо-физиологических зонах, вызванные воздействием одного травмирующего фактора называют
	политравма
	комбинированная травма
	сочетанная травма
	множественная травма
42	Для вывихов характерен следующий вид укорочения конечности
	абсолютное укорочение
	относительное укорочение
	проекционное укорочение
	функциональное укорочение
43	К наиболее частым видам смещения переломов относят
	смещение отломков по длине
	смещение отломков по ширине
	смещение отломков под углом
	смещение под углом
44	Наиболее достоверными признаками перелома кости являются
	боль
	ограничение функций
	крепитация костных отломков
	патологическая подвижность отломков
45	Отклонение оси конечности кнаружи от физиологической оси называется
	вальгусная деформация
	варусная деформация
	антекурвация
	рекурвация
46	Основным клиническим симптомом травматического вывиха является
	боль в суставе
	отклонение конечности от физиологической оси
	симптом «пружинящего сопротивления» или «пружинящей деформации»
	укорочение конечности
47	Основным выбором метода лечения первично инфицированных переломов является
	интрамедуллярный остеосинтез
	накостный остеосинтез
	компрессионно-дистракционный, внеочаговый остеосинтез
	погружной остеосинтез
48	Среди травматических вывихов плечевой кости более 70 % занимают
	передние вывихи
	задние вывихи
	нижние вывихи
	центральные вывихи

49	Для вывиха акромиального конца ключицы наиболее характерен симптом симптом «клавиши» укорочение надплечья ограничение движений в плечевом суставе костная крепитация
50	Шина, применяемая для функционального метода лечения в травматологии называется шина Белера шина Крамера шина Дитерихса шина Еланского
51	При консервативном лечении перелома локтевого отростка используется гипсовая лонгета размером от кончиков пальцев до верхней трети плеча от головок пястных костей до верхней трети плеча от головок пястных костей до средней трети плеча от лучезапястного сустава до здорового надплечья
52	Диафизарный перелом локтевой кости в сочетании с вывихом головки лучевой кости называют (по автору) Бартона Галеацци Монтеджи Коллиса
53	Перелом лучевой кости в типичном месте со сгибательным механизмом травмы называют Бартона Смита Коллиса Галеацци
54	Внутрисуставной перелом дистального эпиметафиза лучевой кости с повреждением суставной поверхности относится по классификации «Ассоциации остеосинтеза» к типу А В С D
55	При переломе лучевой кости в типичном месте характерна вальгусная деформация штыкообразная деформация нижней трети предплечья варусная деформация рекурвация
56	Угол наклона суставной поверхности лучевой кости в ладонную сторону (волярный угол) составляет 9-11° 15-20° 25-30° 40-45°
57	Гипсовая иммобилизация при переломе лучевой кости в типичном месте без смещения осуществляется сроком на 2-3 недели 3-4 недели 6-8 недели 10-12 недели
58	Наиболее частым повреждением локтевой кости, сопутствующем перелому луча в типичном месте является

	перелом головки локтевой кости
	перелом шиловидного отростка локтевой кости
	перелом шейки локтевой кости
	разрыв дистального радио-ульнарного сочленения
59	При гемартрозе коленного сустава наблюдается симптом «блокада» коленного сустава
	симптом наружной девиации голени
	симптом «баллотирования» надколенника
	симптом «калоши»
60	При повреждении мениска коленного сустава проводят следующую пробу
	проба Лахмана
	проба переднего выдвижного ящика
	проба заднего выдвижного ящика
	проба Мак-Маррея
61	Для диагностики повреждения передней крестообразной связки проводят пробу
	Эпли
	Мак-Маррея
	Лахмана
	заднего выдвижного ящика
62	При повреждении передней крестообразной связки коленного сустава будет положительна проба
	заднего выдвижного ящика
	переднего выдвижного ящика
	наружной девиации голени
	внутренней девиации
63	При повреждении внутренней коллатеральной связки коленного сустава будет положительна проба
	заднего выдвижного ящика
	наружной девиации голени
	внутренней девиации
	заднего выдвижного ящика
64	Симптом «блокады» коленного сустава наиболее характерен при
	при повреждении внутренней коллатеральной связки коленного сустава
	при повреждении передней крестообразной связки коленного сустава
	при повреждении мениска коленного сустава
	при гемартрозе коленного сустава
65	Шеечно-диафизарный угол бедренной кости в среднем составляет
	110°
	115°
	127°
	135°
66	При каком механизме травмы проксимального отдела бедра происходит увеличение шеечно-диафизарного угла?
	ротационный
	абдукционный (вальгусный)
	аддукционный (варусный)
	вколоченный
67	Какие симптомы характерны для перелома шейки бедренной кости?
	боль в области тазобедренного сустава
	наружная ротация нижней конечности
	симптом «прилипшей пятки»
	кровоизлияние в паховой области

68	Основные причины, приводящие к несращению переломов шейки бедра
	неустраненное смещение костных отломков
	повреждение (или облитерация) артерии круглой связки
	шейка бедра не покрыта надкостницей
	отсутствие полной неподвижности между отломками
69	К частым поздним осложнениям переломам проксимального отдела бедра относят
	асептический некроз головки бедра
	ложный сустав шейки бедра
	костно-фиброзный анкилоз тазобедренного сустава
	сгибательная контрактура тазобедренного сустава
70	Какие виды лечения переломов шейки бедра применяют в настоящее время?
	консервативный
	остеосинтез
	функциональный
	эндопротезирование
71	Какой объем повреждений в коленном суставе называют «несчастливая триада»?
	повреждение внутреннего мениска, внутренней коллатеральной связки, задней крестообразной связки
	повреждение внутреннего мениска, передней и задней крестообразной связки
	повреждение внутреннего мениска, внутренней коллатеральной связки и передней крестообразной связки
	повреждение обоих менисков и передней крестообразной связки
72	«Завершённый» супинационный перелом лодыжек чаще осложнен
	подвывихом стопы кнаружи
	подвывихом стопы кнутри
	подвывихом стопы кзади
	разрыв дистального межберцового синдесмоза
73	«Завершённый» пронационный перелом лодыжек чаще осложнен
	подвывихом стопы кнаружи
	подвывихом стопы кзади
	разрыв дистального межберцового синдесмоза
	подвывихом стопы кнутри
74	При повреждении большеберцового нерва наблюдается
	отсутствие подошвенного сгибания стопы, выпадение пяточного рефлекса и чувствительности на подошве
	отсутствие тыльного сгибания стопы, невозможность встать на пятки
	отсутствие полного разгибания в коленном суставе
	выпадение чувствительности по внутренней поверхности голени и стопы
75	При повреждении малоберцового нерва наблюдается
	отсутствие полного разгибания в коленном суставе
	отсутствие тыльного сгибания стопы, невозможность встать на пятки
	отсутствие подошвенного сгибания стопы, выпадение чувствительности на подошве
	выпадение чувствительности по наружной поверхности голени и стопы
76	При повреждении лучевого нерва на уровне плеча наблюдается
	отсутствие сгибания в локтевом суставе
	отсутствие тыльного сгибания кисти (висячая кисть), и выпадение чувствительности на тыле кисти
	выпадение чувствительности I-II-III пальцев по ладонной поверхности
	атрофия межкостных мышц, сгибательная контрактура IV-V пальцев – «когтистая кисть»
77	При повреждении локтевого нерва на уровне плеча наблюдается
	отсутствие противопоставления I пальца, уплощение ладони, выпадение чувствительности I-IV пальцев по ладонной поверхности – «обезьянья лапа»

	атрофия межкостных мышц, сгибательная контрактура и нарушение чувствительности IV-V пальцев –«когтистая кисть»
	выпадение чувствительности I-II-III пальцев по ладонной поверхности
	выпадение чувствительности I-II-III пальцев по тыльной поверхности
78	При повреждении срединного нерва на уровне плеча наблюдается
	атрофия межкостных мышц, сгибательная контрактура и нарушение чувствительности IV-V пальцев –«когтистая кисть»
	выпадение чувствительности I-II-III пальцев по тыльной поверхности кисти
	отсутствие противопоставления I пальца, уплощение ладони, выпадение чувствительности I-IV пальцев по ладонной поверхности – «обезьянья лапа»
	выпадение чувствительности I-II-III пальцев по тыльной поверхности
79	К внутрисуставным переломам основания I пястной кости относят (по автору)
	перелом Бартона
	перелом Беннета
	перелом Дюпюитрена
	перелом Коллиса
80	Среди переломов костей запястья наиболее часто встречается перелом
	полулунной кости
	ладьевидной кости
	трехгранной кости
	гороховидной кости
81	Лечение больного с ушибом головного мозга средней тяжести закрытым поперечным переломом диафиза бедренной кости в верхней трети со смещением предусматривает по отношению к перелому бедра
	наложение аппарата Илизарова
	остеосинтез бедренной кости пластиной
	фиксацию конечности кокситной гипсовой повязкой
	наложение модуля аппарата Илизарова
	остеосинтез бедренной кости штифтом
82	Пострадавшего с тяжелым повреждением спинного мозга в грудном и поясничном отделах позвоночника при наличии только мягких носилок следует транспортировать
	на спине
	на левом боку
	на правом боку
	в полусидячем положении с подушкой в области поясницы
	на животе
83	При повреждениях периферического нерва двигательные расстройства проявляются
	гипертонусом мышц выше уровня ранения
	вялым параличом ниже уровня ранения
	судорожным сокращением мышц ниже уровня ранения
	усилением сухожильных и периостальных рефлексов ниже уровня ранения
	перемежающимся гипер- и гипотонусом мышц ниже уровня ранения
84	При поражении локтевого нерва кисть принимает вид
	"обезьяньей" кисти
	"когтеобразной" кисти
	"свисающей" кисти
	"акушерской" кисти
85	Пластика дефектов периферических нервных стволов может осуществляться с использованием
	гомопластики (аллопластики)
	гетеропластики
	аутопластики
	все ответы правильные

86	Доступ к общей сонной артерии осуществляется кпереди от грудино-ключично-сосцевидной мышцы кзади от грудино-ключично-сосцевидной мышцы по краю нижней челюсти любым из перечисленных доступов
87	По внутренней поверхности голени осуществляется доступ к передней большеберцовой артерии к задней большеберцовой артерии к малоберцовой артерии к малоберцовому нерву
88	При шве артерии конец-в-бок не наблюдается тромбоза анастомоза несостоятельности шва спазма в зоне анастомоза всего перечисленного
89	Показанием к реинфузии крови из брюшной полости является внутреннее кровотечение вследствие повреждения селезенки, печени, кровеносных сосудов повреждения селезенки, печени, сосудов почки повреждения селезенки, печени, диафрагмы повреждения селезенки, печени, желудка повреждения селезенки, печени, мочевого пузыря
90	Нетрудоспособность при неосложненном компрессионном переломе 7-го грудного позвонка у человека тяжелого физического труда, составляет 1 месяц 2 месяца 3 месяца 4 месяца 5-6 месяцев
91	У пострадавшего с переломом 1-го поясничного позвонка, если он до травмы занимался тяжелым физическим трудом, сроки нетрудоспособности составляют 2-3 месяца 3-4 месяца 4-5 месяцев 5-6 месяцев 6-8 месяцев
92	К комбинированным повреждениям относятся открытый перелом переднего отдела таза перелом вертлужной впадины и термический ожог промежности и ягодиц перелом лонной и седалищной костей с разрывом мочевого пузыря перелом лонной кости с разрывом уретры перелом подвздошной кости и разрыв тонкого кишечника
93	Симптом Томпсона при выявлении разрыва ахиллова сухожилия проявляется западением в области разрыва ахиллова сухожилия невозможностью стоять и ходить на пальцах поврежденной ноги отсутствием подошвенного сгибания стопы поврежденной конечности при сдавливании трехглавой мышцы голени рукой врача резким ограничении супинации стопы ощущением щелчка при разрыве ахиллова сухожилия
94	Угол отведения на отводящей шине при переломе шейки или суставной впадины лопатки должен составлять 30°

	60°
	90°
	110°
	160°
95	При абдукционном переломе хирургической шейки плеча угол, образованный фрагментами, открыт
	кнутри и кзади
	кнаружи и кзади
	кнутри и кпереди
	углового смещения нет
96	Переломы головки плеча с полным разобщением и поворотом у молодых людей следует лечить
	оперативно вправляя и фиксируя остеосинтезом в ранние сроки
	удаляя головку, производя артродез в ранние сроки
	оперируя в поздние сроки, делая остеосинтез
	оперируя в поздние сроки, удаляя головку
97	При благоприятных условиях диафизарные переломы плеча при консервативном лечении срастаются
	к 4-5 неделе
	к 6-8 неделе
	к 12-14 неделе
	к 20-22 неделе
98	При консервативном лечении переломов плеча самой грубой ошибкой будет
	сохранившееся незначительное смещение фрагментов
	перерастяжение фрагментов с образованием диастаза между ними
	слабое натяжение фрагментов, отсутствие тяги
	все перечисленное
99	При переломе плеча в нижней трети, осложненным повреждением срединного нерва, возникает
	расстройство чувствительности
	4 и 5 пальцев
	во 2-м пальце
	только в 1-м пальце
	только в 3-м пальце
	в 1, 2, 3 пальцах кисти и ладонно-лучевой поверхности 4 пальца
100	Наиболее опасной локализацией для развития контрактуры Фолькмана при переломе плеча является
	внутрисуставной перелом проксимального отдела плеча
	перелом плеча в верхней трети
	перелом плеча в средней трети
	перелом плеча в нижней трети
101	Неполный вывих акромиального конца ключицы происходит
	при полном разрыве акромиально-ключичной и ключично-клювовидной связок
	при разрыве только акромиально-ключичной связки
	при разрыве только клювовидно-ключичной связки
	при растяжении ключично-акромиальной связки
102	Причиной возникновения привычного вывиха плеча является
	родовая травма
	инфекционный артрит
	вывих плеча, сопровождающийся переломом ключицы
	повреждения в момент травматического вывихав сочетании с неправильной тактикой ведения после вывиха
103	Методом выбора при лечении огнестрельных переломов верхней конечности будет
	интрамедуллярный остеосинтез
	скелетное вытяжение
	накостный остеосинтез

	внеочаговый остеосинтез с помощью аппарата
104	При вывихе полулунной кости вывихиваются следующие кости запястья полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу головчатая кость по отношению к полулунной полулунная и головчатая кости по отношению к лучезапястному суставу головчатая и крючковидная кости по отношению к полулунной ладьевидная, головчатая и гороховидная по отношению к полулунной
105	Для повреждения сухожилия глубокого сгибателя пальца наиболее характерно локализация и вид раны активное сгибание пальца в пястно-фаланговом суставе отсутствие активного сгибания ногтевой фаланги пальца отсутствие мышечного тонуса при пассивном разгибании пальца полное активное разгибание пальца
106	Вывихом чаще всего сопровождается внутрисуставной перелом дистальной головки пястной кости перелом типа Беннета - основание 1-й пястной кости околосуставной перелом дистального отдела 5-й пястной кости перелом диафиза 5-й пястной кости
107	Патогномичным признаком перелома шейки бедра является боль в тазобедренном суставе укорочение конечности симптом Гирголава симптом "прилипшей пятки"
108	Повреждение или сдавление сосудов бедра наиболее часто встречается при закрытых переломах бедренной кости в области проксимального отдела бедра верхней трети диафиза средней трети нижней трети надмыщелков
109	К наиболее часто встречающимся осложнениям травматического эпифизеолиза дистального конца бедра относятся нарушение (тромбоз) магистрального кровотока конечности нарушение роста кости невозможность закрытой репозиции повреждение сосудисто-нервного пучка жировая эмболия
110	Оптимальным сроком для удаления фиксаторов является срок 6 месяцев 1 год 1.5 года 2 года фиксатор можно не удалять
111	При лечении компрессионных переломов мыщелка большеберцовой кости со смещением отломков предпочтительным является артротомия, удаление поврежденных менисков, поднятие осевших мыщелков, металлоостеосинтез закрытый компрессионно-дистракционный остеосинтез переломов большеберцовой кости ручное вправление переломов мыщелков большеберцовой кости скелетное вытяжение за надлодыжечную область или пяточную ультразвуковая сварка
112	Лечение свежих повреждений ахиллова сухожилия включает

	наложение гипсовой повязки в положении максимального подошвенного сгибания стопы до 5 недель
	открытый способ сшивания "конец в конец"
	пластику апоневрозом стопы
	пластику апоневрозом стопы
	закрытое сшивание сухожилия
113	При пронационном трехлодыжечном переломо-вывихе голеностопного сустава, леченного гипсовой повязкой, срок иммобилизации составляет
	1 месяц
	2 месяца
	2.5-3 месяца
	4 месяца
114	Оперативное лечение переломо-вывиха голеностопного сустава ускоряет сроки сращения
	на 10 дней
	на 14 дней
	на 21 день
	на 28 дней
	не ускоряет
115	Таранно-пяточный угол в норме составляет
	10-20°
	20-30°
	20-40°
	40-60°
116	При открытом переломе 3 степени согласно классификации открытых переломов (по А.В.Каплану и О.Н.Марковой) характер раны и ее размер будут
	колотая, размером от 1 до 2 см
	ушибленная, размером от 2 до 9 см
	рваная и размозженная, размером более 10 см
	ушибленная, размером от 1.5 до 2 см
	рваная и размозженная, размером от 2 до 9 см
117	Пострадавшему с тяжелым многооскольчатый огнестрельным переломом коленного сустава после первичной хирургической обработки следует осуществить иммобилизацию коленного сустава только
	гипсовым тутором на коленный сустав
	глубокой толстой гипсовой повязкой-лонгетой от верхней трети бедра до лодыжек
	глубокой толстой гипсовой лонгетой от верхней трети бедра до кончиков пальцев стопы
	широкой гипсовой лонгетой от поясницы до нижней трети голени
	типичной кокситной повязкой со стопой
118	Среди множественных и сочетанных повреждений превалирует
	травма грудной клетки и ее органов
	черепно-мозговая травма и переломы конечностей
	травма брюшной полости и костей таза
	тяжелые множественные повреждения опорно-двигательного аппарата
	сдавления конечностей
119	Обезболивание на догоспитальном этапе при множественных и сочетанных повреждениях заключается
	в анестезии мест переломов
	в обезболивании закисью азота
	в введении наркотических анальгетиков
	в проведении новокаиновых блокад в сочетании с введением ненаркотических анальгетиков
	в введении нейролептиков и анальгетиков
120	В профилактике гнойных осложнений при открытых множественных переломах конечностей основное значение имеет

