

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
им. Я.Л. Цивьяна» Министерство здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ
Директор
ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна»
Минздрава России

« ___ » _____ 20__ г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
Б1.В.ДВ.01.02 ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ
СУСТАВОВ

краткое наименование дисциплины: нет

Специальность: 31.08. 66 Травматология и ортопедия

Уровень высшего образования: Подготовка кадров высшей квалификации в
ординатуре

Форма обучения: очная

Год набора 2023

г. Новосибирск, 2023 г.

Содержание

	Стр.
1. Место дисциплины в структуре образовательной программы	3
2. Объем и содержание дисциплины	3
3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения	25
4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации	34
5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	35

1. Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Эндопротезирование суставов» относится к вариативной части Блока 1 «Дисциплины (модули)» учебного плана подготовки ординатора специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия.

Цель дисциплины: совершенствование и приобретение дополнительных знаний и практических навыков по вопросам эндопротезирования суставов, особенностям хирургической техники протезирования суставов, необходимых для самостоятельной профессиональной деятельности врача-травматолога-ортопеда.

Задачи дисциплины:

1. Совершенствование теоретических знаний этиопатогенетическим механизмам развития заболеваний суставов.

2. Совершенствование знаний в диагностике патологии суставов и формирование умения интерпретировать полученные результаты с целью совершенствования дифференциально-диагностических подходов и тактики лечения.

3. Формирование умений выполнения манипуляций при лечении пациентов методом эндопротезирования.

4. Изучение современных методов клинических и инструментальных исследований, фармакотерапии, профилактики и реабилитации пациентов с имплантированными суставами.

Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:

Профессиональные компетенции:

-готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);

-готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании медицинской помощи (МК-6).

1. Объем и содержание дисциплины

Для освоения программы по данной дисциплине предполагается **6 з.е.** Изучение дисциплины осуществляется на 1 курсе. Форма контроля: зачет.

Трудоемкость дисциплины – 216 часов, в том числе:

Практические занятия – 72 часа;

Самостоятельная работа – 144 часа.

Темы занятий:

1. Ампутация и основы протезирования – 8 часов.

2. Эндопротезирование суставов – 8 часов.

3. Заболевания тазобедренного сустава. Показания и противопоказания к консервативному и хирургическому лечению. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Показания и противопоказания. Предоперационное планирование. Типы протезов – 8 часов.

4. Заболевания коленного сустава. Показания и противопоказания к консервативному и хирургическому лечению (околосуставные корригирующие операции). Эндопротезирование коленного сустава. Предоперационное планирование. Типы протезов – 8 часов.

5. Заболевания локтевого и плечевого суставов. Показания и противопоказания к консервативному и хирургическому лечению. Эндопротезирование локтевого и плечевого суставов. Предоперационное планирование. Типы протезов – 8 часов.

6. Заболевания голеностопного сустава. Показания и противопоказания к консервативному и хирургическому лечению. Эндопротезирование голеностопного сустава и суставов стопы. Показания и противопоказания. Предоперационное планирование – 8 часов.

7. Заболевания суставов стопы. Показания и противопоказания к консервативному и хирургическому лечению. Эндопротезирование суставов стопы. Показания и противопоказания. Предоперационное планирование – 12 часов.

8. Заболевания кистевого сустава и суставов кисти. Показания и противопоказания к консервативному и хирургическому лечению. Эндопротезирование кистевого сустава и суставов

кисти. Показания и противопоказания. Предоперационное планирование – 12 часов.

Самостоятельная работа:

Вопросы для самостоятельного изучения:

- Организационно-правовые аспекты внедрения и использования метода эндопротезирования при лечении больных в клиниках РФ.
- Клиническая анатомия и оперативная хирургия тазобедренного и коленного сустава, доступы к уставам.
- Эндопротезирование тазобедренного сустава бесцементными и цементными системами.
- Ошибки и осложнения эндопротезирования.
- Принципы ведения больных после операций эндопротезирования, реабилитация.
- Ревизионное эндопротезирование.
- Эндопротезирование других суставов.
- Общие принципы подготовки и планирования операции эндопротезирования

Оценочные материалы

Рефераты:

1. Заболевания коленного сустава. Принципы хирургического лечения.
2. Дегенеративные поражения суставов.
3. Ортопедические последствия ревматоидного артрита. Хирургическое лечение.
4. Эндопротезирование тазобедренного сустава: виды протезов, показания и противопоказания.
5. Эндопротезирование коленного сустава: виды протезов, показания и противопоказания.
6. Эндопротезирование плечевого сустава: виды протезов, показания и противопоказания.
7. Эндопротезирование суставов верхних конечностей: виды протезов, показания и противопоказания.
8. Артроскопия как диагностический и лечебный метод.
9. Особенности ревизионного эндопротезирования.
10. Общие принципы подготовки и планирования операции эндопротезирования.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Прием в поликлинике. Больной П.37лет. Изолировщик кабельного завода. Жалобы на боли в левом коленном суставе на протяжении последнего года после травмы при падении с велосипеда. Отмечает частые боли в суставе, "блокады", появление выпота и боли. Боли возникают после работы, или вовремя ее. Иногда отмечает под кожей наличие "инородного тела". При осмотре: уверенная отечность левого коленного сустава. Небольшое баллотирование надколенника. Временами ощущает "хруст" в суставе.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Предложите план лечения данного заболевания.
3. Ваши соображения и рекомендации для амбулаторного и стационарного лечения.

Задача 2. Больной В.42лет. Доставлен попутной машиной. Поскользнулся на улице и упал. При этом, как отметил пострадавший, правая голень резко подвернулась и появилась сильная боль в коленном суставе. Ясно услышал "хруст" в суставе. При осмотре: правая нижняя конечность в состоянии "блокады" коленного сустава, местно выражена припухлость тканей, особенно в области медиальной щели, кровоподтек. При пальпации резкая болезненность сустава и выраженный симптом бокового качения. Надколенник баллотирует.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Предложите план обследования для уточнения диагноза.
3. Предложите план лечения в зависимости от данных, полученных при обследовании, для стационара и дальнейшего наблюдения в амбулаторных условиях

Задача 3. Мужчина 24 года. 2 года назад во время игры в футбол получил удар в область правого коленного сустава. К врачу не обращался, хотя со слов больного, отмечалась выраженная припухлость в области коленного сустава, которая исчезла через 10-12 дней. С тех пор периодически беспокоят боли в области коленного сустава. В настоящее время боли усилились, отмечает отчетливое усиление болей при схождении с лестницы. Дважды за последние 3 месяца отмечал невозможность разогнуть согнутую в коленном суставе ногу, что сопровождалось

усилением болей. На момент осмотра – движения в коленном суставе почти в полном объеме, однако полное разгибание незначительно ограничено. Отмечается положительный симптом Байкова.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Укажите план дальнейшего обследования и лечения.

Задача 4. Прием в кабинете поликлиники. Больная С. 43 года. Разнорабочая. Жалобы на боли в правом тазобедренном суставе. Считает себя больной на протяжении последних 3-х лет. В анамнезе тяжелая работа. Ходит с опорой на палочку. При осмотре: контуры правого тазобедренного сустава сглажены. Движения болезненны и ограничены, при отведении и ротации бедра отмечается "хруст". Имеется небольшой перекос таза, умеренный сколиоз. При ходьбе в последнее время появляются боли в стопах, икрах.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз. Предложите план лечения для амбулаторных и стационарных условий.

Задача 5. Больной 45 лет обратился с жалобами на боль в левом коленном суставе и невозможность полного разгибания голени. Полгода назад была травма сустава во время спортивных соревнований, по этому поводу была наложена на неделю задняя гипсовая лонгета, постепенно боль прошла, но периодически сустав опухал. Объективно: в суставе определяется небольшое количество жидкости, голень в положении сгибания 160°, попытка пассивного разгибания голени очень болезненна, давление на суставную щель кнутри от собственной связки надколенника также болезненно. Назовите диагноз повреждения, какие симптомы его подтверждают и к чему данное повреждение может способствовать в отдаленных случаях, роль рентгенографии в диагностике, перечислите лечебные мероприятия в настоящее время, способ радикального лечения на современном уровне.

