**Травматология и ортопедия 3курс**

1. В каком направлении стремится сместиться таранная кость при осевой нагрузке:

1. внутрь;

2. вверх;

3. наружу;

4. книзу;

5. по оси стопы.

2. Укажите составную часть большеберцовой кости, которая препятствует смещению стопы кзади:

1. задний край малоберцовой кости;

2. задний край большсбсрцовой кости;

3. передний край малоберцовой кости;

4. передний край большеберцовой кости;

3. Назовите сухожилие, испытывающее наибольшее натяжение при прыжках на носке:

1. передней большеберцовой мышцы;

2. трехглавой мышцы;

3. задней большеберцовой мышцы;

4. ахиллово сухожилие;

4. Какие конструктивные особенности стопы определяют эластичность походки:

1. наличие продольного свода;

2. наличие продольного и поперечного сводов;

3. наличие поперечного свода;

4. наличие плоскостопия;

5. Укажите тип гипсовой повязки, наиболее удобной для фиксации лодыжек после их вправления:

1. циркулярная бсспрокладочная;

2. циркулярная с ватной прокладкой ;

3. У-образная с лонгетой для стопы;

4. У-образная без лонгеты для стопы;

6. Укажите верхний уровень, до которого доходит гипсовая повязка при переломах лодыжек:

1. до средней трети бедра;

2. до суставной щели коленного сустава;

3. до верхнего метаэпифиза большеберцовой кости;

4. до нижней трети бедра;

7. Выделите простейший способ для безболсзненного вправления лодыжек:

1. введение тиопентала в вену;

2. проводниковая анестезия;

3. местное обезболивание введением новокаина в сустав;

4. внутрикостная анестезия;

8. Отметьте условия, вынуждающие прибегать к оперативному лечению переломов лодыжек:

1. значительная степень смещения отломков и стопы;

2. наличие чрезсиндесмозного перелома;

3. невправимость отломков при 1-2 попытках вправления;

4. кровотечение;

5. травматический шок,

9. Назовите, учитывая механизм переломов пяточной кости, нередкое сопутствующее им повреждение.

1. переломы таранной кости;

2. переломы позвоночника;

3. переломы ключицы;

4. переломы таза;

5. переломы костей голени.

10. Чем обусловлено требование неотложного вправления переломов плюсневых костей:

1. возможностью повреждения связок;

2. возможностью повреждения сухожилия;

3. возможностью нарушения кровообращения;

4. возможностью повреждения мышц;

5. возможностью повреждения капсул суставов.

11. Назовите простейший способ иммобилизации при переломах ногтевой фаланги пальцев стопы без смещения отломков.

1. наложение гипсовой повязки;

2. наложение скелетного вытяжения;

3. наложение циркулярной липкопластырной повязки;

4. кокситная повязка;

5. наложение аппарата.

212. Укажите ранние осложнения вывиха в суставе Шопара:

1. сдавление кожи;

2. расстройства кровообращения в стопе;

3. потеря чувствительности в стопе;

4. гнойный артрит;

5. остеопороз.

13. Укажите ближайшие сроки контрольного рентгенографического исследования при переломах лодыжек:

1. сразу после вправления отломков и иммобилизации, через 10 дней;

2. на следующий день после вправления;

3. через 10 дней после вправления;

4. через 15 дней после вправления;

5. через 30 дней после вправления.

14. Отметьте направление действия атмосферного давления на грудную стенку при вдохе:

1. сверху вниз;

2. снаружи во внутрь;

3. изнутри кнаружи;

4. снизу вверх;

5. изнутри вверх.

15. Отметьте направление действия атмосферного давления на грудную стенку при выдохе:

1. сверху вниз;

2. снаружи во внутрь;

3. изнутр кнаружи;

4. снизу вверх;

5. изнутри вверх.

16.Отметьте расположение межреберных сосудов и нервов на ребре в заднем его отделе:

1. по верхнему краю;

2. по нижнему краю;

3. по внутренней поверхности;

4. по наружной поверхности;

5. по передней поверхности.

17. Выделите артерию, ветвью которой является межреберная артерия:

1. внутренняя грудная;

2. аорта;

3. безымянная;

4. сонная;

5. плечевая.

18. Выделите артерию, ветвью которой является внутренняя грудная артерия:

1. подключичная;

2. аорта;

3. безымянная;

4. сонная;

5. плечевая.

19. Отметьте расположение верхушки легкого спереди:

1. на 1-2 см выше ключицы;

2. по нижнему краю ключицы;

3. на 3-4 см выше ключицы;

4. на 5-7 см выше ключицы;

5. по верхнему краю ключицы.

20. Назовите разновидность новокаиновой блокады, эффективную при лечении повреждений и заболеваний груди:

1. паранефральная;

2. паравертебральная;

3. проводниковая;

4. вагосимпатическая;

5. пресакральная.

21. В каком направлении проксимальная половина ключицы испытывает силу напряжения грудино-ключично-сосковой мышцы?

1. кверху и вперед;

2. кверху и кнаружи;

3. кверху и назад;

4. кверху и кнутри;

5. кпереди и кнаружи.

22. В каком направлении дистальный отдел ключицы испытывает силу напряжения со стороны большой грудной мышцы:

1. книзу;

2. кпереди;

3. сзади;

4. спереди назад;

5. сзади наперед.

23. В каком направлении будет перемещаться грудина, лишенная связки с ребрами при естественном выдохе:

1. кпереди;

2. книзу;

3. спереди назад;

4. кверху;

5. сзади наперед.

24. В каком направлении будет перемещаться грудина, лишенная связки с ребрами при естественном вдохе:

1. сзади наперед;

2. кверху и назад;

3. книзу;

4. спереди назад;

5. кпереди.

25. В каком направлении будет смещаться грудина, лишенная связки с ребрами при естественном вдохе:

1. сзади наперед;

2. сзади кверху;

3. вниз;

4. спереди назад;

5. вверх.

26. Укажите отдел ребра, где межреберные сосуды и нервы защищены снаружи нижним краем ребра:

1. передний отдел;

2. боковой отдел;

3. задний отдел;

4. нижний отдел;

5. верхний отдел;

27. Назовите вертикальную линию, на уровне которой происходит деление межреберных артерий на верхнюю и нижнюю:

1. передняя подмышечная линия;

2. средняя подмышечная линия;

3. задняя подмышечная линия;

4. лопаточная линия;

5. среднеключичная линия.

28. Выделите положение больного, необходимое для рентгенографии при надакромиальном вывихе ключицы:

1. лежа на спине;

2. лежа на животе;

3. стоя с опущенными руками и с грузом 2-3 кг;

4. стоя с опущенными руками;

5. стоя с согнутыми руками в локтевом суставе.