	введение антибактериальных препаратов в область открытых переломов
	первичная хирургическая обработка ран
	внутрикостные пролонгированные новокаиновые блокады с антибиотиками
	фулярные новокаиновые блокады с антибиотиками
	использование полимерных повязок-покрытий с антибактериальными наполнителями
121	Боль при разведении за крылья подвздошных кости- это симптом
	Чаклина
	Ларрея
	Перельмана
	Гирголава
122	Тест Финкельштейна является подтверждением
	болезни Нотта
	болезни Де Кервена
	болезни Милроя
	болезни Манклейра
123	Повреждения длинного сухожилия разгибателя первого пальца кисти происходит в период
	сращения перелома I пястной кости
	сращения перелома дистального эпиметафиза лучевой кости
	сращения перелома основной фаланги I пальца
	сращения перелома ногтевой фаланги I пальца
124	При какой степени контрактуры Дюпюитрена возникает сгибательная контрактура в пястно-фаланговых суставах и проксимальных межфаланговых суставах с подвывихом средней фаланги?
	II степень
	IV степень
	I степень
	III степень
125	Типичные проявления перелома основания черепа является
	двоение в глазах
	кровотечение и ликворрея из носа и ушей
	отек век
	подкожная эмфизема
126	Характерный признак сдавления головного мозга
	однократная рвота
	«светлый промежуток»
	менингеальные симптомы
	кратковременная потеря сознания сразу после травмы
127	Наиболее частым следствием врожденной косолапости является
	плоско-вирусная стопа
	эквино-варусная стопа
	поперечно-распластанная стопа
128	Для опухоли Барре-Массона на кисти ранним симптомом является
	артросиновит пальцев
	боль в пальце
	контрактура
	остеоартроз суставов
129	Кость от которой начинается длинный разгибатель I пальца кисти
	наружный надмыщелок плеча
	локтевая
	лучевая
	внутренней надмыщелок плеча

130	Связка коленного сустава, ограничивающая приведение (аддукцию) голени - это
	внутренняя боковая
	наружная боковая
	передняя крестообразная
	задняя крестообразная
131	Связка коленного сустава, ограничивающая отведение (абдукция) голени- это
	задняя крестообразная
	внутренняя боковая
	передняя крестообразная
	наружная боковая
132	Типичное место прикрепления крестообразных связок коленного сустава к большеберцовой кости
	бугристость большеберцовой кости
	межмышцелковое возвышение
	поперечная связка колена
	суставной край внутреннего мыщелка
133	Наиболее часто встречающиеся осложнения после механических травм конечностей (костей, суставов и мягких тканей) длительной иммобилизации является
	синдром Каста
	синдром Зудека
	синдром Робена
	синдром Де Кервена
134	«Симптом галифе» - при переломе бедренной кости с наибольшей варусной деформацией свидетельствует о
	чрезвертельном переломе
	переломе на границе верхней и средней трети
	надмышцелковом переломе
135	Перелом Беннета- это
	поперечный перлом основания I пястной кости
	внутрисуставной перелом основания I пястной кости с образованием центрального отломка треугольной формы и подвывихом тела пястной кости в тыльно-лучевую сторону
	субкапитальный перелом I пястной кости
136	Какой нерв огибает сзади диафиз плечевой кости?
	подкрыльцовый нерв
	лучевой нерв
	локтевой нерв
	мышечно-кожный нерв
137	Ведущим фактором в развитии синдрома «гийонова» канала является
	компрессионное ущемление срединного нерва и сухожилий сгибателей кисти
	компрессионное ущемление локтевого нерва и сухожилия локтевого сгибателя кисти
	компрессионное ущемление лучевого нерва и сухожилия лучевого сгибателя кисти
138	Ведущим фактором в развитии синдрома запястного канала является:
	компрессионное ущемление локтевого нерва и сухожилий локтевого сгибателя кисти
	компрессионное ущемление срединного нерва и сухожилий сгибателей кисти
	компрессионное ущемление лучевого нерва и сухожилий лучевого сгибателя кисти
139	Радиоульнарный угол в норме соответствует
	60
	30
	40
	50
140	Средняя величина ладонного наклона суставной поверхности лучевой кости соответствует

	5
	10
	30
	45
141	При отрыве сухожилия разгибателя от ногтевой фаланги при его лечебной иммобилизации следует предать следующее положение пальцев
	полное разгибание пальца
	гиперэкстензия ногтевой фаланги
	сгибание средней фаланги до прямого угла
	максимальное сгибание средней фаланги
142	В каком положении должно находиться поврежденное колено при его иммобилизации
	полное разгибание
	сгибание под углом 5
	сгибание под прямым углом
	максимальное сгибание
143	Показанием для артрореза голеностопного сустава, является
	нестабильность сустава
	деформирующий остеоартроз и болевой синдром
	контрактура суставов
144	Контрактура Дюпюитрена - это
	теногенная контрактура пальцев
	дегенеративно-дистрофическое поражение ладонного апоневроза
	дегенеративно-дистрофического поражения сухожильно-апоневротического растяжения пальцев
	артрогенная контрактура
145	Радикальное лечение болезни Мортон
	резекция II-III пястно-фаланговых суставов стопы
	иссечение невромы подошвенного пальцевого нерва с гистологическим исследованием
	артродез I пястно-фалангового сустава
146	Что выявляем в отдаленном последствии недостаточно полного восстановления конгруентности суставных поверхностей при внутрисуставных переломах?
	привычный вывих
	остеоартрит
	блокаду сустава
147	Ишемическая Контрактура , развивающаяся в результате рубцового перерождения мышц предплечья и в результате нарушения функции на уровне предплечья и кисти -это
	контрактура Дюпюитрена
	контрактура Фолькмана
	контрактура Вайнштейна
148	Наиболее часто встречающиеся повреждения, сопровождающие разрыв внутреннего мениска (несколько ответов)
	разрыв задней крестообразной связки
	разрыв внутренней боковой связки
	разрыв передней крестообразной связки
	перелом внутреннего мыщелка бедра
	перелом внутреннего мыщелка большеберцовой кости
149	При разрыве какой связки коленного сустава, наблюдается симптом «переднего выдвигающего ящика»
	при разрыве задней крестообразной связки
	при разрыве передней крестообразной связки
	при разрыве коллатеральной медиальной
	при разрыве коллатеральной латеральной

150	Наиболее типичным видом смещения фрагментов при переломе диафиза основных фаланг пальцев кисти является
	под углом открытым в ладонную сторону
	под углом открытым в тыльную сторону
	по ширине
	по длине
151	Наиболее типичным видом смещения фрагментов при переломе диафиза пястных костей кисти является
	под углом открытым в тыльную сторону
	под углом открытым в ладонную сторону
	по длине
	по оси
152	При каком положении ноги боль в коленном суставе при его гемартрозе наименьшая?
	полном разгибании
	небольшом сгибании
	сгибание под прямым углом
	максимальное сгибание
153	Кости запястья, сочленяющиеся с лучевой костью- это
	головчатая
	ладьевидная
	полулунная
	трапецевидная
154	Наиболее распространенное заболевание кисти у лиц пожилого и старческого возраста является
	болезнь Кинбека
	контрактура Дюпюитрена
	болезнь Тимана
	болезнь Рейно
155	Позвоночно-двигательному сегменту соответствует
	позвонок с прилегающими к нему связками и межпозвонковым диском
	два смежных позвонка и расположенный между ними диск и соединяющие их элементы
	позвонок в пределах одного отдела позвоночника
156	Асептический некроз ладьевидной кости - это
	болезнь Кинбека
	болезнь Прайзера
	болезнь Дюшена-Арана
	болезнь Маделунга
157	Дисхондроплазия или множественный хондроматоз костей - это
	болезнь Капоши
	болезнь Оллье
	болезнь Маделунга
	болезнь Квинке
158	Асептический остеонекроз какой кости запястья является типичным осложнением перелома
	головчатой кости
	ладьевидной кости
	трапецевидной кости
	гороховидной кости
159	Операцией выбора у пожилых пациентов с ложными суставами шейки бедренной кости является
	межвертельная остеотомия бедренной кости
	эндопротезирование тазобедренного сустава
	артродез тазобедренного сустава
	остеосинтез

160	Асептический некроз полулунной кости это- болезнь Де Карвена болезнь Кинбека болезнь Нотта болезнь Прайзера
161	Для выявления повреждения используются диагностические приемы сбор анамнеза рентгенологическое исследование осмотр взвешивание массы тела
162	Среди всех видов травм по количеству преобладают раны и ссадины ушибы и растяжения переломы и вывихи ожоги и отморожения инородные тела
163	Задний вывих бедра чаще всего встречается при следующем механизме травмы падение на ровной поверхности с высоты роста прыжке с высоты около 2-х метров дорожно-транспортном происшествии у пешехода дорожно-транспортном происшествии у водителя
164	Из перечисленных повреждений выберите множественные перелом голени, ребер, позвоночника закрытая черепно-мозговая травма и разрыв печени перелом ребер, пневмогемоторакс перелом голени и поражение радиацией
165	Под каким видом обезболивания следует вправлять вывих бедра местная анестезия проводниковая анестезия внутрикостная анестезия внутривенный наркоз
166	Укажите протяженность гипсовой повязки при диафизарных переломах голени от коленного сустава до пальцев стопы от верхней трети голени до голеностопного сустава от верхней трети бедра до голеностопного сустава от верхней трети бедра до основания пальцев
167	По какому из перечисленных признаков Вы можете определить, что кровотечение в плевральной полости продолжается? бледность кожных покровов низкое АД кровохаркание притупление перкуторного звука на стороне травмы положительная проба Рувилуа-Грегуара
168	Какое лечебное мероприятие следует провести на этапе врачебной помощи при клапанном пнемотораксе? дренирование плевральной полости по Бюлау искусственная вентиляция лёгких плевральная пункция торакотомия герметичная повязка на рану

169	При проникающих ранениях живота в первую очередь должны быть оперированы ранение
	находящиеся в шоке
	с разлитым перитонитом
	с эвентрацией внутренностей
	с продолжающимся внутрибрюшным кровотечением
170	Наиболее часто к вывиху плеча приводит
	прямой удар
	ротация конечности
	падение с упором на разогнутую конечность
	падение на согнутую в локтевом суставе конечность
171	«Свежим» вывихом плеча называется вывих давностью
	до 2 недель
	1 неделя
	3 недели
	4 недели
172	Нарушение подвижности в суставе называется
	анкилоз
	контрактура
	ригидность
	патологическая подвижность
173	При острой кровопотере в организме происходят следующие изменения
	уменьшается объем циркулирующей крови, происходит централизация кровообращения
	после первоначальной активности артериол, венул, их шунтов происходит ослабление их деятельности: нарушается микроциркуляция, увеличивается вязкость крови
	происходит агрегация форменных элементов, появляются капли нейтрального жира
	повышается резервная щелочность, уменьшается содержание молочной кислоты
	в периферической крови появляются микротромбы, прекращающие перфузию отдельных участков тканей
174	Жировая эмболия обычно возникает после травмы
	на 1 сутки
	на 2 сутки
	на 3 сутки
	на 4 сутки
	на 12 сутки
175	К методам инструментального исследования при травме ахиллова сухожилия относятся
	термография
	полярография
	электромиография
	ультразвуковая доплерография
176	Наиболее частым переломом проксимального отдела плечевой кости является перелом
	головки
	анатомической шейки
	большого бугорка
	хирургической шейки
177	Повреждение костей предплечья типа Галиацци называется
	изолированный перелом локтевого отростка
	изолированный перелом лучевой кости
	перелом локтевой кости и вывих головки лучевой
	перелом лучевой кости и вывих головки локтевой
178	Радиоульнарный угол в норме составляет
	50-70

	100-120
	200-230
	400
179	Повреждение костей типа Монтеджа называется
	изолированный перелом лучевой кости
	изолированный перелом локтевой кости в средней трети
	перелом локтевой кости и вывих головки лучевой
	перелом лучевой кости и вывих головки локтевой
180	Срок иммобилизации плеча после вправления вывиха плеча составляет
	1-2 недели
	4 недели
	6 недель
	10 недель
181	Клиническими симптомами при переломах шейки бедра со смещением являются
	укорочение конечности
	наружная ротация конечности
	внутренняя ротация конечности
	симптом «прилипшей пятки»
	удлинение конечности
182	Методом выбора у пациентов пожилого возраста при переломе шейки бедра при отсутствии противопоказаний является
	остеосинтез 3-х лопастным гвоздем
	функциональное консервативное лечение
	эндопротезирование тазобедренного сустава
	скелетное вытяжение
	гипсовая иммобилизация
183	К угрожающим жизни осложнениям при переломе шейки бедренной кости относятся
	смещение отломков
	тромбоз и гипостатическая пневмония
	посттравматический артроз
	посттравматическая контрактура
	деформация конечности
184	Противопоказанием для экстренного оперативного лечения переломов бедра является
	возраст старше 80 лет
	выраженный остеопороз
	тромбоз глубоких вен нижних конечностей
	наличие инфаркта миокарда в анамнезе
	сахарный диабет 2 типа
185	Накостный остеосинтез трубчатых костей противопоказан
	при открытых переломах
	пациентам в возрасте старше 80 лет
	при наличии инфицированной раны конечности
	пациентам с парезами конечностей
	при атрофии мышц
186	После устранения закрытого вывиха плеча при клинических признаках успешного вправления контрольную рентгенографию следует выполнять
	только при отсутствии клинических симптомов устранения вывиха сразу после устранения
	сразу после устранения во всех случаях
	через 3 недели после устранения
	через 3 дня после устранения после исчезновения отека
	через 1 неделю после устранения

187	После выполнения закрытой репозиции отломков при переломах конечностей при клинических признаках успешной репозиции и отсутствии сосудистых и нервных расстройств контрольную рентгенографию следует выполнять
	сразу после репозиции однократно
	сразу после устранения и повторно через 5-7 дней после репозиции всегда
	через 7 дней после репозиции
	сразу после репозиции и через 5 -7 дней только при сохранении болевого синдрома
188	К современным методам лечения оскольчатых переломов хирургической шейки плечевой кости у пожилых пациентов относятся
	остеосинтез плечевой кости пластинами с угловой стабильностью
	остеосинтез интрамедуллярными штифтами с блокированием
	функциональное лечение
	эндопротезирование плечевого сустава
	скелетное вытяжение за локтевой отросток
189	При повреждении акромиально-ключичного сочленения оперативное лечение выполняется
	всегда
	в зависимости от степени повреждения
	только пациентам пожилого возраста
	только пациентам молодого возраста
	только пациентам, занимающимся профессиональным спортом
190	Симптомы, указывающие на разрывы менисков коленного сустава - это
	симптом Бабинского
	симптом Байкова
	симптом «надевания калоши»
	симптом переднего выдвигающего ящика
	симптом Лахмана
191	Наиболее характерным симптомом при разрывах передней крестообразной связки коленного сустава является
	симптом «переднего выдвигающего ящика»
	блокада сустава
	деформация нижней конечности
	болевого синдрома
	симптом «заднего выдвигающего ящика»
192	На наличие гемартроза коленного сустава указывает
	болевого синдрома
	отек сустава
	симптом баллотирования надколенника
	симптом «заднего выдвигающего ящика»
	симптом боковой нестабильности
193	При подозрении на повреждение позвоночника транспортировку с места происшествия проводят
	на мягких носилках в положении лежа
	на щите в положении лежа
	при отсутствии клинических проявлений – в положении сидя
	на жесткой ровной каталке в положении лежа
194	При выявлении клиновидной деформации позвонка на рентгенограмме при наличии хронического болевого синдрома, отсутствии травмы в анамнезе, отсутствии двигательных и чувствительных расстройств рекомендована консультация
	травматолога
	нейрохирурга
	реабилитолога
	невролога
	онколога