Задача 6. При прыжке с высоты больной 27 лет подвернул левую ногу кнутри. Появилась резкая боль в колене, наступать на ногу стало невозможно. Коленный сустав утолщен, поперечник голени на уровне ее мыщелков увеличен. При пальпации по внутренней поверхности сустава – резкая боль и костная крепитация. Варусная деформация нижней конечности в области коленного сустава. Общее состояние стабильное. Р=125/70 мм рт.ст. Расстройств чувствительности нет. Назовите предположительный диагноз повреждения, перечислите диагностические и лечебные мероприятия, способ хирургической коррекции повреждения, какие повреждение следует исключить или подтвердить, возможные последствия данного повреждения и почему.

Задача 7. Больная М., 23 лет, упала дома со стремянки. Почувствовала редкую боль в правом коленном суставе, сустав резко "опух". Родственниками доставлена на личном автотранспорте в травматологический пункт.

При осмотре: правый коленный сустав резко увеличен в объеме, в полости сустава определяется выпот (симптом "баллотирования" надколенника положительный). При пальпации болезненность по внутренней поверхности коленного сустава. Больная полностью разгибает сустав, сгибание возможно до угла 150 градусов, но вызывает усиление боли. Правая голень при исследовании стабильности сустава отводится от анатомической оси конечности на 20 градусов, левая – на 5 градусов. При отведении правой голени возникает резкая боль.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова должна была бы быть транспортная иммобилизация коленного сустава?
3. Какую первую врачебную помощь необходимо оказать этой больной?
4. Какие дополнительные методы исследования показаны?
5. Какие методы лечения подобных повреждений используются в клинике?

Задача 8. Больной 23 лет обратился в хирургический кабинет поликлиники с жалобами на боли в правом коленном суставе, периодически наступающее "заклинивание" сустава. Болен около двух лет, когда получил травму сустава при игре в футбол. К врачу не обращался, лечился домашними средствами (растирания, компрессы). Периодически носил наколенник. За четыре дня до обращения, выходя из автомашины, подвернул ногу, вновь почувствовал боль в коленном суставе, не мог разогнуть ногу, затем при каком-то движении "сустав встал на место".

При осмотре: коленный сустав фиксирован наколенником. По снятии наколенника отмечается сглаженность контуров сустава, атрофия мышц правого бедра. В полости сустава определяется небольшой выпот (надколенник "баллотирует"). Положительные симптомы Чаклина, "ладони", Байкова, Мак-Маррея.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. В чем заключаются перечисленные выше симптомы повреждения коленного сустава?

3. Знаете ли вы какие-либо еще симптомы характерные для этого повреждения?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы и возможны?
5. Какова лечебная тактика?

Задача 9. Больной, 47 лет, поступил в ортопедическое отделение с жалобами на боль в левом коленном суставе. Со слов больного, страдает болями в течение 4 лет. Отмечает, что боли в суставе связаны с физической нагрузкой. Часто бывает утром при вставании с постели и вечером в конце рабочего дня. В покое боли в суставе проходят. Больной работает токарем и целый день стоит на ногах. Последние 1.5 года боли стали более интенсивными и, кроме этого, периодически стал опухать сустав.

При осмотре: левый коленный сустав увеличен в объеме, движения в нем незначительно ограничены.

На рентгенограммах: сужение щели коленного сустава, незначительный склероз замыкательных пластин.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План общей медикаментозной терапии заболевания?
3. Местная терапия заболевания?
4. Прогноз заболевания?
5. Какие методы оперативного лечения возможны в случае прогрессирования заболевания?

Задача 10.

Больная М., 23 лет, упала дома со стремянки. Почувствовала редкую боль в правом коленном суставе, сустав резко "опух". Родственниками доставлена на личном автотранспорте в травматологический пункт.