29. Укажите положение налплечья, выгодное для вправления и удержания переломов ключицы:

1. приподнятое с отведением кзади;

2. положение на отводящей шине;

3. приподнятое без отведения кзади;

4. приведенное;

5. ротированное кнаружи.

30. Подчеркните перелом лопатки, сопровождающийся иногда повреждением подкрыльцового нерва:

1. перелом верхнего внутренннего угла;

2. перелом шейки;

3. перелом клювовидного отростка;

4. перелом акромиального отростка;

5. перелом тела лопатки.

31. Отметьте положение руки на отводящей шине при лечении переломов шейки лопатки:

1. положение абдукции на 60 градусов и выведения кпереди на 30 градусов;

2. положение абдукции больше 100 градусов;

3. положение абдукции на 90 градусов и отведения на 10 градусов назад;

4. положение абдукции больше 90 градусов;

5. положение абдукции на 50 градусов.

32. Отметьте способ первичной иммобилизации, достаточной для лечения любого перелома лопатки без смещения:

1. повязкой Дезо с валиком в подмышечной впадине;

2. на отводящей шине;

3. повязкой Дезо в положении приведения руки;

4. повязкой Вайнштейна;

5. повязкой Кузьминского.

33. Отметьте ведущую причину нарушения внешнего дыхания при неосложненных переломах одного ребра:

1. нарушение каркаса грудной клетки;

2. боль;

3. нарушение функции диафрагмы;

4. пневмоторакс;

5. гемоторакс.

34. Укажите точку для плевральной пункции с целью эвакуации воздуха при пневмотораксе:

1. 7-е межреберье по средней подмышечной линии;

2. 7-е межреберье по задней подмышечной линии;

3. 2-е межреберье по средне- ключичной линии;

4. 5-е межреберье;

5. 6-е межреберье;

35. Укажите точку для плевральной пункции с целью удаления крови при гематораксе:

1. 7-е межреберье по средней подмышечной линии;

2. 7-е межреберье по задней подмышечной линии;

3. 2-е межреберье по средне- ключичной линии;

4. 5-е межреберье;

5. 6-е межреберье;

36. Выделите способы обезболивания, наиболее эффективные для восстановления нормального объема дыхания при переломах ребер:

1. тугое бинтование груди;

2. паранефральная блокада;

3. введение наркотических веществ;

4. ваго-симпатическая блокада;

5. внутритазовая блокада.

37. Наиболее эффективное обезболивание при переломах ребер:

1. блокада в области перелома;

2. паранефральная блокада;

3. введение наркотических веществ;

4. ваго-симпатическая блокада;

5. внутритазовая блокада.

38. Укажите концентрацию раствора новокина, необходимую для проведения межреберной блокады при множественных переломах ребер:

1. 2% раствор;

2. 1% раствор;

3. 5% раствор;

4. 0,5% раствор;

5. 0,25 % раствор;

39. Укажите концентрацию раствора новокина, необходимую для проведения ваго-симпатической блокады:

1. 2% раствор;

2. 1% раствор;

3. 5% раствор;

4. 0,5% раствор;

5. 0,25 % раствор;

40. Укажите концентрацию раствора новокина, необходимую для проведения паранефральной блокады:

1. 2% раствор;

2. 1% раствор;

3. 5% раствор;

4. 0,5% раствор;

5. 0,25 % раствор;

41. Укажите концентрацию раствора новокина, необходимую для проведения внутритазовой блокады по Школьникову -Селиванову:

1. 2% раствор;

2. 1% раствор;

3. 5% раствор;

4. 0,5% раствор;

5. 0,25 % раствор;

42. При переломах ключицы в средней трети проксимальный отломок смещается:

1. кверху и кзади;

2. книзу;

3. вперед;

4. кзади;

5. книзу и кзади.

43. Для лечения переломов ключицы используют:

1. шину Дитерихса;

2. шину Кузьминского;

3. шину Крамера;

4. шину Беллера;

5. шину Еланского.

44. Какой перелом ключицы является абсолютным показанием к оперативному лечению:

1. поднадкостничный;

2. перелом на уровне с/3;

3. переломы со смещением отломков по ширине на поперечник ключицы;

4. оскольчатый перелом с вертикальным стоянием осколка и с угрозой перфорации кожи;

5. перелом с выраженным угловым смещением.

45. Отметьте мышцу плеча которая иннервируется лучевым нервом:

1. двуглавая;

2. трехглавая;

3. клювовидно-плечевая;

4. дельтовидная;

5. четырехглавая.

46. Подчеркните сухожилие мышцы проходящее через полость плечевого сустава:

1. короткая головка двуглавой мышцы;

2. длинная головка двуглавой мышцы;

3. сухожилие клювовидно-плечевой мышцы;

4. сухожилие дельтовидной мышцы;

5. сухожилие четырехглавой мышцы;

47. Отметьте уровень прикрепления капсулы плечевого сустава на плечевой кости:

1. на уровне хирургической шейки;

2. на уровне анатомической шейки;

3. на уровне бугорков плечевой кости;

4. на уровне в/3;

5. на уровне с/3.

48. Назовите функцию надостной мышцы:

1. приведение;

2. разгибание;

3. сгибание;

4. отведение;

5. ротация.

49. Укажите точку прикрепления двуглавой мышцы плеча:

1. бугристость локтевой кости;

2. бугристость плечевой кости;

3. бугристость лучевой кости;

4. венечный отросток;

5. локтевой отросток.

50. Укажите точку прикрепления плечевой мышцы:

1. бугристость локтевой кости;

2. бугристость плечевой кости;

3. бугристость лучевой кости;

4. венечный отросток;

5. локтевой отросток.

**51.** **Укажите точку прикрепления трехглавой мышцы плеча:**

1. бугристость локтевой кости;

2. бугристость плечевой кости;

3. бугристость лучевой кости;

4. венечный отросток;

5. локтевой отросток.

**52. В какой области верхней конечности срединный нерв располагается рядом с локтевым и лучевым нервами:**

1. в подключичной области;

2. в надключичной области;

3. в подмышечной области;

4. с/3 плеча;

5. н/3 плеча.

**53. Какой нерв огибает сзади хирургическую шейку плеча:**

1. лучевой;

2. локтевой;

3. срединный;

4. возвратный;

5. подкрыльцовый.

**54. Какой нерв огибает сзади диафиз плечевой кости:**

1. лучевой;

2. локтевой;

3. срединный;

4. возвратный;

5. подкрыльцовый.