195	К факторам, повреждающим локальную тканевую защиту в ранах и способствующим развитию инфекции при открытых переломах, относят
	местную ишемию
	нарушение иннервации
	инородные тела
	наличие некротизированных тканей, гематом
	введение дренажа с активной аспирацией экссудата
196	Условиями заживления раны первичным натяжением являются
	небольшая зона повреждения
	сохранение жизнеспособности краев раны и сближением краев до соприкосновения
	отсутствие очагов некроза и гематомы
	ушивание раны наглухо с образованием кожного валика
	качественная первичная хирургическая обработка
197	Факторы, влияющие на скорость регенерации костной ткани и прочность кости – это
	состояние белковой матрицы кости
	минеральный состав кости
	уровень кальция в плазме крови
	кровоснабжение кости
	наличие эндокринологических нарушений
198	Ранними признаками острого тромбоза артерий при переломе являются
	резкая боль
	похолодание конечности
	болезненность при осевой нагрузке
	изменение окраски кожных покровов конечности
	гематома в области перелома
199	Сопутствующими повреждениями, часто сопровождающими переломы лодыжек со смещением отломков, являются
	подвывих стопы
	разрыв дистального межберцового синдесмоза
	повреждение связочного аппарата голеностопного сустава
	импрессионные переломы таранной кости
	переломы плюсневых костей
200	К видам ограничений движений в суставе относят
	анкилоз
	контрактуру
	гипермобильность
	ригидность
	дисплазию
201	Комбинированная сгибательно–приводящая контрактура обуславливает ограничение следующих движений
	разгибание и отведение
	сгибание и приведение
	разгибание и приведение
	сгибание и отведение
202	Обычное рентгенологическое исследование дает возможность выявить следующие виды патологии
	перелом кости
	вывих костей в суставе
	новообразование кости
	повреждение мышцы
	эпифизеолиз
203	Рентгенологическими признаками переломов позвонков являются
	снижение высоты тела позвоночника

	усиление лордоза
	сглаженность лордоза
	смещение межпозвоночного диска
	нарушение кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела позвонка
204	Компьютерная томография костей помогает выявить следующие повреждения
	скрытый перелом
	разрыв мышцы
	разрыв сухожилия
	патологический перелом
	повреждение хрящевой ткани
205	Используя метод МРТ, можно обнаружить следующие повреждения и заболевания
	скрытые переломы
	новообразования костей
	повреждения связок
	повреждение внутренних органов
	нарушение проводимости нервных стволов при сохранении их целостности
206	Ультразвуковое исследование при повреждениях и заболеваниях опорно-двигательного аппарата позволяет определять следующие параметры
	тромбоз сосуда
	образование аневризмы сосуда
	степень контрактуры
	повреждение сухожилий
	нарушение проводимости нерва
207	При выявлении клинических признаков разрыва внутреннего мениска и выполненной рентгенографии коленного сустава при наличии технической возможности следует отдать предпочтение дополнительному методу инструментального исследования
	рентгеноскопии
	МРТ
	КТ
	плантографии
	денситометрии
208	При переломе дистального метаэпифиза лучевой кости без смещения отломков следует применить следующую иммобилизацию
	гипсовая лонгета с переводением в циркулярную при необходимости после спадения отека
	циркулярная гипсовая повязка
	циркулярная повязка из полимерных материалов
	жесткий ортез
209	При переломе дистального метаэпифиза лучевой кости без смещения отломков контрольную рентгенографию следует выполнять
	через 4 недели после наложения иммобилизации
	через 6 недель после наложения иммобилизации
	через 7 дней после наложения иммобилизации
	через 7 дней после наложения иммобилизации и через 4 недели после наложения иммобилизации
210	Вальгусная деформации I пальца стопы является следствием
	эквино-варусной деформации стопы
	поперечного плоскостопия
	подагрического поражения суставов стопы
	переломов плюсневых костей
	воспаления плюсне-фаланговых суставов
211	Рентгенологическими признаками деформирующего остеоартроза являются следующие изменения
	наличие остеофитов
	сужение суставной щели

	склероз и деформация суставных поверхностей
	расширение суставной щели
	наличие мелких кист в метаэпифизарной зоне
212	При жалобах пациента на снижение чувствительности кисти, мышечной слабости кисти после консолидации перелома лучевой кости следует назначить инструментальное обследование
	МРТ
	КТ
	ультразвуковое исследование
	электронейромиографию
	денситометрию
213	Смещение позвонков кпереди относительно позвонков, расположенных ниже, называется
	антероспондилолистез
	ретроспондилолистез
	клиновидная деформация
	протрузия межпозвонкового диска
214	Отсутствие активного сгибания дистальной фаланги 1 пальца кисти после получения резаной раны кисти позволяет заподозрить повреждение
	сухожилия длинного сгибателя 1 пальца кисти
	сухожилия длинного разгибателя 1 пальца кисти
	сухожилия короткого сгибателя 1 пальца кисти
	сухожилия короткого разгибателя 1 пальца кисти
215	Отсутствие активного разгибания в дистальном межфаланговом суставе пальца кисти после закрытой травмы позволяет заподозрить
	повреждение ладонной связки
	повреждение боковых связок
	подкожный разрыв сухожилия разгибателя
	подкожный разрыв сухожилия разгибателя с отрывом костного фрагмента
216	Перелом Смита –это
	сгибательный перелом пястной кости
	разгибательный перелом дистального метаэпифиза лучевой кости
	сгибательный перелом пястной кости
	сгибательный перелом дистального метаэпифиза лучевой кости
217	К параметрам, которые учитывают при определении характера искривления позвоночника относят
	величину реберного горба
	отклонение вершины остистых отростков от линии, проведенной от заднего края большого затылочного отверстия, 7-го шейного позвонка до середины нижнего конца крестца
	ширину таза
	отклонение от горизонтали линии, соединяющей ости таза
218	Ограничение активного разгибания кисти в лучезапястном суставе в сочетании со снижением чувствительности по тыльной поверхности кисти после перелома плечевой кости может быть вызвано
	повреждением сухожилий
	гипотрофией мышц после иммобилизации
	сдавлением срединного нерва
	повреждением лучевого нерва
	контрактурой после иммобилизации
1	Детская ортопедия
1	У ребенка в первые полгода года жизни при дисплазии тазобедренных суставов бедра необходимо фиксировать
	в положении приведения
	в среднефизиологическом положении
	в положении отведения на отводящей шине, стременах Павлика

	в положении отведения на кожном вытяжении
2	К комплексу лечебных мероприятий при косолапости относится метод Дюпоитрена метод Понсети метод Паневой-Холевич метод Гориневской-Древинг
3	Наиболее часто встречающейся формой кривошеи является костная мышечная рефлекторная воспалительная
4	Наиболее точно дисплазию тазобедренного сустава выявляет рентгенологическая схема, разработанная Рейнбергом Хильгенрейнером Омбреданом Беллером Рихтером
5	Для косолапости характерны следующие признаки эквинус стопы вальгус стопы варус стопы абдукция стопы аддукция стопы
6	Этиологическим фактором развития врожденной кривошеи является родовая травма дисплазия порок развития закладки неправильное родовспоможение
7	Оптимальный возраст для хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи будет 6 месяцев 1 год 2 года 3 года 5 лет
8	Наиболее рациональным видом хирургического вмешательства при врожденной мышечной кривошеи является миотомия ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы операция по Зацепину операция по Гаген - Торну миотомия ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы с аллопластикой
9	Иммобилизация после хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи составляет 2 недели 1 месяц 2 месяца 3 месяца
10	Лечение дисплазии тазобедренного сустава лучше всего начинать с рождения ребенка после 1-го года жизни с 3 лет после 6 лет

11	Наиболее целесообразным методом лечения дисплазии тазобедренного сустава у ребенка 1 месяца жизни является стремена Павлика вытяжение оверхэд гипсовая повязка оперативное лечение
12	При врожденном вывихе надколенника встречаются следующие сопутствующие пороки развития плоско-вальгусные стопы незаращение дужек позвонков гипертрихоз кривошея
13	Болезнью Шейермана-Мау называется остеохондропатия грудного отдела позвоночника остеохондропатия бугристости большеберцовой кости остеохондропатия внутреннего мыщелка голени остеохондропатия костей таза
14	Болезнью Осгуда-Шлаттера называется остеохондропатия грудного отдела позвоночника остеохондропатия бугристости большеберцовой кости остеохондропатия внутреннего мыщелка голени остеохондропатия костей таза
15	Ахондроплазией называется системное поражение скелета, связанное с пороком развития хондробластической системы, аномалией развития и роста хряща последствия внутриутробного сифилиса последствия внутриутробного рахита нейроэндокринное заболевание
16	Болезнью Блаунта называется извращение развития росткового хряща (дисплазия) с разрыхлением медиальной части эпифизарной пластинки, с последующей ее оссификацией, с поражением проксимального эпифиза большеберцовой кости последствие перенесенного остеомиелита большеберцовой кости рахитоподобное заболевание дисплазия росткового хряща верхнего конца большеберцовой кости
17	Наиболее достоверными признаками врожденного вывиха бедра у новорожденного будут асимметрия кожных складок симптом Маркса нарушение отведения бедра укорочение бедра
18	Болезнью Пертеса называется асептический некроз головки бедренной кости асептический некроз головки малоберцовой кости асептический некроз таранной кости асептический некроз ладьевидной кости кисти
19	Символ ортопедии в виде искривленного дерева, подвязанного веревкой, предложил Н.И.Пирогов Гален Николос Андри Г.А.Илизаров
20	Болезнь Пертеса чаще всего бывает

	в детском возрасте у девочек до 5 лет
	в детском возрасте у мальчиков 5-12 лет
	у лиц пожилого возраста
	у мужчин старше 50 лет
	у женщин до 35 лет
21	Основным этиологическим фактором развития врожденного вывиха надколенника является
	прямая травма
	порок развития
	анатомические дефекты области коленного сустава
	дисплазия
22	Оптимальным возрастом для оперативного лечения врожденного вывиха надколенника является
	3 года
	5 лет
	7 лет
	старше 10 лет
1	Повреждения коленного сустава
1	Какое из перечисленных повреждений коленного сустава возникает при прямом механизме травмы?
	разрыв крестообразной связки
	перелом межмыщелкового возвышения
	перелом надколенника
	перелом мыщелка большеберцовой кости
	разрыв заднего рога мениска
2	Какое из перечисленных повреждений коленного сустава возникает при непрямом механизме травмы?
	хондромалиция надколенника
	разрыв внутренней боковой связки
	перелом надколенника
	ушиб жирового тела Гоффа
	подхрящевой перелом надколенника
3	Возникший после травмы гемартроз коленного сустава является
	показанием к операции
	симптомом препателлярного бурсита
	проявлением гемофилии
	симптомом тяжелого внутрисуставного повреждения
	осложнением любой травмы коленного сустава
4	Синовит коленного сустава чаще всего является следствием
	гемофилии
	любого повреждения коленного сустава
	сирингомиелической артропатии
	заболевания коленного сустава
	застарелого повреждения коленного сустава
5	Динамическая блокада коленного сустава - это
	неустойчивость коленного сустава
	постоянное ограничение движений в коленном суставе
	кратковременное, резко возникающее, преходящее ограничение движений в суставе
	боль в суставе при нагрузке по оси
	тугоподвижность коленного сустава
6	Укажите морфологическую характеристику разрыва боковой продольной связки коленного сустава III степени
	полный разрыв связок с вывихом сустава
	полный разрыв связки
	разрыв половины связки и более, но неполный

	разрыв отдельных пучков, но менее половины связки
	разрыв отдельных волокон или единичных пучков связки
7	К клинической характеристике разрыва боковой продольной связки коленного сустава III степени подходит
	локальная припухлость, легкая болезненность
	локальная припухлость, кровоподтек, болезненность
	сглаженность контуров сустава, локальная выраженная болезненность
	сглаженность контуров сустава, локальная выраженная болезненность, флюктуация, баллотирование надколенника
	деформация сустава, пружинистая ригидность
8	Неустойчивость в коленном суставе является следствием
	несостоятельности (застарелый разрыв) связок коленного сустава
	разрыва мениска
	хондромалиции надколенника
	перелома мышечков
	суставной "мышы"
9	Какой симптом является абсолютным при недостаточности передней крестообразной связки коленного сустава?
	избыточная боковая подвижность голени
	невозможность удержать голень на весу в горизонтальном положении
	симптом "переднего выдвижного ящика"
	симптом "заднего выдвижного ящика"
	невозможность полного сгибания
10	Назовите основной признак гемартроза коленного сустава
	увеличение объема сустава
	кровоизлияние в мягкие ткани
	ограничение движений в суставе
	баллотирование надколенника
	симптом «выдвижного ящика»
11	Симптомом свежего повреждения боковой продольной связки любого блоковидного сустава является усиление локальной боли
	при смещении дистального сегмента в сторону противоположную от поврежденной связки
	при смещении дистального сегмента в сторону поврежденной связки
	при сгибании-разгибании
	при нагрузке по оси конечности
	при форсированной ротации
12	Какой симптом является абсолютным при недостаточности внутренней боковой связки коленного сустава?
	избыточная боковая подвижность голени кнутри
	избыточная боковая подвижность голени кнаружи
	локальная болезненность
	резкое расширение наружного отдела суставной щели на рентгенограммах по Шапиро-Богачевскому
	резкое расширение внутреннего отдела суставной щели на рентгенограммах по Шапиро-Богачевскому
13	Статическая блокада коленного сустава – это
	отсутствие движений в суставе
	неустойчивость коленного сустава
	кратковременное, проходящее ограничение движений
	постепенно развивающееся ограничение движений в суставе
	внезапно возникшее, длительное ограничение разгибания или сгибания
14	Статическая блокада коленного сустава чаще всего встречается
	при разрыве мениска

	при разрыве боковой продольной связки
	при хондромалиции надколенника
	при разрыве крестообразной связки
	при болезни Гоффа
15	Статическая блокада коленного сустава чаще всего является результатом
	несостоятельности крестообразных связок
	несостоятельности боковых связок коленного сустава
	не устраняемого ущемления подвижного образования
	дегенеративно-дистрофических изменений суставного гиалинового хряща
	деструкции суставных поверхностей
16	Сколько степеней разрыва боковых продольных связок коленного сустава различают?
	1
	2
	3
	4
	5
17	Укажите морфологическую характеристику разрыва боковой продольной связки коленного сустава I степени
	полный разрыв связок с вывихом сустава
	разрыв отдельных волокон или единичных пучков связки
	разрыв отдельных пучков, но менее половины связки
	разрыв половины связки и более, но неполный
	полный разрыв связки
18	Укажите морфологическую характеристику разрыва боковой продольной связки коленного сустава II степени
	полный разрыв связки
	разрыв половины связки и более, но неполный
	разрыв половины связки
	разрыв нескольких пучков, но менее половины связки
	разрыв отдельных волокон или единичных пучков связки
19	К клинической характеристике разрыва боковой продольной связки II степени подходит
	локальная припухлость, легкая болезненность
	локальная припухлость, кровоподтек, болезненность
	сглаженность контуров сустава, локальная выраженная болезненность
	сглаженность контуров сустава, локальная выраженная болезненность, флюктуация, баллотирование надколенника
	деформация сустава, пружинистая ригидность
20	Какие из разрывов боковых продольных связок подходят под термин "растяжение"?
	только I степени
	только II степени
	разрывы I и II степени
	разрывы II и III степени
	разрывы только III степени
21	"Неустойчивость" коленного сустава - это
	отсутствие движений в суставе
	"защелкивание" сустава
	постоянное ограничение движений
	избыточная подвижность, отрицательно сказывающаяся на опорности
	варусная деформация коленного сустава
22	Неустойчивость коленного сустава определяется
	потягиванием голени книзу, при фиксированном бедре
	смещением голени в стороны, при фиксированном бедре

	удерживанием разогнутой ноги в горизонтальном положении
	смещением голени кпереди и кзади, при фиксированном бедре
	только рентгенологически
23	Симптомом застарелого разрыва медиальной боковой связки коленного сустава является
	локальная болезненность
	избыточная подвижность при смещении голени кнутри
	боль при смещении голени кнаружи
	боль при смещении голени кнутри
	избыточная подвижность при смещении голени кнаружи
24	Симптом "переднего выдвижного ящика" - это
	невозможность удержать голень на весу в горизонтальном положении
	избыточная боковая подвижность голени
	избыточность ротационных движений
	смещение голени кпереди на 1 см и более
	смещение голени кзади на 1 см и более
25	Какой симптом является абсолютным при недостаточности задней крестообразной связки коленного сустава?
	избыточная боковая подвижность голени
	симптом "заднего выдвижного ящика"
	симптом "переднего выдвижного ящика"
	невозможность удержать голень на весу в горизонтальном положении
	невозможность полного сгибания
26	Симптом "заднего выдвижного ящика" - это
	невозможность удержать голень на весу в горизонтальном положении
	смещение голени кпереди на 1 см и более
	смещение голени кзади на 1 см и более
	избыточная боковая подвижность голени
	избыточность ротационных движений
27	Симптом "заднего выдвижного ящика" характерен для
	разрыва наружной боковой связки
	разрыва внутренней боковой связки
	вывиха коленного сустава
	разрыва передней крестообразной связки
	разрыва задней крестообразной связки
28	Из перечисленного динамическая блокада коленного сустава является следствием
	застарелого разрыва мениска
	разрыва боковой продольной связки
	хондромалиции надколенника
	разрыва крестообразной связки
	болезни Гоффа
29	Динамическая блокада коленного сустава является
	диагнозом
	симптомом ущемления внутрисуставного образования
	симптомом болезни Осгуд-Шляттера
	проявлением контрактуры сустава
	симптомом разрыва одной из боковых продольных связок
30	Какую патологию надо исключать, прежде всего, при наличии динамических блокад коленного сустава?
	хондроматоз
	болезнь Гоффа
	болезнь Кенига
	разрыв мениска