При осмотре: правый коленный сустав резко увеличен в объеме, в полости сустава определяется выпот (симптом "баллотирования" надколенника положительный). При пальпации болезненность по внутренней поверхности коленного сустава. Больная полностью разгибает сустав, сгибание возможно до угла 150 градусов, но вызывает усиление боли. Правая голень при исследовании стабильности сустава отводится от анатомической оси конечности на 20 градусов, левая - на 5 градусов. При отведении правой голени возникает резкая боль.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова должна была бы быть транспортная иммобилизация коленного сустава?
3. Какую первую врачебную помощь необходимо оказать этой больной?
4. Какие дополнительные методы исследования показаны?
5. Какие методы лечения подобных повреждений используются в клинике?

Задача 11. На прием к хирургу районной поликлиники обратился мужчина Д., 28 лет, который вчера, катаясь на лыжах, неудачно повернулся корпусом, после чего почувствовал хруст и боли в правом коленном суставе. Возникло ограничение движений в нем. С трудом добрался домой, ступая на полусогнутую ногу. Появился отек колена, заметно увеличивавшийся, боли усилились. При обследовании: вынужденное положение сгибания в правом коленном суставе при сгибании под углом 160°, увеличение объема, сглаживание контуров сустава. При пальпации имеется баллотирование надколенника, болезненность в проекции щели сустава кнутри от надколенника, которая при попытке разгибания в суставе усиливается. На Р-грамме коленного сустава костной патологии не обнаружено.

1. Диагноз
2. Какие наиболее характерные анамнестические и клинические симптомы для данной травмы имеются у больного?
3. Следует ли произвести транспортную иммобилизацию конечности?
4. Будете ли выполнять пункцию коленного сустава в поликлинике?
5. Показано ли стационарное лечение?

Задача 12. Служащий С., 27 лет, обратился к хирургу поселковой больницы с жалобами на боли в левом коленном суставе, неустойчивость ноги. Вера во время игры в футбол во дворе на ногу ему упал соперник. Боль в колене в течении ночи усилились. Объективно: коленный сустав отечен, контуры его сглажены. При пальпации по наружной поверхности определяется болезненность, движения в суставе из-за болей ограничены. Определяется боковая патологическая подвижность. Отсутствует активное разгибание стопы, имеется снижение чувствительности по наружной поверхности голени и тылу стопы. На Р-грамме левого коленного сустава костных повреждений не выявлено.

1. Установите диагноз.

2. С чем связано отсутствие активного разгибание стопы?
3. Необходима ли транспортная иммобилизация?
4. Показано ли стационарное лечение? Если да, то в каком отделении?
5. Какое лечение Вы будете рекомендовать пациенту по поводу разрыва связки?
6. В консультации какого специалиста нуждается больной?

Задача 13. Футболист М., 28 лет, во время игры получил удар ногой в заднюю поверхность левой голени. Появились сильные боли в колене, дальше играть не смог. Лечился и наблюдался в спортивном центре, где применялась фиксация колена, была выполнена пункция сустава и назначены физиопроцедуры. Через месяц после травмы направлен на консультацию травматолога. Объективно: контуры левого коленного сустава сглажены, имеется положительный симптом баллотирования надколенника. Положительный симптом Байкова, Ланда. При согнутом колене легко достигается избыточное смещение голени кпереди. При ходьбе полностью наступить на ногу не может?

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Как называется симптом избыточного смещения голени кпереди?
3. Для повреждения какого внутрисуставного образования он характерен?
4. Ваша дальнейшая лечебная тактика.

Задача 14. На прием к ортопеду обратился ученик 15 лет с жалобами на боли в левом коленном суставе, которые появились около года назад. В последние 2 месяца неоднократно происходило «заклинивание» в суставе. Травму в анамнезе отрицает. При обследовании: контуры сустава умеренно сглажены умеренно выраженное баллотирования надколенника. Амплитуда движений в коленном суставе полная. На Р-грамме определяется дефект суставной поверхности наружного мыщелка бедренной кости, в суставе позади надколенника – округлая тень, по плотности близкая к костным размерам 1,5x1 см.

1. Установите диагноз
2. Какое лечение порекомендуете больному?
3. С помощью какого прибора можно его осуществить?

Задача 15.