**55. Ветвями каких спинно-мозговых корешков образовано плечевое нервное сплетение:**

1. ветвями II-III шейных корешков;

2. ветвями II-IV шейных корешков;

3. ветвями IV шейных и I грудных корешков;

4. ветвями I-IV грудных корешков;

5. ветвями IV-VI грудных корешков;

**56. Отметьте наиболее частое повреждение плеча в с/3:**

1. плечевая артерия;

2. срединный нерв;

3. лучевой нерв;

4. локтевой нерв;

5. двуглавая мышца.

**57. Подчеркните уровень прикрепления круглого пронатора к лучевой кости:**

1. проксимальная треть;

2. средняя треть;

3. дистальная треть;

4. локтевой отросток;

5. венечный отросток.

**58. Подчеркните уровень прикрепления мышц супинаторов предплечья к лучевой кости:**

1. проксимальная треть;

2. средняя треть;

3. дистальная треть;

4. локтевой отросток;

5. венечный отросток.

**59. Подчеркните уровень прикрепления квадратного пронатора к лучевой кости:**

1. проксимальная треть;

2. средняя треть;

3. дистальная треть;

4. локтевой отросток;

5. венечный отросток.

**60. Отметьте место прикрепления поверхностного сгибателя пальца кисти:**

1. основная фаланга;

2. средняя фаланга;

3. основание ногтевых фаланг;

4. уровень головок пястных костей;

5. ногтевая пластина.

**61. Укажите дистальную границу сухожильных влагалищ сгибателей пальцев кисти:**

1. основание ногтевых фаланг;

2. средняя фаланга;

3. основная фаланга;

4. уровень головок пястных костей;

5. ногтевая пластина.

**62. Укажите проксимальную границу сухожильных влагалищ сгибателей II-IV пальцев кисти:**

1. уровень головок пястных костей;

2. средняя фаланга;

3. основная фаланга;

4. основание ногтевых фаланг;

5. ногтевая пластина.

**63. Отметьте проксимальную границу синовиальной сумки кисти:**

1. дистальный ряд костей запястья;

2. лучезапястный сустав;

3. дистальный отдел предплечья;

4. с/3 предплечья;

5. н/3 предплечья;

**64. Укажите среднее значение радио-ульнарного угла в норме:**

1. 45;

2. 30;

3. 60;

4. 70;

5. 100;

**65. Укажите среднюю величину ладонного наклонения суставной поверхности лучевой кости:**

1. 30;

2. 10;

3. 60;

4. 50;

5. 100;

**66. Выделите кость, от которой начинается длинный разгибатель первого пальца кисти:**

1. наружный надмыщелок плеча;

2. внутренний надмыщелок плеча;

3. лучевой;

4. локтевой;

5. двуглавый.

**67. Выделите кость, от которой начинается короткий разгибатель первого пальца кисти:**

1. наружный надмыщелок плеча;

2. внутренний надмыщелок плеча;

3. лучевой;

4. локтевой;

5. двуглавый.

**68. Выделите мероприятие, необходимое в отношении раздробленного перелома головки лучевой кости у ребенка:**

1. консервативное лечение в гипсовой повязке;

2. оперативное вправление отломков;

3. удаление головки;

4. наложение аппарата Илизарова;

5. скелетное вытяжение.

**69. Отметьте наиболее рациональное оперативное вмешательство при повреждении сухожилий обеих сгибателей на протяжении пальца:**

1. сшивание обеих сухожилий;

2. сшивание сухожилия глубокого сгибателя без иссечения другого сухожилия;

3. иссечение поверхностного сгибателя и шов сухожилия глубокого сгибателя;

4. сшивание пверхностного сгибателя;

5. иссечение обеих сухожилий;

**70. Укажите хирургическое вмешательство на артериях предплечья при их ранениях в дистальную треть:**

1. ручной шов;

2. сшивание аппаратом;

3. перевязка без пересечения;

4. перевязка с пересечением между лигатурами;

5. протезирование.

**71. Укажите протяженность гипсовой повязки при диафизарных переломах костей предплечья.**

1. от надплечья до кончиков пальцев;

2. от лопатки до кончиков пальцев;

3. от середины плеча до ладонной складки;

4. от локтевого отростка до кончиков пальцев;

5. от с/3 предплечья до кончиков пальцев.

**72. Назовите неврологические расстройства возможные после перелома лучевой кости в типичном месте:**

1. синдром Дюпюитрена;

2. синдром Каплана;

3. синдром Зудека;

4. синдром Дурова;

5. синдром Чаклина.

**73. Почему не допускается массаж и пассивные движения в локтевой суставе при его повреждениях:**

1. ускоряет консолидацию;

2. способствует образованию гетеротопической оссификации;

3. задерживает консолидацию;

4. способствует увеличению объема движений;

5. уменьшает боль и отек.

74. **Назовите наиболее целесообразный способ репозиции и мобилизации отломков при множественных переломах пястных костей:**

1. закрытое вправление и остеосинтез спицами;

2. наложение аппарата Илизарова;

3. открытое вправление и остеосинтез спицами;

4. наложение аппарата Волкова-Оганесяна;

5. наложение аппарата Черкес-Заде.

**75. Какой раствор новокаина применяется при блокаде переломов ребер:**

1. 0,25% - 30 мл;

2. 0,5% - 15 мл;

3. 1% - 5 мл;

4. 1% - 15 мл;

5. 2% - 20 мл;

**76. При переломах ребер консолидация наступает через:**

1. 1-2 нед;

2. 3-4 нед;

3. 6-8 нед;

4. 9-10 нед;

5. 11 нед.

**77. Что называется “окончатым переломом ребер”:**

1. перелом со смещением;

2. перелом по лопаточной линии;

3. перелом без смещения;

4. перелом по типу зеленой веточки;

5. двойной перелом ребер.

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

1. втягивание кнаружи;

2. втягивание внутрь;

3. выпячивание;

4. втягивается во внутрь и кнаружи;

5. не втягивается.

**79. Что происходит с фрагментом ребер при окончатом переломе во время выдоха:**

1. втягивание кнаружи;

2. втягивание внутрь;

3. выпячивание;

4. втягивается во внутрь и кнаружи;

5. не втягивается.

**80. Вагосимпатическая блокада проводится в области:**

1. перелома;

2. паравертебральных нервов;

3. солнечного сплетения;

4. блуждающего и симпатического нервов шеи.

5. грудного отдела позвоночника.