	гипертрофию крыловидных связок
31	При артроскопии для визуализации коленного сустава используется стандартный порт:
	антеро-медиальный
	антеро-латеральный
	Через связку надколенника
	задне-медиальный
	задне-латеральный
32	Количество степеней хондромалиции по общепринятой классификации выделяют
	1
	2
	3
	4
	5
33	МРТ признаки разрыва ПКС
	отек мышелка бедра
	отек мышелка большеберцовой кости
	разрыв внутреннего мениска
	гиперангуляция задней крестообразной связки
	разрыв внутренней боковой связки
34	Самая частая причина рецидивов повреждения трансплантата ПКС после выполнения артроскопической пластики
	повторная травма
	неанатомическое расположение каналов
	низкое качество фиксации трансплантата
	перенапряжение трансплантата при фиксации
	импиджмент трансплантата
35	Минимальная ширина связки надколенника для проведения забора из нее трансплантата:
	15мм
	20мм
	25мм
	30мм
	35мм
36	Показанием для тотального эндопротезирования коленного сустава является
	гонартроз 2стадии
	гонартроз 3стадии с выраженным болевым синдромом
	ревматоидный артрит
	контрактура коленного сустава
	артродез коленного сустава
37	Противопоказанием к тотальному эндопротезированию коленного сустава является
	болезнь Бехтерева
	околосуставные опухоли бедренной или большеберцовой кости
	выраженная несостоятельность разгибательного аппарата
	асептический некроз мышелка бедренной или большеберцовой кости
	ювенильный ревматоидный артрит
38	Наиболее часто используемый разрез кожи при тотальном эндопротезировании коленного сустава это
	переднесрединный
	переднелатеральный
	переднемедиальный
	наружный
	задний

39	Для определения стадии деформирующего артроза коленного сустава используют классификации: Н.С. Косинской Келгрена А.В. Каплана R.E Outerbridge
40	Автор классификация деформирующего артроза по стадиям хондромалиции коленного сустава Н.С Косинская Келgren Г.П Котельников R.E Outerbridge
1	Травма предплечья, травма кисти
1	Что входит в собирательное понятие «венозные тромбоэмболические осложнения»? тромбоэмболия легочных вен и артерий тромбоз глубоких вен, тромбоз поверхностных вен, тромбоэмболия легочных артерий тромбоз глубоких и поверхностных вен тромбоз глубоких вен, тромбоз поверхностных вен, тромбоэмболия легочных вен
2	У какого числа пациентов может развиваться тромбоэмболия легочной артерии после остеосинтеза бедра при отсутствии мер профилактики? от 3 до 11 % от 1 до 3 % менее 1 % менее 0,1%
3	К каким изменениям системы гемостаза приводят травмы и оперативные вмешательства? они не влияют на систему гемостаза к гипокоагуляционному сдвигу к гиперкоагуляционному сдвигу к понижению агрегации тромбоцитов
4	Какова оптимальная продолжительность профилактики ВТЭО после остеосинтеза перелома проксимального отдела бедра? до выписки из стационара до тех пор, пока сохраняется риск развития ВТЭО 3 недели до снятия швов
5	Каков минимальный срок профилактики у больных с повреждением спинного мозга? 1 месяц 2 месяца 3 месяца 4 месяца
6	Что относят к первичным факторам риска развития ВТЭО? возраст пол тромбофилии варикозную болезнь вен
7	Кому следует применять немедикаментозные средства предупреждения ВТЭО? только пациентам на строгом постельном режиме только пациентам на амбулаторном этапе лечения всем пациентам с ограниченной двигательной активностью (мобильностью) только пациентам с высокой степенью риска развития ВТЭО
8	Какой способ является наиболее эффективным из механических способов профилактики? эластичный трикотаж эластичные бинты

	последовательная перемежающаяся пневматическая компрессия
	противопрележневый матрас
9	На какой срок должно быть отложено введение антикоагулянтов у больных с неполным повреждением спинного мозга и спинальной гематомой?
	на 3-6 час
	на 6-12 час
	на 1-3 суток
	на 4-5 суток
10	Когда целесообразно начинать применение антикоагулянтов у пациентов с повреждениями опорно-двигательного аппарата?
	сразу же при поступлении в стационар
	за 12 часов до операции
	по достижении гемостаза после обследования и исключения возможных противопоказаний (обычно через 6–24 часа после травмы)
	после оперативного лечения
11	Какие препараты следует применять для проведения профилактики в предоперационном периоде?
	дабигатрана этексилат
	ривароксабан
	антагонисты витамина К
	низкомолекулярные гепарины (НМГ) или нефракционированный гепарин (НФГ)
12	За сколько часов до операции должна быть выполнена последняя инъекция НМГ (эноксапарина)
	за 24 часа
	за 18 часов
	за 12 часов
	за 6 часов
13	На каком уровне следует поддерживать показатель международного нормализованного отношения (МНО) при использовании для профилактики варфарина (АВК)?
	0,5-1,5
	1,5-2,0
	2,0-3,0
	3,0-4,0
14	Сколько раз в сутки следует принимать дабигатрана этексилат в профилактической дозе?
	4 раза
	3 раза
	2 раза
	1 раз
15	У больных с сочетанной травмой (балл по ISS > 17) при высоком риске кровотечений (или активном кровотечении) следует
	использовать только механические средства профилактики
	использовать любые антикоагулянты в пониженной дозе
	использовать только пероральные антикоагулянты в профилактической дозе
	использовать только инъекционные антикоагулянты в профилактической дозе
16	Каков основной метод инструментальной диагностики острого венозного тромбоза в настоящее время?
	УЗАС
	флебография
	МРТ
	КТ
17	Когда должно быть начато парентеральное введение антикоагулянтов в лечебных дозах?
	при обоснованном подозрении на ТГВ и/или ТЭЛА и отсутствии противопоказаний
	после инструментальной верификации диагноза ТГВ/ТЭЛА с помощью УЗИ

	после инструментальной верификации диагноза ТГВ/ТЭЛА с помощью КТ
	после консультации сосудистого хирурга
18	У каких пациентов травматолого-ортопедического стационара чаще развивается тромбоз легочной артерии (ТЭЛА) ?
	у пациентов с переломами проксимального отдела бедра
	у пациентов с переломами лодыжек
	у пациентов с переломами стопы
	у пациентов с повреждениями менисков
19	К каким факторам риска развития ВТЭО относят врожденные нарушения в системе гемостаза (тромбофилии)?
	к первичным факторам риска
	к вторичным факторам риска
	к третичным факторам риска
	к четвертичным факторам риска
20	Применение стабильного функционального остеосинтеза
	увеличивает опасность развития ТГВ
	увеличивает опасность развития ТЭЛА
	уменьшает опасность развития ТГВ и ТЭЛА
	не влияет на опасность развития ТГВ и ТЭЛА
21	Какие из перечисленных антикоагулянтов можно применять для проведения профилактики при консервативном лечении пациентов с переломами?
	гепарин
	варфарин
	дабигатрана этексилат
	эноксапарин
	ривароксабан
22	Какие из перечисленных антикоагулянтов можно применять для профилактики ТГВ в предоперационном периоде?
	гепарин
	ривароксабан
	дабигатрана этексилат
	эноксапарин
23	Какие из перечисленных лабораторных показателей ОБЯЗАТЕЛЬНЫ для исследования перед назначением низкомолекулярных гепаринов?
	АЧТВ
	гемоглобин
	тромбоциты
	креатинин
24	Какие антикоагулянты могут использоваться для медикаментозной профилактики после эндопротезирования тазобедренного сустава?
	НМГ
	НФГ
	апиксабан
	дабигатрана этексилат
	ривароксабан
25	Когда показано проведение УЗАС ?
	при поступлении больного со «свежим» переломом бедра
	во всех случаях подозрения на ВТЭО
	когда профилактика ВТЭО у больного отсутствовала или не соответствовала современным требованиям
	перед любым оперативным вмешательством на тазобедренном суставе

26	Укажите факторы, которые способствуют развитию венозного тромбоза
	замедление тока крови
	повреждение эндотелия сосудистой стенки
	изменение свойств крови (гиперкоагуляция и угнетение фибринолиза)
	ускорение тока крови
27	Какие из перечисленных препаратов относятся к антикоагулянтам прямого действия?
	ривароксабан
	апиксабан
	варфарин
	дабигатрана этексилат
28	Какие из перечисленных антикоагулянтов можно применять для проведения профилактики после остеосинтеза бедра?
	апиксабан
	ривароксабан
	дабигатрана этексилат
	НМГ
29	Какие из перечисленных препаратов могут быть использованы для длительной профилактики ВТЭО в амбулаторных условиях?
	НМГ в профилактических дозах
	пероральные антикоагулянты
	пентоксифиллин
	мексидол
30	Укажите факторы риска, имеющие, в соответствии со шкалой Caprini, наибольшее значение для развития ВТЭО
	перелом шейки бедра
	политравма до 1 мес
	перелом таза
	варикозное расширение вен
1	Переломы проксимального эпиметафиза бедренной кости
1	Шеечно-диафизарный угол бедренной кости в среднем равен
	127 градусов
	95 градусов
	157 градусов
	37 градусов
2	Чем меньше шеечно-диафизарный угол бедренной кости, тем
	больше нагрузки приходится на шейку бедра и тем легче возникает её перелом
	больше нагрузки приходится на шейку бедра и тем маловероятнее возникает её перелом
	меньше нагрузки приходится на шейку бедра и тем легче возникает её перелом
	меньше нагрузки приходится на шейку бедра и тем маловероятнее возникает её перелом
3	Артерия связки головки, снабжающая кровью головку бедренной кости, является
	задней ветвью запирательной артерии
	ветвью глубокой артерии бедра
	артерией капсулы сустава
	ветвью латеральной артерии, огибающей бедренную кость
4	Показание к оперативному лечению перелома шейки бедра
	тяжелое общее состояние больного
	выраженные расстройства сердечно-сосудистой системы
	отсутствие подвижности до получения травмы
	первые сутки после получения травмы
5	В качестве выбора при переломах шейки бедра у пожилых людей с неблагоприятным прогнозом для сращения рекомендовано

	эндопротезирование тазобедренного сустава
	остеосинтез шейки бедра с помощью винтов
	остеосинтез шейки бедра с помощью гвоздя с блокированием
	консервативное лечение
6	Метод лечения поздних осложнений переломов шейки бедра после остеосинтеза в настоящее время может быть только
	тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава
	повторный остеосинтез шейки бедра
	однополюсное эндопротезирование тазобедренного сустава
	консервативное лечение
7	Переломы вертельной области делят на
	межвертельные
	чрезвертельные
	подвертельные
	надвертельные
8	Основными клиническими симптомами несросшихся переломов и ложных суставов шейки бедра являются
	боли в области тазобедренного сустава
	неустойчивость походки из-за подвижности отломков
	невозможность передвигаться без костылей
	отсутствие хромоты
9	К возможным поздним осложнениям после остеосинтеза шейки бедра относят
	сращение перелома
	ложный сустав шейки бедра
	асептический некроз головки бедра
	деформирующий артроз тазобедренного сустава
10	Противопоказания к оперативному лечению переломов шейки бедра
	тяжелое общее состояние больного
	выраженные расстройства сердечно-сосудистой системы
	отсутствие подвижности до получения травмы
	первые сутки после получения травмы
11	Классическая клиника перелома проксимального отдела бедренной кости
	положительный симптом «прилипшей пятки»
	наружная ротация стопы поврежденной конечности
	укорочение поврежденной конечности
	усиление болезненности в области тазобедренного сустава при осевой нагрузке
1	Повреждения коленного сустава
1	Надколенник это
	самая крупная сесамовидная кость
	уплотнение в сухожилии четырехглавой мышцы бедра
	самая мелкая сесамовидная кость
	трубчатая кость
2	Так называемая «центральная опора» коленного сустава представлена
	двумя крестообразными связками
	двумя менисками
	двумя коллатеральными связками
	надколенником
3	Передняя крестообразная связка прикрепляется дистально
	в области передних отделов межмыщелкового возвышения большеберцовой кости
	в области задних отделов межмыщелкового возвышения и плато большеберцовой кости
	к бугристости большеберцовой кости

	к передневнутренней поверхности медиального мыщелка бедра
4	Задняя крестообразная связка прикрепляется дистально в области задних отделов межмыщелкового возвышения и плато большеберцовой кости к бугристости большеберцовой кости к задневнутренней поверхности латерального мыщелка бедра в области передних отделов межмыщелкового возвышения большеберцовой кости
5	Передняя крестообразная связка прикрепляется проксимально на задневнутренней поверхности латерального мыщелка бедра в области задних отделов межмыщелкового возвышения и плато большеберцовой кости к бугристости большеберцовой кости в области передних отделов межмыщелкового возвышения большеберцовой кости
6	Задняя крестообразная связка прикрепляется проксимально к передневнутренней поверхности медиального мыщелка бедра в области задних отделов межмыщелкового возвышения и плато большеберцовой кости к бугристости большеберцовой кости в области передних отделов межмыщелкового возвышения большеберцовой кости
7	Самая мощная внутрисуставная стабилизирующая структура коленного сустава задняя крестообразная связка передняя крестообразная связка медиальный мениск латеральная коллатеральная связка
8	На скопление жидкости в суставе указывает положительный симптом «баллотирования» надколенника «прилипшей пятки» «переднего выдвигающего ящика» «блокады» сустава
9	Наиболее частый вид травмы коленного сустава повреждения менисков повреждения крестообразных связок повреждения коллатеральных связок переломы надколенника
10	Заклинивание коленного сустава (симптом «блокады») возникает при повреждении менисков крестообразных связок коллатеральных связок связки надколенника
11	Расстояние между нижним полюсом надколенника и бугристостью большеберцовой кости должно быть равно длине надколенника половине длины надколенника одной трети длины надколенника одной четверти длины надколенника
12	При переразгибании голени страдает задняя крестообразная связка передняя крестообразная связка медиальный мениск латеральный мениск
13	При вывихах голени всегда разрываются крестообразные связки мениски

	коллатеральные связки
	связки надколенника
14	Положительный симптом «заднего ящика» характерен для разрыва
	задней крестообразной связки
	медиального мениска
	передней крестообразной связки
	связки надколенника
15	Для аутопластики крестообразной связки возможно использование трансплантата из
	связки надколенника
	сухожилий полусухожильной и тонкой мышц
	сухожилия четырехглавой мышцы бедра
	медиальной коллатеральной связки
16	«Несчастливая триада» коленного сустава, возникающая при резком сгибании, отведении и наружной ротации голени при фиксированной стопе, включает в себя разрывы
	большеберцовой коллатеральной связки
	медиального мениска
	передней крестообразной связки
	связки надколенника
17	Консервативное лечение перелома надколенника показано при
	невозможности выполнения операции из-за тяжелого состояния больного при множественной или сочетанной травме
	продольных и краевых переломах надколенника без повреждения разгибательного аппарата коленного сустава
	поперечных или оскольчатых переломах надколенника без повреждения разгибательного аппарата коленного сустава
	переломах надколенника с повреждением разгибательного аппарата коленного сустава
18	Клиническая картина гемартроза
	сглаженность контуров коленного сустава
	вынужденное положение коленного сустава в положении небольшого сгибания
	ограничение движения в коленном суставе
	появление крепитации
19	Возможные повреждения разгибательного аппарата коленного сустава включают в себя
	повреждение четырехглавой мышцы бедра
	повреждение связки надколенника
	перелом или вывих надколенника
	повреждение менисков
20	Разгибательный аппарат коленного сустава представлен
	четыреглавой мышцей бедра с её сухожилием
	надколенником с поддерживающими его связками
	связкой надколенника
	медиальной коллатеральной связкой
1	Переломы лодыжек
1	По форме внутреннего отдела голеностопный сустав относится к
	блоковидному суставу
	седловидному суставу
	шарообразному суставу
	простому суставу
2	Пронационный перелом медиальной лодыжки и малоберцовой кости в нижней трети с разрывом связок межберцового синдесмоза, нередко сочетающийся с подвывихом стопы кнаружи, называется переломом
	Дюпюитрена

	Мальгения
	Потта
	Десто
3	Супинационный перелом лодыжек, чаще в форме отрыва концевой части латеральной лодыжки и перелома медиальной с разрывом межберцовых связок это перелом
	Дюпоитрена
	Мальгения
	Потта
	Десто
4	Повреждение в виде перелома заднего края большеберцовой кости, которое может сопровождаться подвывихом или вывихом стопы кзади, называется переломом
	Дюпоитрена
	Мальгения
	Потта
	Десто
5	Повреждение в виде перелома переднего края большеберцовой кости, которое может сопровождаться подвывихом или вывихом стопы кпереди, называется переломом
	Дюпоитрена
	Мальгения
	Потта
	Десто
6	Медиальная лодыжка представлена
	отростком дистального конца большеберцовой кости
	блоком таранной кости
	головкой малоберцовой кости
	дистальным концом малоберцовой кости
7	Эластическими стабилизаторами голеностопного сустава, позволяющие свободно ходить таранной кости в вилке сустава при сгибании и разгибании стопы, являются
	передняя и задняя порции дистального межберцового синдесмоза
	наружная и внутренняя боковые связки
	передняя и задняя таранно-малоберцовые связки
	глубокие передняя и задняя таранно-большеберцовые связки
8	Внутренняя боковая связка голеностопного сустава (дельтовидная) состоит из
	поверхностной веерообразной пяточно-малоберцовой связки
	глубокой передней таранно-большеберцовой связки
	глубокой задней таранно-большеберцовой связки
	передней таранно-малоберцовой связки
9	Согласно классификации по АО/ASIF, переломы разделяют в зависимости от тяжести повреждения связочных стабилизаторов голеностопного сустава на
	подсиндесмозные
	чрессиндесмозные
	надсиндесмозные
	бессиндесмозные
1	Травматические вывихи
1	Вывих плеча часто сопровождается переломом
	малого бугорка
	большого бугорка
	шиловидного отростка лопатки
	клювовидного отростка лопатки
	ключицы
2	Частота травматических вывихов среди всех травм опорно-двигательной системы составляет