К врачу-хирургу районной поликлиники обратился строитель М., 48 лет, с жалобами на боли в правом коленном суставе, повторяющиеся «заклинивая» в нем, после чего увеличивается объем сустава. Отчетливых указаний на травму в анамнезе нет. При обследовании: имеется слабо выраженный синдром баллотирования надколенника. Выше надколенника пальпируется плотное подвижное образование. Сгибание в колене полное, разгибание ограничено до 170°. На Р-грамме: правого коленного сустава в верхнем завороте определяется тень с неровными контурами размером 1,5 x 1 см, в переднем отделе сустава – 3 округлых образования, менее контрастных размерами 0,5 x 0,5 см.

1. Какая патология коленного сустава у данного пациента?
2. Будете лечить больного консервативно или предпримете оперативное лечение?
3. Какой способ оперативного лечения является предпочтительным?

Задача 16. В хирургическое отделение районной больницы поступил шофер К., 55 лет с жалобами на боли в правом коленном суставе, усиливающиеся к концу дня, ограничение движений в нем. Считает себя больным с 3-3,5 лет, когда появились боли по утрам при начале ходьбы. В дальнейшем боли стали усиливаться особенно после физических нагрузок, стал ощущать хруст в колене. Прием анальгетиков особого эффекта не приносит. Объективно: сустав увеличен в объеме, более теплый на ощупь, умеренно выраженный симптом баллотирования надколенника. Имеется локальная болезненность в проекции внутреннего мыщелка бедра и б/берцовой кости. На Р-грамме правого коленного сустава отмечается сужение суставной щели, небольшие остеофиты на надколеннике и мыщелках б/берцовой кости, субхондральный склероз суставных поверхностей б/берцовой кости.

1. Установите диагноз.
2. Нуждается ли больной в оперативном лечении?
3. Составьте план лечебных мероприятий.

Задача 17. Больная Д., 70 лет, два дня назад во дворе дома упала на левый бок. Появились боли, самостоятельно подняться не могла. Была доставлена родственниками на травмпункт, где после обследования травматологом выявлен подголовчатый приводящий перелом левого бедра и больная направлена в травматологическое отделение. При клиническом и лабораторном обследовании выраженных нарушений со стороны внутренних органов не выявлено?

1. Показано ли данной больной хирургическое лечение?
2. Если да, то какому методу операции следует отдать предпочтение?
3. Сроки нагрузки на конечность.

Задача 18. Мужчина 33 лет, программист, в течение 2х выходных дней выполнял тяжелую физическую работу. Спустя 2 недели после этого ощутил боли в правом паху с иррадиацией в колено. Продолжал ходить, однако боли усилились, что заставило обратиться на прием к травматологу. При клинико-рентгенологическом исследовании выявлен чрезшеечный перелом правого бедра, шеечно-диафизарный угол равен 115° , в связи с чем госпитализирован в травматологическое отделение.

1. О каком характере перелома следует думать у данного больного?
2. Какой дополнительный метод исследования целесообразно произвести?
3. Какой способ лечения показан данному пациенту?

Задача 19. Рабочий К., 29 лет, упал с 5 метровой высоты на расположенные внизу железобетонные балки. На месте травмы медпомощь оказана фельдшером - наложена асептическая повязка на рану левого плеча и транспортная иммобилизация левой верхней конечности. Доставлен на травмпункт машиной скорой помощи. Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная. Жалуется на общую слабость, боли области левого плеча. После снятия повязки: рваная рана в средней трети левого плеча размером 6,5 на 4 см. Кровотечение незначительное. В ране видны пропитанные кровью мышцы и участок кости. При движении в плечевом суставе отмечается патологическая подвижность на уровне раны. Нервно-сосудистых расстройств на левой верхней конечности нет. Пульс 90 ударов в мин., артериальное давление 105/70 мм рт. столба.

1. Установите диагноз.
2. Объем медпомощи на травмпункте.
3. План дальнейшего обследования.
4. Метод лечения.
5. Способ фиксации плечевой кости.
6. Лечебные мероприятия после операции.
7. Средние сроки лечения.

Задача 20. Женщина Б., 68 лет, упала на улице ударившись областью правого тазобедренного сустава. Доставлена машиной скорой помощи в приемной отделение дежурной больницы с предположительным диагнозом перелома шейки бедренной кости.