**81. Укажите виды смещений дистального отломка характерные для сгибательного перелома дистального метаэпифиза лучевой кости (Смита):**

1. в лучевую сторону под углом, открытым в ладонную сторону;

2. в локтевую сторону;

3. под углом открытым в тыльную сторону;

4. ротация кнутри;

5. ротация кнаружи.

**82. Линия Розера-Нелатона проходит:**

1. от большого вертела до седалищного бугра;

2. от передне-верхней ости подвздошной кости до седалищного бугра;

3. от передне-верхней ости подвздошной кости до седалищной кости;

4. от большого вертела до нижней ости подвздошной кости;

5. от малого вертела до седалищного бугра.

**83. Принципы транспортной иммобилизации включают в себя:**

1фиксацию сустава;

2 блокаду места перелома;

3 фиксацию двух и более суставов табельными шинами;

4 использование шины Белера;

5 наложение циркулярной гипсовой повязки.

**84. Болезнь Гризеля это:**

1. деформация тазобедренного сустава;

2. деформация голени;

3. смещение суставных поверхностей фаланг пальцев;

4. ротационное смещение атланта (костная форма кривошеи);

5. рубцовое изменение грудино-ключично-сосковой мышцы (мышечная кривошея).

**85. Какой симптом не встречается при косолапости:**

1. эквинус;

2. пронация;

3. супинация;

4. аддукция;

5. натоптыш.

**86. Кривошеи не бывает:**

1. мышечная

2. болезнь Клиппеля-Фейля;

3. крыловидная лопатка;

4. болезнь Гризеля;

5. болезнь Пертеса.

**87. Как проходит ось при варусной деформации нижней конечности:**

1. передне-верхняя ость подвздошной кости, середина надколенника, первый палец стопы;

2. снаружи;

3. внутри;

4. большой вертел, наружный мыщелок бедра, наружная лодыжка;

5. головка бедра, внутренний мыщелок бедра, внутренняя лодыжка.

**88. Какая блокада производится при переломах таза:**

1. по Вишневскому;

2. по Куленкампфу;

3. вагосимпатическая;

4. футлярная;

5. по Школьникову-Селиванову.

**89. Рентгенологическими признаками ложных суставов являются:**

1. появление параоссальной костной мозоли;

2. появление замыкательных пластин в области проксимального и дистального отломков;

3. рентгенологических признаков нет;

4. появление эндостальной костной мозоли;

5. появление признаков первичного костного сращения.

**90. Как проходит ось при вальгусной деформации нижней конечности:**

1. снаружи;

2. внутри;

3. большой вертел, наружный мыщелок бедра, наружная лодыжка;

4. головка бедра, внутренний мыщелок бедра, внутренняя лодыжка.

5. передне-верхняя ость подвздошной кости, середина надколенника, первый палец стопы;

**91. Остеохондропатия головки бедра называется:**

1. болезнь Лег-Кальве- Пертеса;

2. болезнь Келлера;

3. болезнь Кинбека;

4. болезнь Кюмеля;

5. болезнь Кальве.

**92. Остеохондропатия тел позвонков называется:**

1. болезнь Келлера II;

2. болезнь Кенига;

3. болезнь Озгуда-Шлаттера;

4. болезнь Лег-Кальве- Пертеса;

5. болезнь Шойермана-Мау

**93. Болезнь Кенига это:**

1. остеохондропатия головки бедра;

2. рассекающий остеохондроз тазобедренного и коленного суставов;

3. остеохондропатия бугристости большеберцовой кости;

4. остеохондропатия полулунной кости;

5. остеохондропатия тела позвонка.

**94. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости это:**

1. болезнь Келлера I;

2. болезнь Келлера II;

3. болезнь Кальве;.

4. болезнь Озгуда-Шлаттера;

5. не бывает.

**95. Остеохондропатия ладьевидной кости стопы это:**

1. болезнь Кинбека;

2. болезнь Кальве;.

3. болезнь Келлера I;

4. болезнь Келлера II;

5. болезнь Кюмеля.

**96. Остеохондропатия головок плюсневых костей это:**

1. болезнь Кинбека;

2. болезнь Кальве;.

3. болезнь Келлера I;

4. болезнь Келлера II;

5. болезнь Кюмеля.

**97. Что не относится к принципам транспортной иммобилизации:**

1. шина обязательно должна захватывать два и более сустава;

2. придать конечности среднефизиологическое положение;

3. снять одежду и обувь с пострадавшего;

4. при открытых переломах вправление отломков не производить;

5. необходимо предложить мягкую подстилку между телом и шиной.

**98. Coxa vara - это:**

1. шеечно-диафизарный угол больше 127;

2. шеечно-диафизарный угол равен 127;

3. шеечно-диафизарный угол меньше 127;

4. такого не бывает;

5. это нормальное положение тазобедренного сустава.

**99. Какого оперативного лечения при врожденном вывихе бедра не бывает:**

1. открытого вправления;

2. закрытого вправления;

3. открытое вправление в сочетании с реконструктивными операциями ;

4. операции на костях таза;

5. паллиативные операции.

**100. Межпозвоночный остеохондроз это:**

1. поражение межпозвоночных суставов;

2. дегенерация тел позвонков;

3. дегенеративное поражение межпозвонковых дисков;

4. изменения в спинном мозге;

5. поражение позвоночных отростков.

**101. Сколиоз**

1. искривление шеи;

2. искривление позвоночника в сагиттальной плоскости;

3. искривление позвоночника во фронтальной плоскости с обязательной ротацией позвонков;

4. искривление позвоночника во фронтальной плоскости;

5. искривление позвоночника в вертикальной плоскости;

**102. При врожденном вывихе бедра большой вертел находится по отношению к линии Розера-Нелатона:**

1. выше;

2. ниже;

3. на уровне линии;

4. такого не бывает;

5. может быть выше или ниже линии.

**103. При косолапости мягкое бинтование проводится:**

1. по Розову;

2. по Вишневскому;

3. по Лоренцу;

4. по Финку-Эттингену;

5. по Спасокукотскому-Кочергину.

**104. При каком повреждении встречается псевдоабдоминальный синдром:**

1. при переломах бедра;

2. при разрывах печени;

3. при переломах тел позвонков, нижнегрудных и верхнепоясничных;

4. при проникающих ранениях живота;

5. при переломах ребер.

**105. Характерный симптом при переломе таза без нарушения его непрерывности:**

1. сипмтом Байкова;

2. сипмтом Габая;

3. сипмтом “заднего хода”;

4. сипмтом Турнера;

5. сипмтом Дюпюитрена.