	3-4%
	5-7%
	0,5-3%
	8-10%
	11-13%
3	Наиболее часто вывихи возникают
	в тазобедренном суставе
	в коленном суставе
	в локтевом суставе
	в плечевом суставе
	в лучезапястном суставе
4	Какой нерв наиболее часто повреждается при вывихе плеча
	локтевой
	лучевой
	срединный
	подкрыльцовый
	дорсальный нерв лопатки
5	Наиболее часто встречающийся вывих плеча
	задний
	передний
	нижний
	верхний
6	У скольких процентов больных, перенесших острый травматический вывих плеча, развивается посттравматическая нестабильность плечевого сустава?
	1-3%
	4-7%
	8-10%
	11-13%
	14-15%
7	Срок иммобилизации плеча после вправления вывиха составляет
	1-2 недели
	4 недели
	6 недель
	8 недель
	10 недель
8	Причиной возникновения привычного вывиха является
	родовая травма
	инфекционный артрит
	вывих плеча, сопровождающийся переломом ключицы
	повреждения в момент травматического вывиха в сочетании с неправильной тактикой ведения после вывиха
9	Патологическим называется вывих
	врожденный
	при травме
	при разрушении кости
	«застарелый»
10	Виды травматических вывихов бедра
	передние
	задние
	внутренние
	наружные
	нижние

11	Наиболее часто встречающиеся поздние осложнения травматических вывихов бедра у взрослых
	тромбофлебит подкожных вен
	аваскулярный некроз головки бедра
	кокситроз
	остеомиелит бедра
12	Симптомы, характерные для заднего вывиха бедра
	отведение и наружная ротация конечности
	приведение и наружная ротация конечности
	приведение и внутренняя ротация конечности
	отведение и внутренняя ротация конечности
13	Предплечье выглядит удлинненным при вывихе
	кпереди
	кзади
	с расхождением костей
	кнутри
14	Центральный вывих бедра -это
	вывих головки бедра со смещением кпереди и медиально
	Вывих головки бедра со смещением в проксимальном направлении
	вывих головки бедра со смещением кзади
	перелом дна вертлужной впадины со смещением головки бедра в полость таза
	перелом крыши вертлужной впадины со смещением головки бедра в проксимальном направлении
15	Наилучшим видом обезболивания при вправлении вывиха бедра является
	внутрисуставное введение местного анестетика
	наркоз с миорелаксантами
	проводниковая анестезия
	фулярная блокада по А.В.Вишневному
	внутричашечная анестезия по Школьникову-Селиванову
16	Первая помощь при закрытом вывихе
	наложение давящей повязки
	тепло на место повреждения
	транспортная иммобилизация
	асептическая повязка
17	Абсолютный симптом вывиха костей
	отек
	нарушение функции
	боль
	"пустой сустав"
18	Основные признаки травматического вывиха
	резкая боль
	резкая боль, повышение температуры тела
	резкая боль, отек
	резкая боль, изменение формы сустава, невозможность движений в нем или их ограничение
19	Какой метод вправления вывиха плеча здесь описан: «туловище фиксируют простыней, проведенной через подмышечную впадину, а тягу осуществляют за поврежденную конечность?»
	Джанелидзе
	Гиппократ
	Мота
	Кохера
20	Симптом, характерный только для вывиха
	боль
	гиперемия

	нарушение функции
	пружинящая фиксация
21	При сгибательном типе повреждения Монтеджа головка луча вывихивается
	кпереди
	кзади
	кнутри
	кнаружи
22	Вывих акромиального конца ключицы характеризуется
	признаком Маркса
	симптомом "клавиши"
	симптомом "треугольной подушки"
	пружинящим движением в плечевом поясе
23	Повреждение Галиацци - это
	изолированный перелом локтевой кости
	изолированный перелом лучевой кости
	перелом локтевой кости и вывих головки лучевой
	перелом лучевой кости и вывих головки локтевой
24	После вправления вывиха плечо следует фиксировать с помощью
	косыночной повязки
	мягкой повязки
	гипсовой повязки
	торакобрахиальной повязки
25	Привычный вывих возникает в связи с
	повреждением плечевого сплетения
	повреждением сухожилия длинной головки бицепса
	невправленным травматическим вывихом
	разрывом и слабостью капсулы плечевого сустава
26	Срок восстановления трудоспособности при пронационном трехлодыжечном переломо-вывихе голеностопного сустава составляет
	1 месяц
	2 месяца
	3 месяца
	4 месяца
	4-6 месяцев
27	регенерация костной ткани при переломо-вывихах у пострадавших с множественной травмой опорно-двигательного аппарата характеризуется следующими особенностями
	замедлением процесса регенерации
	увеличением сроков консолидации
	увеличением сроков иммобилизации
	течением, аналогичным течению репаративных процессов при изолированной травме
28	Этиологическим фактором врожденного вывиха бедра (дисплазии) является
	воспалительный процесс
	травматический фактор
	дисплазия
	неправильное членорасположение плода в утробе матери
	нарушение обменных процессов
29	Послеоперационная иммобилизация при операциях по поводу вывиха надколенника обеспечивается
	кокситной гипсовой повязкой
	круговой повязкой до паха
	задней гипсовой лонгетой
	шиной Беллера

	иммобилизация не требуется
30	При оперативном лечении патологического вывиха бедра применяются следующие виды вмешательства
	остеосинтез
	эндопротезирование
	артродезирование сустава
	резекция сустава
31	При вправлении голени трудоспособность восстанавливается не ранее чем через
	1 месяц
	1,5 месяца
	2 месяца
	3 месяца
32	Повреждение коленной артерии при травматическом вывихе голени встречается
	до 10% случаев
	в 10-20% случаев
	В 20-30% случаев
	в 30-40% случаев
	в 40-50% случаев
33	После вывиха голени почти во всех случаях развивается
	Контрактура коленного сустава
	Нестабильность коленного сустава
	Повреждение малоберцового нерва
	гонартрит
	гонартроз
34	Какие подтаранные вывихи стоп встречаются чаще всего?
	передние
	задние
	наружные
	внутренние
35	Из многочисленных способов устранения травматических вывихов бедра наибольшее распространение получил способ
	Эллиса-Кохера
	Джанелидзе
	Рише
	Волкова
	Купера
36	Отрывом какой мышцы почти всегда сопровождается вывих предплечья
	двуглавой
	трехглавой
	плечевой
	плечелучевой
37	При простом вывихе, в отличие от осложненного, повреждается только
	крупные сосуды
	Нервные стволы
	мышцы
	суставная капсула
38	Неполный вывих акромиального конца ключицы происходит
	при полном разрыве акромиально ключичной и ключично-клювовидной связок
	при разрыве только акромиально-ключичной связки
	при разрыве только клювовидно-ключичной связки
	при растяжении ключично-акромиальной связки

39	Какое повреждение таза отнесете к перелому вертлужной впадины?
	центральный вывих бедра
	повреждение горизонтальной ветви лонной кости в медиальной трети
	повреждение седалищной кости в зоне седалищного бугра
	пресакральный вертикальный перелом таза
	перелом основания крыла подвздошной кости
40	При вывихе плечевой кости наиболее вероятный механизм травмы
	ротация туловища при поднятой вверх и фиксированной руке
	падение на бок при приведенной руке
	резкий рывок за руку
	прямой удар в среднюю треть предплечья
	падение на локоть (или кисть) приведенной или отведенной руки
1	Врожденный вывих т/б сустава
1	При консервативном лечении больных с врожденным вывихом бедра в возрасте после 2 лет наибольшее количество осложнений дает
	метод Лоренца
	компрессионно-дистракционный метод
	функциональный метод Виленского
	метод Волкова
2	При закрытом вправлении врожденного вывиха бедра асептический некроз головки наиболее редко встречается при лечении:
	компрессионно-дистракционным методом
	функциональным методом с применением вытяжения
	функциональным методом Виленского
	метод Волкова
3	У детей после 2-х летнего возраста при врожденном вывихе бедра 2 степени выполняются операции
	внесуставные
	внутрисуставные
	на проксимальном отделе бедра
	внутрисуставные в сочетании с артропластикой
4	После внутрисуставных операций при врожденном вывихе бедра осложнениями чаще бывают
	асептический некроз головки бедра
	контрактуры
	ограничение движений в суставе
	релюксация
5	В основе патогенеза врожденного вывиха бедра у детей лежит
	дисфункция роста
	онкогенное воздействие
	дисфункция созревания
	родовая травма
6	«Функциональный метод лечения» врожденного вывиха тазобедренного сустава подразумевает использование
	Стремена Павлика
	Шину Шанца
	гипсовую иммобилизацию в кокситной повязке
	Лечебную физкультуру
7	При врожденном вывихе тазобедренного сустава очень важным, самым ранним и патогномичным (но непостоянным) является симптом
	«крепитации»
	«щелчка»
	«скрипа»

	«натяжения»
8	Относительное укорочение конечности при врожденном вывихи бедра наиболее часто проявляется у детей в возрасте до 1 года жизни после 1 года жизни после 6 месяцев жизни после 5 лет жизни
9	Наиболее информативным методом инструментальной диагностики при врожденном вывихе тазобедренного сустава является Рентгенологическое исследование Компьютерная томография МРТ УЗИ
10	Ведущим рентгенологическим признаком дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных является величина ацетобулярного индекса 20° отсутствие ядра окостенения смещение проксимального конца бедренной кости к наружу эпифизеолиз головки бедренной кости
11	Лечение дисплазии тазобедренного сустава начинается с рождения в возрасте 1 месяца в возрасте 2 лет и старше в возрасте 3 месяцев и старше
12	Больной с косолапостью при ходьбе ходит, переступая "нога за ногу" наступает на внутренний край стопы переступает с пятки на носок наступает на наружный край стопы
13	Консервативное лечение косолапости начинают с рождения через 3 месяца после рождения через 12 месяцев после рождения консервативного лечения косолапости нет
14	При врожденной косолапости хирургическое лечение на костном скелете стопы начинают в возрасте с рождения с 2 лет с 6 лет с 14 лет
15	Консервативное лечение косолапости подразумевает использование бинтование нижних конечностей эластичным бинтом укладка нижних конечностей на шине Беллера этапное лечение гипсовыми повязками Стремена Павлика
16	Врожденная косолапость наиболее часто встречается у мальчиков односторонняя у девочек односторонняя у мальчиков двусторонняя у девочек двусторонняя
17	Косолапость это

	врожденная контрактура суставов стопы
	врожденная аномалия развития костей стопы
	врожденная несостоятельность капсульно-связочного аппарата голеностопного сустава
	врожденная атрофия мышц голеностопного сустава и стопы
18	Основными клиническими признаками врожденной внутренней косолапости являются
	эквинус, аддукция, пронация стопы
	эквинус, аддукция, супинация стопы
	эквинус, абдукция, супинация стопы
	эквинус, абдукция, пронация стопы
19	Выбор метода оперативного лечения врожденной косолапости зависит от
	тяжести заболевания
	длины конечности, стопы
	состояния костно-мышечного аппарата пациента
	возраста пациента
20	При врожденной косолапости в патологический процесс наиболее вовлечены
	передняя большеберцовая мышца
	длинный сгибатель пальцев
	ахиллово сухожилие
	передняя большеберцовая мышца
21	Гипсовая иммобилизация после операции при врожденной косолапости продолжается
	1 месяц
	2 месяца
	до 2 лет
	до 1 года
22	Плоско-вальгусная деформация стопы это
	деформация стопы, заключающаяся в снижении ее продольного свода на фоне дисфункции сухожилия задней большеберцовой мышцы.
	деформация стопы, заключающаяся в повышении ее продольного свода на фоне гиперфункции сухожилия передней большеберцовой мышцы.
	дегенеративно-дистрофические изменения суставов стопы.
	деформация стопы, заключающиеся в гипофункции капсульно-связочного аппарата стопы и декомпенсации костно-мышечной стабилизации..
23	К ранним симптомам плоскостопия относятся
	утомляемость ног
	боль в икроножных мышцах при ходьбе и к концу дня
	нарастающие боли при стоянии и ходьбе
	боли в области первого пальца стопы
24	К консервативному лечению плоскостопия относятся
	Глюкокортикостероидная терапия
	Нестероидные противовоспалительные средства при болях
	Массаж
	Носить индивидуальные ортопедические стельки
25	Оперативное лечение первой степени плоско-вальгусной деформации стопы показано при неэффективности консервативного лечения в течении
	6 месяцев
	12 месяцев
	24 месяцев
	3 месяцев
26	Полный курс консервативного лечения врожденной мышечной кривошеи занимает
	около 2 лет
	6 месяцев

	2 месяца
	5-7 лет
27	Внешне плоские стопы в возрасте 2-х лет наблюдаются у
	97,6 %
	45,2 %
	75,4 %
	15,9 %
28	Плантография позволяет получить
	градус углов свода стопы
	величину опорной поверхности стопы
	высоту костного свода стопы
	распределение нагрузки на подошвенной поверхности стопы
29	К консервативному лечению продольного плоскостопия относится
	ограничение физической нагрузки на стопы
	лечебная физическая культура
	использование ортопедических приспособлений (стельки, ортопедическая обувь)
	физиотерапевтическое лечение (водные ванночки, массаж, парафин, грязелечение, электропроцедуры).
30	Врожденная плоско-вальгусная деформация стопы может быть
	продольная
	поперечная
	комбинированная
	статическая
31	Укажите основной патогномичный признак врожденной мышечной кривошеи
	сколиоз шейного отдела позвоночника;
	высокое стояние лопатки и надплечья на стороне поражения;
	напряжение и укорочение грудино-ключично-сосцевидной мышцы.
	высокое стояние лопатки и надплечья на здоровой стороне;
32	Наиболее часто встречающимися формами кривошеи являются
	воспалительная
	мышечная
	рефлекторная
	костная
33	При правосторонней мышечной кривошее
	подбородок отклонен вправо
	подбородок расположен по средней линии туловища
	подбородок отклонен влево
	подбородок поднят вверх
34	Рентгенологически при мышечной форме кривошее
	остеоондроз шейного отдела позвоночника
	незаращение дужек позвонков
	синостоз тел позвонков
	изменений нет
35	Медикаментозное лечение врожденной мышечной кривошеи включает применение
	глюкокортикостероиды
	не существует
	инъекции лидазы
	миорелаксанты
36	Оптимальный возраст для хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи
	6 месяцев

	3 года
	15 лет
	5 лет
37	Консервативное лечение врожденной мышечной кривошеи начинают
	с рождения
	с 2 месяца жизни
	с 6 месяца жизни
	с 1 года жизни
38	После оперативного лечения врожденной мышечной кривошеи торакокраниальную гипсовую иммобилизацию применяют
	2 месяца
	12 месяцев
	6 месяцев
	1 месяц
39	При иммобилизации торакокраниальной гипсовой повязкой для лечения врожденной мышечной кривошеи
	голова больного наклоняется в сторону укороченной мышцы и поворачивается в здоровую сторону.
	голова поворачивается в здоровую сторону подбородок отводится кверху.
	голова больного наклоняется в сторону здоровой мышцы и поворачивается в поврежденную сторону.
	голова поворачивается в сторону укороченной мышцы подбородок отводится к низу.
1	Травмы локтевого сустава и предплечья
1	Плечелоктевой сустав является
	блоковидным
	седловидным
	шаровидным
	мышцелковым
2	Плечелучевой сустав образован
	головчатым возвышением плечевой кости и головкой лучевой кости
	суставной окружностью головки лучевой кости и лучевой вырезкой локтевой кости
	блоком плечевой кости и полулунной вырезкой локтевой кости
	головчатым возвышением плечевой кости и лучевой вырезкой локтевой кости
3	К особенностям переломовывихов костей предплечья относятся
	низкий риск развития нейрососудистых осложнений
	крайняя нестабильность повреждения
	ограниченное количество нозологических форм, поддающихся четкой классификации
	легкость в выборе фиксатора и способа оперативного лечения
4	Одним из определяющих факторов повреждения локтевого сустава является
	артроз
	контрактура
	нестабильность
	болевого синдром
5	Классификация Mason в модификации Broberg and Morrey разделяет переломы головки лучевой кости на
	4 типа
	3 типа
	2 типа
	5 типов
6	Тип I переломов головки лучевой кости по классификации Mason это
	переломы со смещением или вдавлением более 2 мм, вовлекающие 1/3 суставной поверхности головки и шейки лучевой кости