Вопросы:

1. Что Вы ожидаете увидеть при осмотре?
2. Какой вид укорочения конечности может быть у больного?
3. Что определите при пальпации?
4. В какой области следует ее проводить?
5. Назовите рентгенологические признаки, которые могут подтвердить диагноз.

Тестовые задания:

1. 1-2 ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ

- А EPB, APL – ECRL, ECRB
- Б EPL, ECRB – EDC
- В EDq – ECU
- Г EDC – EDq

2. ТРЕХГРАННО-КРЮЧКОВИДНОЙ ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ

- А EDq – ECU
- Б ECRB-EDC
- В EDC-EDq
- Г EPB-ECRL

3. -5 ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ

- А EDC-EDq
- Б EPL, ECRB-EDC
- В EPL-ECRL

- Г EDq-ECU
4. 3-4 ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ
- А EPL-ECRL
 Б EDq-ECU
 В EPL, ECRB,-EDC
 Г EDC-EDq
5. СРЕДНЕЗАПЯСТНЫЙ ЛУЧЕВОЙ ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ
- А EDq- ECU
 Б ECRB- EDC
 В EPB- ECRL
 Г EDC- EDq
6. 6R ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ
- А EDq-ECU
 Б EPL-ECRL
 В EDC – Edq
 Г EPL,ECRB – EDC
7. ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ ВТОРОГО ЭТАПА РЕВИЗИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АНТИБИОТИК ДОЛЖЕН БЫТЬ ОТМЕНЕН ЗА (В ДНЯХ)
- А 2
 Б 14
 В 21
 Г 7
8. САМЫМ ЧАСТЫМ РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РЕВЕРСИВНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА
- А парез подмышечного нерва
 Б асептическая нестабильность гленоидального компонента
 В парапротезная инфекция
 Г вывих
9. ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ В ЧАСАХ
- А 122
 Б 72
 В 94
 Г 24
10. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А концентрация креатинина
 Б количество лейкоцитов крови
 В цитоз в аспирате из полости сустава
 Г СОЭ
11. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОГО КОНТРОЛЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТА С ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ УРОВЕНЬ
- А Креатинина
 Б Глюкозы
 В Альбумина
 Г Общего белка
12. ПЕРВЫЙ ЭТАП ДВУХЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА
- А Имплантации антимикробного спейсера
 Б Сохранение эндопротеза
 В Проточно-промывном дренировании
 Г Длительной антибактериальной терапии

13. ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ:
- А Ортезное сопровождение, лекарственную поддержку бисфосфонатами, превентивное интрамедуллярное телескопическое армирование
 - Б Антигравитационное экзоскелетирование
 - В Ампутацию с адекватным протезированием
 - Г Эндопротезирование суставов
14. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПОСЛЕ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА В ЗАПЯСТНО-ПЯСТНЫХ СУСТАВАХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В __ СРОКОМ НА 4-5 НЕДЕЛЬ:
- А среднефизиологическом положении кисти
 - Б положении ладонного сгибания и лучевой девиации кисти
 - В положении тыльного сгибания кисти под углом 50°
 - Г положении ладонного сгибания кисти под углом 50°
15. ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ВЕРОЯТНОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ __ НЕРВА:
- А локтевого
 - Б лучевого
 - В срединного
 - Г подмышечного
16. ВСЕМ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ УЗИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА:
- А однократно
 - Б дважды
 - В каждый месяц
 - Г один раз в три месяца
17. БОКОВАЯ ПУНКЦИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ:
- А между внутренним надмышцелком и локтевым отростком
 - Б между наружным надмышцелком и головкой лучевой кости при согнутом под прямым углом верхней конечности
 - В книзу от наружного надмышцелка и кнаружи от локтевого отростка
 - Г над верхушкой венечного отростка при разогнутой верхней конечности
18. РИСК РАЗВИТИЯ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ВЫШЕ У ПАЦИЕНТОВ С
- А гнойным гонитом в анамнезе
 - Б варусной деформацией коленного сустава
 - В повреждением менисков в анамнезе
 - наличием кисты Бейкера
19. РАСШИРЕНИЕ СУСТАВА КРЮВЕЛЬЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
- А транслигаментозного вывиха атланта
 - Б трансдентального вывиха атланта
 - В «перелома палача»
 - Г «перелома землекопа»
20. АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНЫЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ
- А блоковидным
 - Б эллиптическим
 - В плоским
 - Г седловидным
21. МНОЖЕСТВЕННЫЕ КОНТРАКТУРЫ КРУПНЫХ И МЕЛКИХ СУСТАВОВ И ВЫРАЖЕННАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
- А детского церебрального паралича
 - Б фиброзной дисплазии
 - В нейрофиброматоза
 - Г артрогрипоза
22. ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНЫЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ
- А плоским
 - Б эллиптическим