**106. Симптом “прилипшей пятки” встречается при:**

1. переломах пятки;

2. переломах диафиза бедра;

3. переломах голени, стопы;

4. разрыве мышц бедра;

5. переломах таза, шейки бедра.

**107. Линия Шентона в норме проходит:**

1. по верхневнутренней границе запирательного отверстия и переходит в линию шейки бедра;

2. по нижневнутренней границе запирательного отверстия и переходит в линию шейки бедра;

3. по верхнему краю запирательного отверстия;

4. по верхнему краю шейки бедра и переходит на крыло подвздошной кости;

5. горизонтальная линия, соединяющая оба V - образных хряща.

**108. Вторая степень сколиоза по Чаклину:**

1. 0-5;

2. более 80;

3. 5-15;

4. 15-80;

5. 15-50;

**109. Синдактилия - это:**

1. отсутствие пальцев кисти или стопы;

2. увеличение числа пальцев кисти или стопы;

3. полное или частичное сращение двух или нескольких пальцев кисти или стопы;

4. деформация пальцев кисти или стопы;

5. увеличение объема пальцев кисти или стопы (гигантизм).

**110.Полидактилия- это:**

1. отсутствие пальцев кисти или стопы;

2. увеличение числа пальцев кисти или стопы;

3. полное или частичное сращение двух или нескольких пальцев кисти или стопы;

4. деформация пальцев кисти или стопы;

5. увеличение объема пальцев кисти или стопы (гигантизм).

**111. Hallux valgus - это:**

1. плоская стопа;

2. отклонение пальцев стопы кнаружи;

3. отклонение пальцев стопы внутрь;

4. отклонение первого пальца стопы кнаружи;

5. термин, обозначающий плоскостопие.

**112. Какие признаки сочетаются с врожденной ломкостью костей?**

1. отосклероз, остеохондроз;

2. голубые склеры, катаракта;

3. голубые склеры, отосклероз;

4. ложный сустав, деформирующий артроз

5. характерных признаков, сочетающихся с врожденной лоскостью костей нет.

**113. Osteogenesis imperfecta - это:**

1. заболевание позвоночника;

2. укорочение нижних конечностей;

3. несовершенный остеогенез;

4. образование гиперкостной мозоли;

5. онкозаболевание.

**114. Причина, не способствующая возникновению Hallux valgus**

1. ношение узкой обуви;

2. ношение широкой обуви;

3. ношение обуви с высоким каблуком;

4. травма I плюснефалангового сустава;

5. воспалительное заболевание плюснефалангового сустава.

**115. Что такое Hallux valgus?**

1. полая стопа;

2. плоскостопие;

3. отклонение первого пальца стопы кнаружи;

4. добавочный палец на стопе;

5. крючкообразная деформация 1 пальца стопы.

**116. Эффективное лечение отклонения первого пальца стопы кнаружи.**

1. мазевые повязки;

2. согревающие компрессы;

3. йодовые смазывания;

4. оперативное устранение;

5. уринотерапия (мочевые компрессы).

**117. Костный абцесс Броди - это:**

1. хроническое остеомиелитическое поражение метаэпифизарной области длинных трубчатых костей;

2. хроническое остеомиелитическое поражение диафизарной области длинных трубчатых костей;

3. хроническое остеомиелитическое поражение крыла подвздошной кости;

4. хроническое остеомиелитическое поражение тела позвонка;

5. врожденная ломкость кости.

**118. Болезнь Реклингхаузена- это:**

1. множественные экзостозы;

2. фиброзная остеодисплазия;

3. гиперпаратиреоидная остеодистрофия;

4. дисхондроплазия;

5. хондродистрофия.

**119. Симптом Мироновой встречается при:**

1. повреждении тазобедренного сустава (говорящего о вывихе бедра);

2. ревматоидных заболеваниях;

3. переломе пяточной кости;

4. разрыве четырехглавой мышцы;

5. повреждении боковых связок коленного сустава (чрезмерная девиация голени более 10).

**120. Какая операция не проводится при деформирующем артрозе:**

1. артропластика;

2. эндопротезирование;

3. артропневмография;

4. артродез;

5 декомпрессионная миотомия с туннелизацией (операция Фосса-Драндеса).

**121. Расщепление дужки позвонка называется:**

1. спондилолистез;

2. спондилолиз;

3. спондилоартроз;

4. межпозвонковый остеохондроз;

5. спондилит;

**122. Открытое незаращение позвоночника (spina bifida tupica) характеризуется:**

1. сколиозом;

2. кифозом;

3. лордозом;

4. грыжей оболочек спинного мозга;

5. межпозвонковым остеохондрозом.

123. Поставьте предварительный диагноз - больной 20-ти лет обратился с жалобами на хромоту на обе ноги, неустойчивость походки. Болен с рождения. Объективно: походка “утиная”, симптом Тренделенбурга резко выражен с обеих сторон, большой вертел с обеих сторон выше лнии Розера-Нелатона, гиперлордоз поясничного отдела позвоночника.

1. последствия перенесенной болезни Пертеса;

2. деформирующий артроз тазобедренных суставов;

3. асептический некроз головок бедер;

4. врожденный двухсторонний вывих бедра;

5. врожденная двухсторонняя косолапость.

**124. Какой симптом не соответствует деформирующему артрозу тазобедренного сустава?**

1. стартовая боль;

2. перемежающая хромота;

3. контрактура сустава;

4. относительное укорочение нижней конечности;

5. хруст при движении.

**125. Какой рентгенологический признак не соответствует деформирующему артрозу?**

1. сужение суставной щели;

2. костные разрастания;

3. замыкательные пластины;

4. субхондральный склероз;

5. хондромные тела.

**126. Деформирующий артроз (остеоартроз) - это:**

1. дегенеративно-дистрофическое заболевание костей;

2. дегенеративно-дистрофическое заболевание мышц;

3. дегенеративно-дистрофическое заболевание сухожилий;

4 .дегенеративно-дистрофическое заболевание апофизов;

5. дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов.

**127. Консервативное лечение деформирующего артроза не включает:**

1. введение внутрисуставно цианокабаломида;

2. введение внутрисуставно кислорода;

3. введение внутрисуставно кортикостероидов;

4. манжеточное вытяжение;

5. ЛФК, массаж.

**128. Контрактура Дюпюитрена - это:**

1. деформация пальцев кисти, вследствие травмы;

2. послеожоговая контрактура пальцев кисти;

3. Врожденная аномалия развития пальцев кисти;

4. Врожденное отсутствие кисти;

5. Рубцовое изменение ладонного апоневроза, приводящее к контрактуре пальцев кисти.