	переломы без смещения или с минимальным смещением, при котором вовлечено менее 1/3 окружности головки и шейки лучевой кости
	многооскольчатый перелом головки и шейки лучевой кости
	любой перелом головки и шейки лучевой кости, сочетающийся с вывихом головки лучевой кости
7	Тип II переломов головки лучевой кости по классификации Mason это
	переломы со смещением или вдавлением более 2 мм, вовлекающие 1/3 суставной поверхности головки и шейки лучевой кости
	переломы без смещения или с минимальным смещением, при котором вовлечено менее 1/3 окружности головки и шейки лучевой кости
	многооскольчатый перелом головки и шейки лучевой кости
	любой перелом головки и шейки лучевой кости, сочетающийся с вывихом головки лучевой кости
8	Тип III переломов головки лучевой кости по классификации Mason это
	переломы со смещением или вдавлением более 2 мм, вовлекающие 1/3 суставной поверхности головки и шейки лучевой кости
	переломы без смещения или с минимальным смещением, при котором вовлечено менее 1/3 окружности головки и шейки лучевой кости
	многооскольчатый перелом головки и шейки лучевой кости
	любой перелом головки и шейки лучевой кости, сочетающийся с вывихом головки лучевой кости
9	Переломовывих Монтеджи представлен
	переломом головки лучевой кости, вывихом головки локтевой кости и разрывом межкостной мембраны
	многооскольчатый или раздробленным переломом локтевого отростка, часто с переломом венечного отростка локтевой кости и вывихом костей предплечья кпереди
	переломом локтевой кости в верхней трети диафиза (чаще) или переломом в средней трети диафиза локтевой кости (реже) с вывихом головки лучевой кости
	переломом лучевой кости в нижней трети диафиза (чаще) или переломом в средней трети диафиза лучевой кости (реже) с вывихом головки локтевой кости
10	По характеру смещения костных фрагментов различают два вида переломовывихов Монтеджи
	разгибательный и сгибательный
	вальгусный и варусный
	наружный и внутренний
	латеральный и медиальный
11	Во всех случаях обнаружения перелома локтевой кости на уровне верхней или средней трети необходима рентгенограмма
	с захватом локтевого сустава
	с захватом локтевого и лучезапястного суставов
	с захватом лучезапястного сустава
	с захватом лучезапястного сустава и кисти
12	«Золотым стандартом» оперативного лечения переломов дистального отдела плечевой кости является
	накостный остеосинтез пластинами
	внутрикостный остеосинтез штифтом
	наложение аппарата наружной фиксации
	метод скелетного вытяжения
13	В норме при полном разгибании локтевого сустава продольные оси плеча и предплечья
	не совпадают, ось предплечья отклоняется кнаружи, формируя физиологический вальгус, равный 6-8 градусов
	не совпадают, ось предплечья отклоняется кнаружи, формируя физиологический вальгус, равный 16-18 градусов
	не совпадают, ось предплечья отклоняется кнутри, формируя физиологический варус, равный 6-8 градусов
	совпадают
14	Консервативное лечение показано при переломах локтевого отростка

	без смещения костных фрагментов (или со смещением не более 2 – 3 мм) и без повреждения разгибательного аппарата локтевого сустава
	без смещения костных фрагментов (или со смещением не более 2 – 3 мм) и с повреждением разгибательного аппарата локтевого сустава
	со смещением костных фрагментов более 3 мм и повреждением разгибательного аппарата локтевого сустава
	со смещением костных фрагментов более 3 мм и без повреждения разгибательного аппарата локтевого сустава
15	Для фиксации оскольчатых переломов локтевого отростка используют динамическую компрессионную пластину или преформированную пластину с комбинированным отверстием
	остеосинтез стягивающей проволочной петлей по Веберу
	длинный спонгиозный винт с шайбой
	гипсовую иммобилизацию
16	При изолированных краевых переломах головки лучевой кости производят остеосинтез малыми винтами Герберта
	остеосинтез пластиной
	эндопротезирование головки лучевой кости
	резекцию головки лучевой кости
17	При оскольчатом переломе головки и шейки лучевой кости (до трех фрагментов) производят остеосинтез малыми винтами Герберта
	остеосинтез пластиной или винтами
	эндопротезирование головки лучевой кости
	резекцию головки лучевой кости
18	При многооскольчатых переломах головки лучевой кости выполняют остеосинтез малыми винтами Герберта
	остеосинтез пластиной или винтами
	эндопротезирование головки лучевой кости
	резекцию головки лучевой кости
19	Резекция головки лучевой кости разрешена при изолированном повреждении и возрасте пациента старше 60 лет
	изолированных краевых переломах головки лучевой кости
	оскольчатом переломе головки и шейки лучевой кости (до трех фрагментов)
	многооскольчатых переломах головки лучевой кости
20	В настоящее время локтевой сустав рассматривают как структурное кольцо, включающее
	2 колонны
	6 колонн
	4 колонны
	3 колонны
21	Передняя колонна локтевого сустава включает в себя
	блок плечевой кости
	латеральный надмыщелок
	венечный отросток
	медиальный надмыщелок
22	Задняя колонна локтевого сустава включает в себя
	головку лучевой кости
	венечный отросток
	локтевой отросток
	медиальную коллатеральную связку
23	Медиальная колонна локтевого сустава включает в себя
	головку лучевой кости

	венечный отросток
	медиальную коллатеральную связку
	локтевой отросток
24	Латеральная колонна локтевого сустава включает в себя
	венечный отросток
	локтевой отросток
	передний отдел капсулы локтевого сустава
	латеральный коллатеральный связочный комплекс
25	Важнейшим вторичным стабилизатором локтевого сустава является
	головка лучевой кости
	локтевой отросток
	венечный отросток
	латеральный коллатеральный связочный комплекс
26	Regan W. и B. Morrey, с учетом размера фрагмента на латеральной рентгенограмме, разделили переломы венечного отростка на
	6 типов
	2 типа
	4 типа
	3 типа
27	В настоящее время для клинико–рентгенологической характеристики переломовывихов Монтеджи используют классификацию
	Broberg and Morrey
	Mason
	J. Bado
	G.W. Johnston
28	«Золотой стандарт» оперативного лечения диафизарных переломов костей предплечья является
	накостный остеосинтез пластинами
	внутрикостный остеосинтез штифтами
	наложение аппарата наружной фиксации
	метод скелетного вытяжения
29	Изолированный перелом диафиза локтевой кости имеет название
	«перелом дубинки», или «парирующий перелом»
	перелом по типу «зеленой веточки»
	повреждение Галеацци
	повреждение Эссекса-Лопрести
30	Повреждением Галеацци называют
	перелом диафиза лучевой кости с разрывом дистального радиоульнарного сочленения
	перелом головки лучевой кости, вывих головки локтевой кости и разрыв межкостной мембраны
	многооскольчатый или раздробленный перелом локтевого отростка, часто с переломом венечного отростка локтевой кости и вывихом костей предплечья кпереди
	перелом локтевой кости в верхней трети диафиза (чаще) или в средней трети диафиза локтевой кости (реже) с вывихом головки лучевой кости
31	Переломовывихом Мальгения называют
	перелом диафиза лучевой кости с разрывом дистального радиоульнарного сочленения
	перелом головки лучевой кости, вывих головки локтевой кости и разрыв межкостной мембраны
	многооскольчатый или раздробленный перелом локтевого отростка, часто с переломом венечного отростка локтевой кости и вывихом костей предплечья кпереди
	перелом локтевой кости в верхней трети диафиза (чаще) или в средней трети диафиза локтевой кости (реже) с вывихом головки лучевой кости
32	Первичными стабилизаторами локтевого сустава являются
	латеральный коллатеральный связочный комплекс

	медиальная коллатеральная связка
	венечный и локтевой отростки
	головка лучевой кости
33	При переломах вывихах Мальгенья модель повреждения достаточно часто включает
	повреждение в плечелоктевом суставе
	переломы венечного отростка III типа
	переломы головки лучевой кости
	повреждение коллатеральных связок
34	Изолированный перелом венечного отростка локтевой кости происходит при
	падении на согнутый локтевой сустав
	сокращении плечевой мышцы
	падении на разогнутый локтевой сустав
	сокращении трехглавой мышцы плеча
35	Перелом локтевого отростка возникает как следствие прямой травмы в результате
	падения на область локтевого сустава
	удара сзади в область эпифиза локтевой кости
	внезапного напряжения трехглавой мышцы плеча при одновременном сопротивлении сгибателей предплечья
	переразгибания предплечья
36	Консервативное лечение переломов дистальной части плечевой кости
	обезболивание места перелома 1-2% р-ра прокаина (20-25 мл)
	закрытая ручная репозиция
	гипсовая иммобилизация с последующим рентгенологическим контролем
	эластическое бинтование поврежденной конечности
37	В настоящее время, с учетом механизма травмы выделяют следующие виды переломов вывихов костей предплечья
	повреждения Monteggia
	«ужасная триада» локтевого сустава
	Переломовывих Беннета
	Повреждение Эссекс-Лопрести
38	Повреждение Эссекс – Лопрести включает
	перелом головки лучевой кости
	вывих головки локтевой кости
	разрыв межкостной мембраны
	разрыв медиальной коллатеральной связки
39	Рецидивирующая нестабильность в локтевом суставе приводит к развитию
	выраженного болевого синдрома
	деформирующего артроза
	стойкому нарушению функции
	незначительному нарушению качества жизни пациента
40	Для переднего и заднего вывихов предплечья характерно
	вынужденное положение конечности
	симптом пружинящего сопротивления
	отсутствие крепитации
	нарушение треугольника Гюнтера
1	Переломы проксимального отдела бедренной кости
1	Возрастной группой, в которой наиболее часто случаются переломы проксимального отдела бедренной кости является
	молодой возраст
	средний возраст
	пожилой и старческой возраст

	молодой и средний возраст
2	Наиболее частым типом осложнений при переломах проксимального отдела бедренной кости являются кровотечения из повреждённых костными отломками сосудов гипостатические осложнения при длительном сохранении постельного режима черепномозговая травма, полученная в результате падения при попытке опоры на травмированную конечность острый коронарный синдром
3	Наиболее клинически значимыми формами гипостатических осложнений при переломах проксимального отдела бедренной кости являются пролежни в области крестца гипостатическая пневмония снижение мышечной массы четырёхглавой мышцы бедра и абдукторов бедра развитие варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей тромбоз глубоких вен нижних конечностей
4	Костными образованиями, входящими в проксимальный отдел бедренной кости являются шейка бедренной кости мышелки бедренной кости Линия Шентона головка бедренной кости подвертельная область
5	Основными артериями, питающими головку бедренной кости являются латеральная артерия, огибающая бедренную кость медиальная артерия, огибающая бедренную кость верхняя надчревная артерия бедренно-половой ствол
6	С учётом особенностей кровоснабжения проксимального отдела бедренной кости, наиболее благоприятными для консолидации типами переломов являются чрезвертельные переломы базальные переломы шейки бедренной кости переломы шейки бедренной кости тип pauwels 3 переломы шейки бедренной кости тип garden 3
7	Основными клиническими симптомами, позволяющими заподозрить перелом проксимального отдела бедренной кости являются положительный симптом Байкова положительный симптом Томпсона наружная ротация стопы и укорочение конечности положительный Лахман-тест ++++ положительный симптом «прилипшей» или «скользящей пятки»
8	Симптом «прилипшей» или «скользящей пятки» представляет собой при попытке провести пяткой по контрлатеральной голени, пятка соскальзывает с голени на постель и прекращает движение т.е. «прилипает» в области внутренней лодыжки при попытке поднять нижнюю конечность над постелью, отрыв пятки невозможен, вместе с тем возможно сгибание в тазобедренном суставе, в ходе которого пятка скользит по постели в проксимально направлении при попытке опустить вниз поднятую вверх из положения лёжа нижнюю конечность, пациент испытывает затруднения, описывая их как ощущение «залипания пятки» в воздухе пациент, находясь в положении стоя, может передвигаться только «проскальзывая» пяткой по полу, субъективно ощущая её прилипание
9	Основными методами лучевой диагностики переломов проксимального отдела бедренной кости является МРТ тазобедренного сустава КТ костей таза с контрастированием сосудов

	УЗИ тазобедренного сустава
10	Основное направление лечебной тактики травматолога у больных с переломами проксимального отдела бедренной кости со смещением направлено на максимально ранний монтаж системы скелетного вытяжения за проксимальный эпиметафиз большеберцовой кости с целью профилактики смещения отломков максимально полное обследование больного в интервале до 5 суток с целью профилактики развития декомпенсации сопутствующей патологии после оперативного лечения на максимально раннее наложение кокситной с целью профилактики смещения отломков
11	При следующем типе переломов проксимального отдела бедренной кости клиническая симптоматика может отсутствовать, а опороспособность конечности может быть сохранена аддукционные переломы шейки бедренной кости межвертельные переломы бедренной кости базальные переломы шейки бедренной кости
12	Препаратами для профилактики тромбозмембральных осложнений у больных с переломами проксимального отдела бедренной кости перед оперативным лечением являются надропарин кальция ривароксабан эноксапарин натрия дабигатрана этексилат ацетилсалициловая кислота
13	Препаратами для профилактики тромбозмембральных осложнений у больных с переломами проксимального отдела бедренной кости после оперативного лечения являются надропарин кальция ривароксабан эноксапарин натрия дабигатрана этексилат ацетилсалициловая кислота
14	Основным документом, регламентирующим тактику медицинской помощи больным с переломами проксимального отдела бедренной кости с 2019 года является Приказ № 448/19 Минздрава РФ «О порядке оказания помощи больным с переломами проксимального отдела бедренной кости» Распоряжение № 544-1/18 Правительства РФ «О порядке оказания медицинской помощи отдельным категориям больных травматолого-ортопедического профиля» Федеральные клинические рекомендации «Переломы проксимального отдела бедренной кости» Минздрава РФ Бюллетень Федерального медико-биологического агентства РФ «Тактика ведения больных с переломами проксимального отдела бедренной кости»
15	Летальность у пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости по данным ряда авторов при консервативном лечении может достигать 5% 20% 72% 100%
16	Согласно классификации переломов головки бедренной кости по Pirkkin выделяют 3 типа переломов 4 типа переломов 6 типов переломов 2 категории и 6 типов переломов
17	3 тип переломов по классификации Garden это вальгусные, завершённые, стабильные варусные переломы с небольшим смещением варусные переломы со значительным смещением неполные, вколоченные, вальгусные переломы

18	Тип переломов по классификации Pauwels «угол линии перелома с горизонталью до 50°» это
	1 тип
	2 тип
	3 тип
	4 тип
19	При обследовании больного с переломами проксимального отдела бедренной кости ЭХОКГ следует назначать только
	в случае инфаркта миокарда в анамнезе
	в случае длительного тяжёлого течения гипертонической болезни
	нарушения кровоснабжения миокарда по данным ЭКГ
	подозрение на ТЭЛА
	подозрение на ОНМК
20	Неотложными обязательными во всех случаях консультациями специалистов у больных с переломами проксимального отдела бедренной кости перед операцией являются исключительно
	консультация терапевта
	консультация невролога
	консультация кардиолога
	консультация анестезиолога-реаниматолога
	консультация эндокринолога
21	При переломах головки дистальнее ямки головки бедренной кости (Pipkin I) показано
	остеосинтез фрагментов головки при помощи канюлированных компрессирующих винтов с возможностью субхондрального их погружения
	первичное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава
	удаление фрагмента головки
	остеосинтез фрагментов головки и вертлужной впадины
22	Методом выбора при лечении нестабильных переломов шейки бедренной кости у активных пациентов старше 60 лет является
	остеосинтез цефаломедулярным штифтом с блокированием
	гемизендопротезирование тазобедренного сустава
	тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава
	остеосинтез тремя спонгиозными винтами с диафизарной накладкой
23	При выполнении эндопротезирования тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости наиболее высокий процент вывихов бедренного компонента эндопротеза происходит при выполнении
	наружного доступа по Хардинг
	переднее-наружного доступа по Ватсон-Джонс
	заднего доступа по Кохеру
	всех типах передних доступов
24	Установка бедренного компонента эндопротеза тазобедренного сустава цементной фиксации имеет преимущество
	при остеопорозе
	в скорости установки
	в возможности более точного позиционирования компонента
	при узком костномозговом канале
25	При лечении стабильных чрезвертельных переломов наиболее предпочтительным видом оперативного лечения является
	остеосинтез бедренной кости цефаломедулярным фиксатором
	остеосинтез бедренной кости фиксатором DHS
	биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава
	тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава системой двойной мобильности
26	При лечении нестабильных чрезвертельных переломов наиболее предпочтительным типом фиксатора является

	фиксатор DHS длиной не менее 240 мм
	цефалломедулярный фиксатор длиной от 220 до 240 мм
	цефалломедулярный фиксатор длиной не менее 240 мм
	фиксатор DCS длиной не менее 240 мм
27	Установка цефалломедулярного фиксатора пациентам старше 60 лет показана
	в динамическом положении
	в статическом положении
	только с использованием дополнительного деротационного спонгиозного винта
	только с длиной резьбовой части шеечного винта не менее 40 мм
28	В периоперационном периоде антибиотикопрофилактика при лечении больных с переломами проксимального отдела бедренной кости осуществляется
	за 30-40 мин до начала оперативного вмешательства
	за 4 часа до начала оперативного вмешательства
	одновременно с выполнением кожного разреза
	сразу после окончания операции
29	В периоперационном длительность антибиотикопрофилактики при лечении больных с переломами проксимального отдела бедренной кости в стандартных случаях составляет
	однократное введение до операции после введения в наркоз
	24 часа
	48 часов
	до 5 суток
30	Факторами риска развития послеоперационного делирия являются
	возраст > 65 лет
	Применение эндотрахеального наркоза
	хроническое снижение когнитивных функций, деменция
	необходимость нахождения в отделении реанимации или интенсивной терапии
	отсутствие в составе медикаментозного комплекса премедикации препаратов бензодиазепинового ряда
31	Оптимальной медикаментозной профилактикой периоперационной кровопотери при ортопедических операциях в настоящий момент является
	интраоперационное применение свежезамороженной плазмы
	переливание эритроцитарной взвеси
	введение транексамовой кислоты
	введение аминокaproновой кислоты
	отказ от применения антикоагулянтов в первые 48 часов после операции
32	Начало активизации пациента после выполнения оперативного лечения при переломах проксимального отдела бедренной кости должна быть начата
	сразу после выполнения операции
	в течении 24 часов после выполнения операции
	в течении 48 часов после выполнения операции
	по мере купирования болевого синдрома не ранее 24 часов после оперативного вмешательства
33	Тотальный эндопротез тазобедренного сустава бесцементной фиксации состоит из следующих компонентов
	металлический тазовый компонент
	цельный полиэтиленовый тазовый компонент без покрытия
	головка эндопротеза
	бедренный компонент эндопротеза
	полиэтиленовый вкладыш
	металлическая биполярная головка
34	Второе поколение цементной техники при установке бедренного компонента эндопротеза включает в себя

	ручное замешивание костного цемента, обработка канала с использованием щётки и системы пульс-лаваж, введение костного цемента посредством пистолета с использованием обтуратора канала и дистального центратора
	вакуумное замешивание костного цемента, обработка канала с использованием щётки и системы пульс-лаваж, введение костного цемента посредством пистолета обтуратора канала
	вакуумное замешивание/центрифугирование костного цемента, обработка канала с использованием щётки и системы пульс-лаваж, введение костного цемента посредством пистолета с нагнетателем давления с использованием обтуратора канала, проксимального и дистального центраторов
	ручное замешивание костного цемента, ручная установка костного цемента с мануальным уплотнением без использования обтуратора канала и центратора
35	У пациентов старше 60 лет с чрезвертельными, межвертельными и подвертельными переломами при динамической фиксации цефаломедуллярного импланта разрешается
	полная нагрузка весом тела сразу после операции
	нагрузка 15 % веса тела сразу после операции
	полная нагрузка весом тела через 4 недели после операции
	полная нагрузка весом тела через 12 недель после операции
36	У пациентов моложе 60 лет с чрезвертельными, межвертельными и подвертельными переломами при статической фиксации цефаломедуллярного импланта разрешается
	полная нагрузка весом тела сразу после операции
	нагрузка 15 % веса тела сразу после операции
	полная нагрузка весом тела через 4 недели после операции
	полная нагрузка весом тела через 12 недель после операции
37	Оптимальный угол инклинации бедренного компонента тотального эндопротеза тазобедренного сустава составляет
	45 – 60 градусов
	25 – 45 градусов
	127 градусов
	10 – 15 градусов
38	Эффект “cut-out” это
	прорезывание шейки бедренной кости через головку в ходе активизации
	перерезание наружной артерии огибающей бедренную кость костным отломком
	прорезывание импланта сквозь кость при дефектах установки
	перерезание шеечного винта компантным веществом калькара при ранней активизации
39	Основоположником применения цементного типа эндопротезов был
	Эмиль Кохер
	Джон Чанли
	Дерик Мак-Минн
	Константин Сиваш
40	При наличии у пациента с чрезвертельным переломом бедренной кости коксартроза 3-4 стадии с этой же стороны верной тактикой будет
	выполнение первичного остеосинтеза с последующим эндопротезированием тазобедренного сустава в плановом порядке
	выполнение первичного эндопротезирования тазобедренного сустава
	отказ от оперативного лечения в связи с низким реабилитационным потенциалом
	выполнение резекционной артропластики тазобедренного сустава
1	Голень
1	Какие классификации используются при переломах плато большеберцовой кости?
	Schatzker
	Fernandez
	Garden
	AO/ASIF
	Manson
2	Согласно классификации Schatzker раскалывание в сочетании с проседанием соответствует

	1 типу перелома
	2 типу перелома
	3 типу перелома
	4 типу перелома
	5 типу перелома
3	Повреждение какого нерва наиболее характерно для перелома плато большеберцовой кости?
	передний большеберцовый
	задний большеберцовый
	общий малоберцовый
	бедренный
	седалищный
4	Наиболее предпочтительная тактика первого этапа лечения перелома плато большеберцовой кости при высоком риске развития компартмент-синдрома.
	наложение скелетного вытяжения за пяточную кость
	фиксация АНФ бедро-голень
	остеосинтез пластинами
	гипсовая иммобилизация
	иммобилизация шиной Крамера
5	Укажите условия консервативного лечения перелома плато большеберцовой кости
	нестабильность коленного сустава
	низкие требования, предъявляемые пациентом к функции сустава
	вдавнение суставной площадки большеберцовой кости более 2-5мм
	наличие травматических меток в проекции коленного сустава
	вдавнение суставной площадки большеберцовой кости менее 2-5мм
6	С целью предотвращения артрофиброза при переломах плато большеберцовой кости целесообразно проводить
	гирудотерапию
	ЛФК, ФЗТ
	пункции коленного сустава
	диагностическую артроскопию
	инъекции стероидных препаратов в полость сустава
7	При переломах плато большеберцовой кости какого типа (классификация АО) возможен остеосинтез канюлированными винтами
	A3
	B3
	B1
	C3
	C1
8	Наиболее информативным методом визуализации перелома плато большеберцовой кости является
	рентгеноскопия
	МРТ
	рентгенография
	ЭКГ
	КТ
9	При консервативном лечении перелома плато большеберцовой кости производится фиксация нижней конечности
	задней гипсовой лонгетой
	деротационным сапожком
	разрезным гипсовым тутором
	U-образной гипсовой лонгетой с подстопником
	иммобилизация не показана

10	Наиболее предпочтительным доступом для визуализации заднего отдела большеберцовой кости является
	задне-медиальный доступ
	доступ по Кохеру
	задний доступ
	передне-медиальный доступ
	доступ по Текстону
11	Через сколько недель допустима полная нагрузка на оперированную конечность в случае многооскольчатого перелома плато большеберцовой кости?
	9-10
	8-10
	12-14
	20-22
	18-20
12	Срок иммобилизации нижней конечности в гипсовой повязке при переломе диафиза большеберцовой кости составляет
	6-8 недель
	12-14 недель
	14-16 недель
	18-22 недели
	22-24 недели
13	В случае замедленной консолидации перелома при заблокированном интрамедуллярном остеосинтезе проводится
	удаление штифта
	динамизация штифта
	терапия стволовыми клетками
	фиксация перелома в аппарате Илизарова
	стимуляция зоны перелома низкочастотными токами
14	При каких условиях допустимо проведение консервативного лечения переломов голени по методу Sormiento?
	укорочение голени по линии перелома менее чем на 10 мм
	смещение по оси менее чем на 5 градусов
	варусная деформация голени менее чем на 15 градусов
	смещение отломков по ширине менее чем на 20 мм
	открытый перелом GA-1
15	Укажите классификации, используемые при переломах пилона большеберцовой кости
	AO/ASIF
	Ruedi и Allgover
	Frykman
	Lauge-Hansen
	Essex-Lopresti
16	Укажите наиболее эффективный метод лечения переломов типа пилона
	оперативный метод
	консервативный метод
	метод скелетного вытяжения
	Метод Пирогова
	ЛФК, ФЗТ
17	Первым этапом при тяжелых раздробленных переломах типа «пилона» с выраженным повреждением мягких тканей проводится
	гипсовая иммобилизация
	наложение скелетного вытяжения
	МОС пластинами
	LISS-остеосинтез

18	Срок консолидации простых оскольчатых переломов дистального метаэпифиза большеберцовой кости составляет
	10-12 недель
	8-10 недель
	6-8 недель
	14-16 недель
	18-20 недель
19	Согласно классификации Danis-Weber выделяют переломы лодыжек
	надсиндесмозные
	чрезсиндесмозные
	позадисиндесмозные
	надсиндесмозные
	околосиндесмозные
20	Какие структуры повреждаются при переломе типа Мезонева?
	разрыв межкостной мембраны
	перелом нижней трети малоберцовой кости
	перелом верхней трети малоберцовой кости
	разрыв Ахиллова сухожилия
	повреждение сухожилия подколенной мышцы
21	При выполнении наружного доступа к наружной лодыжке имеется риск повреждения
	глубокого малоберцового нерва
	тыльного нерва стопы
	поверхностного малоберцового нерва
	подкожного нерва
	общего малоберцового нерва
22	При выполнении медиального доступа к внутренней лодыжке имеется риск повреждения
	глубокого малоберцового нерва
	тыльного нерва стопы
	поверхностного малоберцового нерва
	подкожного нерва
	общего малоберцового нерва
23	Какие сухожилия располагаются позади внутренней лодыжки?
	сухожилие передней большеберцовой мышцы
	сухожилие задней большеберцовой мышцы
	сухожилие длинного сгибателя пальцев
	сухожилие длинного сгибателя большого пальца
	сухожилие короткого сгибателя пальцев
24	Укажите сухожилия, располагающиеся позади наружной лодыжки
	сухожилие передней большеберцовой мышцы
	сухожилие задней большеберцовой мышцы
	сухожилие длинной малоберцовой мышцы
	сухожилие короткой малоберцовой мышцы
	сухожилие короткого сгибателя пальцев
25	Укажите связку, не входящую в состав дельтовидной связки
	ладьевидно-большеберцовая связка
	пяточно-большеберцовая связка
	передняя тарано-большеберцовая связка
	медиальная клиновидно-большеберцовая связка
	задняя тарано-большеберцовая связка
26	Спустя какое время после операции производится удаление позиционного винта?
	4-5 недель

	10-12 недель
	6-8 недель
	14-16 недель
	8-10 недель
27	В норме таранно-большеберцовый угол составляет
	83+/-4 градуса
	90+/-3 градуса
	80+/-4 градуса
	85+/-6 градусов
	80+/-5 градусов
28	Какие рентгенологические проекции используются для оценки степени тяжести перелома лодыжек?
	переднее-задняя проекция с наружной ротацией на 15 градусов
	прямая переднее-задняя проекция
	переднее-задняя проекция с внутренней ротацией на 15 градусов
	боковая проекция
	косая проекция
29	Идеальный срок для лечения оперативного лечения переломов лодыжек
	до возникновения истинного отека
	образования кожных пузырей
	до возникновения истинного отека и образования кожных пузырей
	не имеет значения
	после сращения перелома
30	К трехлодыжечным переломам относится перелом
	Дюпоитрена
	Потга-Десто
	Мезенева
	Мальгенья
	Тиля-Шапо
31	Укажите количество костей в стопе человека.
	22
	24
	26
	25
	23
32	Ключом Шопарова сустава является
	дельтовидная связка
	тарано-большеберцовая связка
	медиальная предплюсне-плюсневая связка
	раздвоенная связка
	ладьевидно-кубовидная связка
33	Угол Белера в норме равен
	25-40 градусов
	15-20 градусов
	35-40 градусов
	25-30 градусов
	10-20 градусов
34	К внутрисуставным переломам пяточной кости относятся
	перелом переднего отростка
	языкообразный перелом
	перелом задней бугристости
	перелом с импрессией суставной поверхности
	перелом опоры таранной кости

35	Какие доступы используются при оперативных вмешательствах на таранной кости?
	заднее-медиальный доступ
	заднее-латеральный доступ
	переднее-медиальный
	передний доступ
	переднее-латеральный доступ
36	К какому типу относится перелом шейки таранной кости с сопутствующим подвывихом в подтаранном и голеностопном суставах (согласно классификации Hawkins)?
	тип 1
	Тип 2
	тип 3
	тип 4
37	При каких типах переломов шейки таранной кости по Hawkins возможен остеосинтез винтами?
	тип 1
	тип 2
	тип 3
	тип 4
38	Погружной остеосинтез перелома диафиза большеберцовой кости противопоказан при
	закрытых переломах со смещением
	умеренном отеке мягких тканей
	у тучных пациентов
	при дефектах мягких тканей
	у пожилых пациентов
39	Согласно классификации АО кости голени относятся к сегментам
	31 и 44
	11 и 22
	32 и 43
	41 и 44
	12 и 33
40	Анатомическую локализацию перелома согласно классификации АО обозначают
	двумя цифрами
	тремя цифрами
	двумя буквами
	четырьмя цифрами
	тремя буквами
1	Травма предплечья, травма кисти
1	Срок иммобилизации при переломах тела ладьевидной кости кисти в среднем составляет
	5-6 нед.
	7-8 нед.
	12 нед.
	14-16 нед.
2	Переломовывих Беннета это
	многооскольчатый перелом основания I пястной кости
	продольный перелом ладонно-локтевого края основания I пястной кости
	поперечный перелом диафиза I пястной кости
	перелом головки I пястной кости
3	Перелом Роланда это
	многооскольчатый перелом основания I пястной кости
	продольный перелом ладонно-локтевого края основания I пястной кости
	поперечный перелом диафиза I пястной кости
	перелом головки I пястной кости

4	Средний срок иммобилизации при переломах фаланг и пястных костей составляет
	3-4 недели
	4-5 недель
	6-7 недель
	10-12 недель
5	При повреждении сухожилия глубокого сгибателя отсутствует
	активное сгибание пальца в пястно-фаланговом суставе
	активное сгибание ногтевой фаланги
	активное сгибание средней и ногтевой фаланг
6	При повреждении сухожилия поверхностного и глубокого сгибателей невозможно:
	активное сгибание пальца в пястно-фаланговом суставе
	активное сгибание ногтевой фаланги
	активное сгибание средней фаланги
7	К повреждениям в "критической зоне" относятся травмы сухожилий сгибателей на уровне
	ногтевой фаланги и ДМФС
	в нижней трети предплечья
	на уровне карпального канала
	от дистальной ладонной складки до средней трети средних фаланг
	от дистальной части карпальной связки до дистальной ладонной складки
8	К внутрисуставным не удаляемым швам сухожилий относятся:
	шов Кюнео
	шов Беннеля
	шов Казакова
	шов Кеслера
	шов Коша
9	К удаляемым швам сухожилий относятся
	шов Кюнео
	шов Беннеля
	шов Казакова
	шов Кеслера
	шов Коша
10	К удаляемым швам сухожилий относятся
	шов Кюнео
	шов Беннеля
	шов Казакова
	шов Кеслера
	шов Коша
11	Средний срок иммобилизации при повреждениях сухожилий пальцев кист и составляет
	1 неделя
	3 недели
	5 недель
	6 недель
12	При повреждениях сухожилия глубокого сгибателя на уровне ногтевой фаланги выполняются следующие операции
	реинсерция сухожилия
	тенодез дистального межфалангового сустава
	внутрисуставный шов концов поврежденного сухожилия
	пластика сухожилия свободным ауто трансплантатом
13	Наиболее рациональным способом восстановления сухожилий сгибателей при свежих повреждениях в "критической зоне" является

	тенодез
	реинсерция
	шов по Кюнео
	пластика свободным трансплантатом
	ранняя мобилизация по Кесслер-кляйнерту
14	При застарелых повреждениях сухожилий сгибателей II-V пальцев в "критической зоне" рационально выполнение следующих операций
	наложение вторичного внутривольного шва
	пластика свободным трансплантатом
	двухэтапная сухожильная пластика по Паневой-хантер
	реинсерция
	тенодез
15	Сгибание пальцев в пястно-фаланговых суставах осуществляется за счет
	поверхностного сгибателя пальца
	глубокого сгибателя пальца
	поверхностного и глубокого сгибателей
	червеобразных и межкостных мышц
	червеобразных, межкостных мышц, поверхностного и глубокого сгибателей
16	При повреждении сухожилия разгибателя на уровне средней фаланги или дистального межфалангового сустава палец приобретает форму
	писчего пера
	молоткообразной деформации
	согнут в проксимальном и дистальном межфаланговых суставах
17	При повреждении сухожилия разгибателя на уровне проксимального межфалангового сустава или основной фаланги палец принимает вид
	писчего пера
	молоткообразной деформации
	согнут в проксимальном и дистальном межфаланговых суставах
18	Какая из костей запястья подвергается асептическому некрозу при болезни Кинбека?
	ладьевидная
	полулунная
	большая многоугольная
	малая многоугольная
	головчатая
19	При повреждении лучевого нерва клинически наблюдается
	«висячая» кисть
	«когтистая» кисть
	«обезьянья» лапа
20	При повреждении локтевого нерва клинически наблюдается
	«висячая» кисть
	«когтистая» кисть
	«обезьянья» лапа
21	При повреждении срединного нерва клинически наблюдается
	«висячая» кисть
	«когтистая» кисть
	«обезьянья» лапа
22	Перечислите операции, производимые на периферических нервах
	тенолиз
	невролиз
	эпиневральный шов
	шов по Кюнео

	периневральный шов
	эпипериневральный шов
	аутонейропластика
23	Хирург районной больницы при оказании помощи пациенту с сочетанным повреждением сухожилий сгибателей и срединного нерва в н/з предплечья должен выполнить следующее
	произвести хирургическую обработку раны без вмешательства на сухожилиях и нерве или туалет раны
	произвести хирургическую обработку раны и попытаться восстановить целостность поврежденного сухожилия и нерва
	ввести обезболивающие средства и антибиотики внутримышечно
	после временной остановки кровотечения, наложения асептической повязки и транспортной иммобилизации направить пострадавшего в травматологическое отделение
	проводить лечение до полного выздоровления больного
24	Противопоказаниями к реплантации и реваскуляризации отчлененных кисти и пальцев являются
	гильотинные отчленения
	отчленения в результате раздавливания
	отрывные отчленения
	огнестрельные отчленения
	отчленения ногтевых фаланг
25	При транспортировке отчлененных сегментов конечностей необходимо
	завернуть их в стерильные салфетки или полотенце, смоченные физиологическим раствором
	поместить в пластиковый пакет с антисептическим раствором
	загрязненные сегменты обильно промыть проточной водой
	поместить в пластиковый пакет со льдом
	завернутые в салфетки или полотенце сегменты поместить в пластиковый пакет и затем в мешок большего размера, на дно которого положен лед, снег или налита холодная вода
26	Функционально выгодным положением при иммобилизации кисти является
	II-V пальцы выпрямлены, I палец приведен, кисть в положении сгибания под углом 30-40 градусов
	II-V пальцы в положении легкого сгибания, кисть в положении разгибания до 30 градусов, I палец отведен и противопоставлен остальным пальцам
	II-V пальцы в положении легкого сгибания, кисть согнута под углом 30-40 градусов, I палец отведен и противопоставлен остальным пальцам
27	Показаниями к оперативному лечению при переломах локтевого отростка являются
	переломы без смещения
	переломы со смещением 2-3 мм
	переломы со смещением 4-5 мм
	переломы с расхождением отломков более 5 мм
28	Для повреждения Монтеджи характерно
	многооскольчатый перелом локтевого отростка
	вывих головки лучевой кости
	перелом диафиза локтевой кости в верхней трети
	перелом диафиза локтевой кости в нижней трети
	вывих головки локтевой кости
29	Для повреждения Галеацци характерно
	многооскольчатый перелом локтевого отростка
	вывих головки лучевой кости
	перелом диафиза лучевой кости в верхней трети
	перелом диафиза лучевой кости в нижней трети
	вывих головки локтевой кости
30	Средний срок иммобилизации при переломе диафиза обеих костей предплечья составляет
	4-5 недель
	6-7 недель