**129. При ревматоидном артрите не встречается:**

1. “блокада” сустава;

2. утренняя скованность;

3. положительная реакция Ваале-Розе;

4. ластообразная деформация пальцев кисти, стоп;

5. остеопороз костей кисти.

**130. Эктромелия - это:**

1. деформация нижних конечностей;

2. полное отсутствие одной или нескольких конечностей;

3. деформация верхних конечностей;

4. отсутствие дистального отдела конечностей;

5. врожденные нитевидные вдавления на протяжении сегментов.

1**31. Гемимелия -это:**

1. деформация нижних конечностей;

2. полное отсутствие одной или нескольких конечностей;

3. деформация верхних конечностей;

4. отсутствие дистального отдела конечностей;

5. врожденные нитевидные вдавления на протяжении сегментов.

**132. При хондродистрофии не бывает:**

1. множественной деформации костей;

2. карликового роста;

3. гидроцефалии;

4. гигантизма;

5. коротких нижних и верхних конечностей.

**133. Pes calcaneus - это:**

1. полая стопа;

2. пяточная стопа;

3. плоская стопа;

4. отсутствие пяточной кости;

5. добавочная кость.

**134. Больной, спортсмен, на тренировке получил травму коленного сустава. Клинически у больного увеличение объема сустава, симптом “блокады”, симптом “баллотирования” надколенника, чрезмерная девиация голени наружу, симптом переднего выдвижного ящика, Ваш диагноз?**

1. гемартроз коленного сустава;

2. повреждение мениска, передней крестообразной связки, гемартроз;

3. повреждение мениска, внутренней боковой связки, гемартроз;

4. повреждение передней крестообразной связки, наружной боковой связки,мениска;

5. повреждение передней крестообразной связки, внутренней боковой связки,мениска;

**135. Операция Во-лями при врожденном вывихе бедра - это:**

1. создание дополнительной точки опоры на седалищный бугор;

2. открытое вправление головки бедра;

3. перемещение большого вертела;

4. остеотомия таза;

5. создание навеса для бедра.

**136. Операция Шанца при врожденном вывихе бедра - это:**

1. создание дополнительной точки опоры на седалищный бугор;

2. открытое вправление головки бедра;

3. перемещение большого вертела;

4. остеотомия таза;

5. создание навеса для бедра.

**137. Какая шина применяется для лечения врожденного вывиха бедра:**

1. Крамера;

2. ЦИТО;

3. Белера ;

4. Виленского;

5. Дитерихса.

**138. Какая шина применяется для лечения переломов плеча:**

1. Крамера;

2. ЦИТО;

3. Белера ;

4. Виленского;

5. Дитерихса.

**139. Когда начать лечение врожденного вывиха бедра:**

1. в возрасте 3 мес;

2. в возрасте 1 год;

3. как установлен диагноз;

4. как пойдет в школу;

5. в 7 лет.

**140. Когда надо лечить врожденную косолапость:**

1. в 1 мес;

2. в 7-10 дней;

3. в роддоме;

4. в 1 год;

5. когда начнет ходить.

**141. Какая гипсовая повязка накладывается при лечении кривошеи:**

1. кокситная;

2. торакобрахиальная;

3. кранио-цервикальная;

4. лонгетная;

5. мостовидная.

**142. При каком переломе таза нарушается целостность тазового кольца:**

1. односторонний перелом седалищной кости;

2. двухсторонний перелом седалищной кости;

3. односторонний перелом лонной кости;

4. односторонний перелом лонной и седалищной костей;

5. двухсторонний перелом лонных костей.

**143. При каком переломе таза не нарушается целостность тазового кольца:**

1. продольный перелом крестца;

2. продольный перелом подвздошной кости;

3. разрыв симфиза;

4. перелом лобковой с одной и седалищной с другой стороны;

5. перелом лобковой и седалищной с одной стороны;

**144. С какого возраста определяется симптом прилипшей пятки при врожденном вывихе бедра?**

1. до 1 года;

2. после 1 года;

3. с 5 лет;

4. старше 5 лет;

5. не бывает.

**145. Какое укорочение при врожденном вывихе бедра?**

1. относительное;

2. абсолютное;

3. кажущееся;

4. анатомическое;

5. не бывает.

**146. С какого возраста при врожденном вывихе R-диагностика дает картину костной ткани:**

1. после рождения;

2. после 1 месяца;

3. после 3-х месяцев;

4. после 6 месяцев;

5. после 1 года.

**147. Чему равен угол Хильгенрейнера в норме у новорожденного:**

1. 10 - 20;

2. 35 - 40;

3. 20 - 25;

4. 27 - 30;

5. 30 - 35;

**148. Ребенку 5 лет, диагностирован врожденный вывих бедра. Какое лечение надо проводить:**

1. массаж мышц ягодичной области и бедра;

2. ЛФК;

3. разведение ножек;

4. закрытое вправление вывиха и фиксация гипсовой повязкой;

5. скелетное вытяжение, открытое вправление вывиха бедра.

**149. Ребенку 1 год, впервые диагностирован врожденный вывих бедра. Какое лечение надо проводить:**

1. массаж мышц ягодичной области и бедра;

2. ЛФК;

3. разведение ножек, ношение шины Виленского;

4. закрытое вправление вывиха и фиксация гипсовой повязкой;

5. укладывание в ванну с разведением ножек.

**150. Какая локализация не характерна для остеохондропатии:**

1. головка бедра;

2. бугристость большеберцовой кости;

3. крыло подвздошной кости;

4. поясничный отдел позвоночника;

5. кости стопы.

**151. Какая манипуляция не желательна при раннем лечении остеохондропатии головки бедра:**

1. плавание

2. ЛФК;

3. нагрузка на нижние конечности;

4. массаж мышц ягодичной области и бедра;

5. физиолечение

**152. Посттравматический остеомиелит развивается:**

1. в результате инфицирования раны при открытых повреждениях костей;

2. при переломах костей на фоне сниженного иммунитета;

3. при попадании микробов гематогенным путем в область перелома;

4. при инфекционном тромбозе сосудов кости в области перелома;

5. при асептическом некрозе свободных костных осколков.

**153. Послеоперационный остеомиелит развивается:**

1. после оперативного лечения открытых переломов костей при инфицировании раны;

2. после оперативного лечения закрытых переломов костей и ортопедических заболеваний при гнойных осложнениях;

3. после некачественной первичной хирургической обработки открытых переломов;

4. после оперативных вмешательств по поводу огнестрельных переломов;

5. после запоздалой первичной хирургической обработки открытых переломов костей.

**154. Посттравматический остеомиелит чаще всего локализуется:**

1. на плече;

2. на предплечье и кисти;

3. на бедре;

4. на голени и стопе;

5. на костях таза.

**155. Переход острого остеомиелита в хронический происходит в срок:**

1. 3-4 недели;

2. 6-8 недель;

3. 3-4 месяца;

4. 6 месяцев;

5. варьирует, точных сроков нет.

156.Признаками, характерными для хронического течения остеомиелита являются:

1. длительная температурная реакция;

2. постоянные боли в области повреждения и отечность;

3. образование гнойного свища и секвестрообразования;

4. длительный нейтрофилез, увеличение СОЭ;

5. гнойная рана в области повреждения, не заживающая в течении 3-4 недель.

157. Секвестр образуется:

1. в результате асептического некроза свободного костного осколка;

2. при отделении некротизированного участка кости от жизнеспособной костной ткани;

3. при деструкции кости в зоне;

4. в результате деструкции кости на фоне остеопороза;

5. в результате обизвествления костных осколков.

158. Показаниями к консервативному лечению хронического остеомиелита служат:

1. альбуминозный остеомиелит Оллье;

2. первично-хронический остеомиелит – абсцесс Брози;

3. резкие обострения со скудным свищевым выделением;

4. вялотекущий остеомиелит без свищей и секвесторов;

5. длительно незаживающие свищи несмотря на неоднократные хирургические вмешательства.

159. Показаниями к хирургическому лечению остеомиелита служат:

1. вялотекущий остеомиелит без свищей;

2. амилоидоз печени и почек;

3. наличие слабой костной мозоли при отсутствии четкого некроза костной ткани;

4. острое воспаление в очаге остеомиелита или вблизи него;

5. существование свища, поддерживаемого костной полостью.

**160. Радикальная операция по ликвидации гнойного остеомиелитического очага называется:**

1. фистулоэктомия;

2. секвестронекрэктомия;

3. фистулоостеонекрэктомия

4. резекция участка костной полости;

5. трансмиопластика костной полости.

161. Ренгенологическими признаками хронического остеомиелита являются:

1. деструкция кости на фоне остеосклероза;

2. деструкция костной ткани на фоне остеопороза;

3. признаки остеомаляции;

4. очаги просветления округлой формы, окруженные золой склероза;

5. утолщение кости с образованием полостей, в которых обнаруживаются иногда секвестры.

162. Для уточнения распространенности свищевых ходов применяется метод:

1. рентгенография;

2. электрорентгенография;

3. фистулография;

4. эхография;

5. радионуклидная диагностика.

**163. При антибактериальной терапии хронического остеомиелита предпочтение отдается:**

1. антибиотикам широкого спектра действия;

2. сульфаниламидным препаратам;

3. антибиотикам цефалоспоринового ряда;

4. антибиотикам, с учетом чувствительности микрофлоры;

5. препаратам нитрофуранового ряда

164. Иммобилизация костных отломков при остеомиелитических патологических переломах осуществляется:

1. внутрикостными стержнями;

2. накостными пластинами;

3. аллотрансплонтатом;

4. внеочаговыми аппаратами внешней фиксации;

5. иммобилизация не проводится.

**165. При пластике замещения косных полостей при остеомиелите предпочтение отдается:**

1. полимерным материалам;

2. свободным аутоостеотрансплантатам;

3. аутохондротрансплантатам;

4. “пломбировке” неорганическими веществами;

5. мышечной пластике.

**166. Средний срок иммобилизации при вывихах ключицы после операции составляют:**

1. 1-2 недели;

2. 2-3 недели;

3. 4-6 недель;

4. 8-9 недель;

5. 8-10 недель.

167. Средний срок иммобилизации при вывихе плеча:

1. до 1 недели;

2. 1-2 недели;

3. 3-4 недели;

4. более 4 недель;

5. иммобилизация не обязательна.

168. Средний срок иммобилизации при вывихе бедра:

1. до 1 недели;

2. до 2 недель;

3. 2-3 недели;

4. 3-4 недели;

5. более 4-6 недель.

169. Средний срок иммобилизации при вывихе предплечья:

1. 1 неделя;

2. 2-3 недели;

3. 4-5 недель;

4. 5-6 недель;

5. иммобилизация не обязательна.

**170. Средний срок иммобилизации при разрыве сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча после операции:**

1. 1-2 недель постоянной, 2 недели съемной;

2. 2-3 недели;

3. 5-6 недель постоянной, 2 недели съемной;

4. более 8 недель;

5. до заживания раны (послеоперационной).

**171. Средний срок иммобилизации при повреждении сухожилий разгибателей кисти после операции**

1. до 1 недели постоянной, 2 недели съемной;

2. 2-3 недели;

3. 3 недели;

4. 4-6 недель;

5. 6-8 недель.

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

1. 1-2 недели;

2. 2-3 недели;

3. 3-6 недель;

4. 6-8 недель;

5. 8-10 недель.

**173. Средний срок иммобилизации при повреждении ахиллового сухожилия после операции:**

1. 1-2 недели;

2. 2-3 недели;

3. 3-4 недели;

4. 4-5 недель;

5. 6-8 недель.

**174. Средний срок иммобилизации при повреждении одной из боковых связок коленного сустава при консервативном лечении:**

1. 2 недели постоянной, 4 недели съемной иммобилизации;

2. 4 недели постоянной, 2 недели съемной иммобилизации;

3. 3 недели постоянной, 1неделю съемной иммобилизации;

4. 6 недель постоянной, 2 недели съемной иммобилизации;

5. 8 недель постоянной, 4 недели съемной иммобилизации;

**175. Средний срок иммобилизации при повреждении одной из боковых связок коленного сустава после операции:**

1. 2 недели постоянной, 4 недели съемной;

2. 3 недели постоянной, 3 недели съемной;

3. всего 3 недели;

4. всего 4 недели;

5. 6 недель постоянной, 6 недель съемной.

**176. Средний срок иммобилизации при повреждении передней крестообразной связки коленного сустава после операции:**

1. 2-3 недели;

2. 2-3 недели постоянной, 1-2 неделю съемной;

3. 3-4 недели;

4. 3-4 недели постоянной, 1-2 неделю съемной;

5. 5-6 недель постоянной, 4 недели съемной.

**177. Средний срок иммобилизации при повреждении задней крестообразной связки коленного сустава после операции:**

1. 2-3 недели;

2. 3-4 недели;

3. 4 недели постоянной, 2 недели съемной;

4. 6-7 недель постоянной, 5-6 недель съемной;

5. всего 4-6 недель постоянной.