	8-9 недель
	10-12 недель
	12-14 недель
31	При переломе костей предплечья в средней трети иммобилизацию накладывают от лучезапястного сустава до средней трети плеча при согнутом под острым углом в локтевом суставе предплечье, находящемся в среднем положении между пронацией и супинацией
	от кончиков пальцев до нижней трети плеча при разогнутом в локтевом суставе предплечье, которое находится в положении супинации
	от головок пястных костей до середины плеча при согнутом до прямого угла в локтевом суставе предплечье, которое находится в среднем положении между пронацией и супинацией
32	При переломе локтевой и лучевой костей в верхней трети предплечье следует установить в положение максимальной супинации
	в положение пронации
	в среднее положение между пронацией и супинацией
33	В каком положении иммобилизируют предплечье при переломах внутреннего надмыщелка плечевой кости?
	в положении супинации
	в среднем положении между пронацией и супинацией
	в положении пронации
34	Какой вид остеосинтеза предпочтительнее выполнять при закрытых переломах костей предплечья?
	накостный остеосинтез
	интрамедуллярный остеосинтез
	внеочаговый чрескостный компрессионно- дистракционный остеосинтез
	кортикальный остеосинтез
35	При многооскольчатых переломах головки и шейки лучевой кости производят следующие операции
	открытую репозицию и остеосинтез
	костную аутопластику
	удаление головки и шейки
	эндопротезирование головки
36	Перелом Коллиса это
	экстензионный перелом дистального метаэпифиза лучевой кости
	экстензионный перелом дистального метаэпифиза локтевой кости
	флексионный перелом дистального метаэпифиза лучевой кости
	флексионный перелом дистального метаэпифиза локтевой кости
37	Перелом Смита это
	экстензионный перелом дистального метаэпифиза лучевой кости
	экстензионный перелом дистального метаэпифиза локтевой кости
	флексионный перелом дистального метаэпифиза лучевой кости
	флексионный перелом дистального метаэпифиза локтевой кости
38	Средний срок иммобилизации при переломах лучевой кости в типичном месте составляет
	2-3 недели
	3-4 недели
	4-6 недель
	7-8 недель
	9-10 недель
39	Синдром Зудека это
	заболевание, для которого характерно постепенное рубцовое сморщивание ладонного апоневроза с развитием сгибательных контрактур пальцев кисти
	патологическая реакция нейрососудистой системы на изменения в мягких тканях, костях, которые наступают после травм, расстройств функции нервов, ожогов, отморожений, воспалений, тромбозов и т.д.

	туннельный синдром, сопровождающийся сдавлением срединного нерва на уровне карпального канала
	ишемическая контрактура, которая возникает при нарушениях кровоснабжения дистальных отделов конечностей, вследствие сдавления гипсовой повязкой
40	Ишемическая контрактура Фолькмана это
	симптомокомплекс, ведущим этиологическим фактором которого является нарушение артериального кровотока конечности
	симптомокомплекс, ведущим этиологическим фактором которого является повреждение нервных стволов конечности и нервной трофики
	симптомокомплекс, ведущим этиологическим фактором которого является повреждение костных образований конечности
41	Болезнь Прайзера это
	асептический идеопатический некроз полулунной кости
	асептический идеопатический некроз ладьевидной кости
	фиброзная гиперплазия структур ладонно-пальцевой фасции
	мукоидная дегенерация капсулы кистевого сустава с формированием дегенеративных синовиальных грыж кисти
	ладьевидно-полулунная диссоциация
42	Болезнь Дюпоитрена представляет собой
	фиброзную гиперплазию структур ладонно-пальцевой фасции
	ладьевидно-полулунную диссоциацию
	асептический идеопатический некроз полулунной кости
	синдром запястного канала
	нейрогенную деформацию суставов пальцев кисти
43	Лечение контрактур пальцев кистей, вызванных Болезнью Дюпоитрена носит
	консервативный характер
	хирургический характер
	сочетает принципы консервативного и хирургического лечения
1	Частные вопросы травматологии и ортопедии
1	Линия Гютера - это
	линия, соединяющая надмыщелки плеча в положении разгибания предплечья
	линия оси плеча
	линия оси предплечья
	линия, соединяющая большой и малый бугорки плеча
2	Контрактура Фолькмана возникает вследствие
	продолжительного значительного, но не полного нарушения артериального кровотока
	повреждения плечевого сплетения
	короткого, измеряемого минутами, полного прекращения кровотока
	оскольчатого перелома диафиза плечевой кости
3	Для изолированного перелома лучевой или локтевой кости более характерна
	поперечная линия перелома
	винтообразная линия перелома
	косая линия перелома
	продольная линия перелома
4	Согласно классификации Pirkkin перелом головки бедренной кости, сочетающийся с переломом шейки бедренной кости, относится к
	III типу
	I типу
	II типу
	IV типу
5	K переломам шейки бедренной кости III типа по Garden относятся

	варусные переломы с небольшим смещением
	варусные переломы со значительным смещением
	вальгусные, завершённые, стабильные
	вальгусные, завершённые, стабильные
6	Переломы типа Garden I-II, Pauwels I
	характеризуются высокой степенью стабильности, минимальными нарушениями кровоснабжения головки бедренной кости
	имеют нестабильный характер, кровоснабжение головки бедренной кости нарушается практически полностью
	характеризуются высокой степенью стабильности, но кровоснабжение головки бедренной кости нарушается практически полностью
	имеют нестабильный характер, но кровоснабжение головки бедренной кости практически не нарушается
7	Переломы типа Garden III-IV, Pauwels II-III
	имеют стабильный характер, кровоснабжение проксимального отломка, как правило, полностью нарушено
	имеют стабильный характер, кровоснабжение проксимального отломка, как правило, не нарушено
	имеют нестабильный характер, кровоснабжение проксимального отломка, как правило, полностью нарушено
	имеют нестабильный характер, кровоснабжение проксимального отломка, как правило, не нарушено
8	Лучшим способом оперативного восстановления перелома надколенника является
	перипателлярный кисетный или полукисетный шов лавсаном
	чрезкостный проволочный П-образный шов
	чрезкостный двухэтажный двойной лавсановый шов
	скрепление отломков спицами Киршнера с 8-образным стягивающим двойным проволочным швом
9	После установки диагноза «Закрытый чрезвертельный перелом бедренной кости» при необходимости дополнительной предоперационной подготовки пациент должен быть переведён в отделение травматологии или ОРИТ не позднее
	2 часов с момента поступления в приёмное отделение
	2 часов с момента выполнения рентгенограмм
	2 часов с момента выставления диагноза
	1 часа с момента поступления в приёмное отделение
10	В случае невозможности выполнения в первые сутки оперативного вмешательства пациенту 70 лет с чрезвертельным переломом бедренной кости
	необходимо наложить скелетное вытяжение за мышечки левой бедренной кости
	необходимо наложить скелетное вытяжение за проксимальный эпиметафиз большеберцовой кости
	потребности в наложении скелетного вытяжения нет
	целесообразно выполнить иммобилизацию тазобедренного сустава при помощи кокситной повязки
11	Основным методом лечения «замедленной консолидации» и «ложных» суставов является
	консервативный метод лечения с продлением иммобилизации на 1 месяц и проведением ЛФК, ФТЛ, массажа, медикаментозного лечения
	только туннелизация по Беку с формированием спицей Киршнера или тонким сверлом костных каналов в различных направлениях, проходящие через линию перелома от одного отломка в другой и продлением иммобилизации
	только медикаментозное лечение, дополненное ЛФК, ФТЛ, массажем
	хирургическое лечение с использованием: внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза (ВКДО), стабильно-функционального погружного остеосинтеза с блокированием, накостного остеосинтеза пластинами с ограниченным контактом, вскрытием костномозгового канала и костной пластикой
12	Надмышечковые переломы бедренной кости сопровождаются смещением периферического отломка кзади, что может приводить к
	повреждению бедренного нерва
	повреждению подколенной артерии
	повреждению седалищного нерва

	повреждению срединного нерва
13	Наиболее частым осложнением при переломе диафиза плечевой кости в нижней трети является повреждение локтевого нерва лучевого нерва лучевой артерии срединного нерва
14	Переломо-вывих Монтеджи – это комбинация перелома проксимальной трети локтевой кости с вывихом головки лучевой кости перелома лучевой кости с вывихом локтевого отростка перелома обеих костей предплечья с вывихом головки лучевой кости перелома локтевого отростка с вывихом головки лучевой кости
15	Переломо-вывих Галеацци – это комбинация перелома дистальной трети лучевой кости с вывихом головки локтевой кости перелома костей предплечья с вывихом головки локтевой кости перелома локтевой кости с вывихом головки лучевой кости перелома локтевой кости с вывихом головки локтевой кости
16	Абсолютные признаки перелома кости предплечья деформация и патологическая подвижность отёк и боль при пальпации припухлость и ограничение функции гиперемия и местное повышение температуры
17	После остеосинтеза перелома средней трети большеберцовой кости стержнем с блокированием гипсовая иммобилизация не используется гипсовая иммобилизация используется в течение 3,5 месяцев гипсовая иммобилизация используется в течение 6 недель гипсовая иммобилизация используется в течение 8-10 недель
18	К особенностям переломовывихов костей предплечья относится низкий риск развития нейрососудистых осложнений крайняя нестабильность повреждения ограниченное количество нозологических форм, поддающихся четкой классификации лёгкость в выборе фиксатора и способа оперативного лечения
19	Важнейшим вторичным стабилизатором локтевого сустава является головка лучевой кости локтевой отросток венечный отросток латеральный коллатеральный связочный комплекс
20	По характеру смещения костных фрагментов различают два вида переломовывихов Монтеджи разгибательный и сгибательный вальгусный и варусный наружный и внутренний латеральный и медиальный
21	При остеосинтезе металлическими конструкциями возникают рычаги I и II рода, вызывающие разрушающее действие. Для его снижения следует использовать фиксаторы, имеющие большую поверхность контакта с костью использовать фиксаторы с небольшой поверхностью контакта с костью использовать дополнительную гипсовую повязку применять углеродистые фиксаторы
22	Завершённый перелом Дюпюитрена – это

	перелом внутренней лодыжки (разрыв дельтовидной связки), перелом наружной лодыжки, сочетающиеся с разрывом дистального межберцового синдесмоза и вывихом (подвывихом) стопы кнаружи
	перелом заднего края большеберцовой кости, перелом наружной лодыжки, сочетающиеся с разрывом дистального межберцового синдесмоза
	перелом внутренней лодыжки (разрыв дельтовидной связки), перелом заднего края большеберцовой кости, сочетающиеся с разрывом дистального межберцового синдесмоза и вывихом (подвывихом) стопы кнаружи
	перелом обеих лодыжек и заднего края большеберцовой кости
23	Основная причина длительного сращения перелома шейки бедренной кости
	неопороспособность нижней конечности при переломе
	отсутствие на шейке бедра надкостницы и нарушение кровоснабжения шейки бедренной кости
	сложность иммобилизации
	выраженный болевой синдром
24	Непригодным для остеосинтеза диафизарных переломов является
	фиксатор типа проволока
	экстрамедуллярный плотный остеосинтез
	внутрикостный плотный остеосинтез
	чрескостный остеосинтез аппаратами и устройствами
25	II тип переломов головки лучевой кости по классификации Mason – это
	переломы без смещения или с минимальным смещением, при котором вовлечено менее 1/3 окружности головки и шейки лучевой кости
	переломы со смещением или вдавлением более 2 мм, вовлекающие 1/3 суставной поверхности головки и шейки лучевой кости
	оскольчатые переломы головки и шейки лучевой кости
	переломы головки и шейки лучевой кости, сочетающиеся с вывихом лучевой кости
26	Основную механическую нагрузку на костный фиксатор несет
	над областью перелома
	на дистальном конце пластины
	на 2 см выше линии перелома
	на концах пластины
27	При каком типе перелома плечевой кости показано эндопротезирование плечевого сустава:
	Neer I
	Neer II
	Neer III
	Neer IV
28	Пациент А. 72 лет, спустя 6 месяцев после эндопротезирования коленного сустава открылся свищ в области коленного сустава. Данных за расшатывание импланта нет. Оптимальная хирургическая тактика лечения включает
	удаление компонентов эндопротеза с санацией и установкой спейсера
	одномоментное ревизионное эндопротезирование с санацией и заменой всех компонентов эндопротеза
	удаление компонентов эндопротеза с санацией и выполнением артродеза коленного сустава
	санацию без удаления эндопротеза
	санацию с заменой вкладыша
29	Пациентка С. 57 лет, спустя 3 недели после эндопротезирования коленного сустава отметила подъем температуры тела до 39,2°C. Область левого коленного сустава отечна, при пункции получено 110 мл мутной синовиальной жидкости, в пунктате - Staphylococcus aureus. Оптимальная хирургическая тактика лечения включает
	удаление компонентов эндопротеза с санацией и установкой спейсера
	одномоментное ревизионное эндопротезирование с санацией и заменой всех компонентов эндопротеза
	удаление компонентов эндопротеза с санацией и выполнением артродеза коленного сустава
	санацию без удаления эндопротеза

	санацию с заменой вкладыша
30	Согласно классификации Vancouver перипротезный перелом большого вертела соответствует типу А В1 В2 В3 С
31	Остеохондропатия надколенника - это болезнь Осгуда-Шлаттера Синдига-Ларсена Пеллегрини-Штиды Левена
32	К развитию контрактуры Фолькмана после наложения гипсовой повязки может привести увеличение отека давление гипсовой повязки давление костных фрагментов на магистральные сосуды увеличение местной температуры конечности
33	К большому бугорку плечевой кости прикрепляются сухожилия подлопаточной мышцы надостной мышцы малой круглой мышцы подостной мышцы
34	При лечении переломов учитываются принципы сопоставления отломков, восстановление функции - через восстановление анатомии высокой прочности фиксации сохранения кровоснабжения кости сохранения микроподвижности для усиления катаболической фазы регенерации костной ткани в зоне перелома
35	К механическим и физическим требованиям, предъявляемым к конструкциям, используемым для остеосинтеза в травматологии и ортопедии, относятся упругость предел прочности, усталости пластичность возможность многоразового использования сопротивление износу
36	Повторное применение металлических фиксаторов опасно по причине повреждения поверхности фиксатора при удалении и установке усиления щелевой и контактной коррозии изменения кристаллической структуры фиксатора в связи с явлением усталости металла повышенного риска переимплантного перелома
37	Пластина для остеосинтеза противодействует смещающему моменту, который составляют сила тяги мышц плечо мышц угол плоскости излома (при косом переломе возникает момент кручения) масса сегмента конечности, располагающаяся дистальнее места перелома масса сегмента конечности, располагающаяся проксимальнее места перелома
38	Противопоказаниями к накостному остеосинтезу являются тяжёлое соматическое состояние пациента открытые переломы с обширной зоной повреждения мягких тканей инфицированные переломы возможность проведения интрамедуллярного остеосинтеза

39	Первичными стабилизаторами локтевого сустава являются латеральный коллатеральный связочный комплекс медиальная коллатеральная связка венечный и локтевой отростки головка лучевой кости
40	Прочность винтов при остеосинтезе может снижаться при возникновении концентрации напряжения, вызванного трением в момент введения резорбцией кости вокруг винта, накатанной неопорной резьбой "усталостью металла" при повторных применениях если диаметр отверстия в кости меньше наружного диаметра винта
41	К основным путям снижения риска вывиха после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава относятся правильное позиционирование компонентов эндопротеза применение пары трения большого диаметра отсутствие интраоперационного повреждения большого и малого вертелов бедренной кости наложение тазобедренной гипсовой повязки в послеоперационном периоде соблюдение пациентом предписанного режима
42	К основным причинам возникновения вывихов в раннем послеоперационном после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава относятся неправильное позиционирование компонентов эндопротеза отрыв вертелов бедренной кости удлинение конечности нарушение режима пациентом
43	При реконструкции вертлужной впадины у пациентов с диспластическим коксартрозом предпочтительно использовать аугментацию костный цемент пластику костным аутотрансплантантом из резецированной головки бедренной кости пластику костным аллотрансплантантом
44	При ограниченном дефекте хрящевой поверхности внутреннего мыщелка бедренной кости площадью 1,5 *1,5см показаны санационная артроскопия микрофрактурирование мозаичная хондропластика тотальное эндопротезирование коленного сустава
45	Рецидивирующая нестабильность в локтевом суставе приводит к развитию выраженного болевого синдрома деформирующего артроза стойкому нарушению функции локтевого сустава незначительному нарушению качества жизни пациента