**178. Средний срок иммобилизации при повреждении дистального межберцевого синдосмоза при консервативном лечении:**

1. 1-2 недели;

2. 2 недели постоянной, 2 недели съемной;

3. 2-3 недели;

4. 4-5 недель;

5. 7-8 недель постоянной, 4 недели съемной.

**179. Средний срок иммобилизации при повреждении дистального межберцевого синдосмоза при оперативном лечении:**

1. 1-2 недели;

2. 2-3 недели постоянной, 2 недели съемной;

3. 3-4 недели постоянной;

4. 6 недель постоянной, 6 недель съемной;

5. 8-12 недель.

180. Средний срок иммобилизации при переломах ключицы:

1. 1-2 недели;

2. 2-3 недели;

3. 3-4 недели;

4. 4-8 недель;

5. 6-8 недель.

181. Средний срок иммобилизации при переломах тела лопатки:

1. 1-2 недели;

2. 2-3 недели;

3. 3-4 недели;

4. 5-7 недель;

5. 8-10 недель

182. Средний срок иммобилизации при переломах шейки лопатки:

1. 1-2 недели постоянной, 2 недели съемной;

2. 3-4 недели;

3. 3 недели постоянной, 2 недели съемной;

4. 4-6 недель постоянной, 1-2 недели съемной;

5. 8-10 недель постоянной, 4 недели съемной.

**183. Средний срок иммобилизации при переломах головки, анатомической шейки плеча при консервативном лечении:**

1. 2 недели постоянной, 2 недели съемной;

2. 2-3 недели;

3.3-5 недель постоянной, 1-2 недели съемной;

4. 6-8 недель;

5. 8 недель постоянной, 4 недели съемной.

**184. Средний срок иммобилизации при переломах головки, анатомической шейки плеча при оперативном лечении:**

1. 2 недели постоянной, 2 недели съемной;

2. 2-3 недели;

3. 3 недели постоянной, 3 недели съемной;

4. 4-6 недель;

5. 6-8 недель постоянной, 2 недели съемной.

**185. Средний срок иммобилизации при переломах хирургической шейки плеча при оперативном лечении:**

1. 1-2 недели постоянной, 2 недели съемной;

2. 2-3 недели;

3. 3-4 недели;

4. 5-6 недель постоянной, 1-2 недели съемной;

5. 6-8 недель постоянной, 2-3 недели съемной.

186. Средний срок иммобилизации при переломах диафиза плеча без смещения:

1. 2-3 недели постоянной, 2 недели съемной;

2. 3-4 недели постоянной, 1 неделю съемной;

3. 4-6 недель постоянной;

4. 6-8 недель постоянной, 2-3 недели съемной;

5. 10-12 недель постоянной.

**187. Средний срок постоянной иммобилизации при переломах диафиза плеча со смещением при консервативном лечении:**

1. 1-2 недели;

2. 2-3 недели;

3. 4-6 недель;

4. 6-8 недель;

5. 8-10 недель.

**188. Средний срок иммобилизации при переломах диафиза плеча при оперативном лечении:**

1. 11-12 недель;

2. 8-10 недель постоянной, 2-3 недели съемной;

3. 8 недель постоянной, 1-2 недели съемной;

4. 3-4 недели;

5. 1-2 недели.

189. Средний срок иммобилизации при надмыщелковых переломах плеча без смещения:

1. 1 неделя;

2. 2 недели;

3. 3-4 недели;

4. 6-8 недель;

5. 8-10 недель.

**190. Средний срок иммобилизации при надмыщелковых переломах плеча при оперативном лечении:**

1. 6 недель постоянной, 2-3 недели съемной;

2. 3-4 недели;

3. 3 недели постоянной, 1-2 недели съемной;

4. 2 недели постоянной;

5. 2 недели постоянной, 1-2 недели съемной.

**191. Средний срок иммобилизации при переломах внутреннего надмыщечка плеча при оперативном лечении:**

1. 4-6 недель постоянной, 3 недели съемной;

2. 3 недели постоянной, 2-3 недели съемной;

3. 2-3 недели;

4. 1-2 недели;

5. 1 неделю постоянной, 2 недели съемной.

**192. Средний срок иммобилизации при переломах головчатого возвышения и блока плечевой кости без смещения:**

1. 1-2 недели;

2. 2-3 недели;

3. 4-6 недель;

4. 5-6 недель;

5. 6-8 недель.

**193. Средний срок иммобилизации при переломах головчатого возвышения и блока плечевой кости при оперативном лечении:**

1. 1 неделю;

2. 2 недели;

3. 3 недели;

4. 5-6 недель;

5. 6-8 недель.

**194. Средний срок иммобилизации при “У”-образных и “Т”-образных переломах мыщечков плеча без смещения:**

1. 2-3 недели постоянной, 3-4 недели съемной;

2. 4-6 недель постоянной, 3-4 недели съемной;

3. 6-7 недель постоянной, 3-4 недели съемной;

4. 7-8 недель постоянной, 3-4 недели съемной;

5. 8-10 недель постоянной, 3-4 недели съемной;

**195. Средний срок постоянной иммобилизации при “V” и “Т”-образных переломах плеча при оперативном лечении:**

1. 1-2 недели;

2. 2 недели;

3. 3 недели;

4. 5-6 недель;

5. 6-8 недель.

**196. Средний срок постоянной иммобилизации при “У”-образных и “Т”-образных переломах мыщечков плеча со смещением при консервативном лечении:**

1. 1-2 недели;

2. 2-3 недели;

3. 3-4 недели;

4. 5-6 недель;

5. 8-10 недель.

**197. Средний срок постоянной иммобилизации при переломах блока и головчатого возвышения плеча со смещением при консервативном лечении:**

1. 1-2 недели;

2. 2-3 недели;

3. 3-5 недель;

4. 6-8 недель;

5. 8-10 недель.

**198. Средний срок постоянной иммобилизации при переломах локтевого отростка без смещения:**

1. 1-2 недели;

2. 3-4 недели;

3. 5-7 недель;

4. 6-8 недель;

5. 8-10 недель.

**199. Средний срок постоянной иммобилизации при оперативном лечении переломов локтевого отростка:**

1. 1-2 недели;

2. 2-3 недели;

3. 4-6 недель;

4. 6-10 недель;

5. 10-12 недель.

**200. Средний срок постоянной иммобилизации при переломах венечного отростка локтевой кости без смещения:**

1. до 1 недели;

2. 1,5-2 недели;

3. 3-4 недели;

4. 4-5 недель;

5. 5-6 недель.