- В седловидным
Г блоковидным
23. ПРИ МНОГООСКОЛЬЧАТОМ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОКАЗАНО ПАЦИЕНТАМ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)
А старше 60 лет
Б 30-39
В 40-49
Г 50-59
24. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗА ЛОКТЕВОГО СУСТАВА 3 СТЕПЕНИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 65 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ
А артролиз
Б артродез
В хондропластика
Г эндопротезирование
25. СТРЕСС-ШИЛДИНГ СИНДРОМ, КАК НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ, МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ___ СУСТАВА
А плечевого
Б тазобедренного
В голеностопного
Г I плюснефалангового
26. СГИБАНИЕ В ЛОКТЕОМ СУСТАВЕ В НОРМЕ ВОЗМОЖНО ДО УГЛА
А 45-50
Б 25-30
В 40-45
Г 10-15
27. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТА НАДАЦЕТАБУЛЯРНОГО МАССИВА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ
А костная аутопластика
Б аугментация пористым металлом
В использование реконструктивного кольца
Г пластика аллокостью
28. ПЕРЕДНЯЯ ПУНКЦИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ
А книзу от заднего края верхушки акромиального отростка лопатки между задним краем дельтовидной мышцы и нижним краем надостной мышцы
Б между клювовидным отростком лопатки и акромиальным концом ключицы
В между акромиальным отростком лопатки и большим бугорком плечевой кости
Г между большим бугорком плечевой кости и клювовидным отростком лопатки
29. ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ВЕРОЯТНОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ _____ НЕРВА
А срединного
Б локтевого
В подмышечного
Г лучевого
30. АРТРОТОМИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНА В ПРОЕКЦИИ _____ БОРОЗДЫ
А задней медиальной
Б задней латеральной
В передней латеральной
Г передней медиальной
31. ВРОЖДЕННЫЙ ЛОЖНЫЙ СУСТАВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛОКАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ
А ахондроплазии
Б фиброзной дисплазии
В миелодисплазии
Г нейрофиброматоза

32. АМПЛИТУДА ПРИВЕДЕНИЯ В ЛУЧЕЗАПЯСТНОМ СУСТАВЕ МАКСИМАЛЬНА ПРИБИ
А супинации
Б тыльной флексии
В пронации
Г ладонной флексии
33. ПОД OFFSET ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОНИМАЮТ РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ
А большим вертелом и верхней передней остью
Б центром ротации головки бедра и осью бедренной кости
В Малым вертелом и седалищным бугром
Г вертелами бедра
34. ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТ ПРИ
А вмешательствах по поводу деформаций стопы
Б эндопротезирование тазобедренного, коленного и голеностопного суставов
В Операциях на мягких тканях нижних конечностей с последующей иммобилизации
Г эндоскопических операциях на суставах нижних конечностей
35. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ПЕРВУЮ НЕДЕЛЮ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ
А дарсонвализация
Б парафинотерапия
В Магнитотерпия
Г грязелечение
36. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ TSUKAYAMA (1996) К III ТИПУ ОТНОСЯТ ___ ИНФЕКЦИЮ
А положительную интраоперационную
Б острую послеоперационную
В острую гематогенную
Г позднюю хроническую
37. ПЕРИПРОТЕЗНЫЙ ПЕРЕЛОМ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ТИПА «С» ПО ВАНКУВЕРСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЛЕЧИТСЯ
А с использованием бедренных компонентов дистальной фиксации
Б при помощи серкляжного шва
В при помощи остеосинтеза пластиной с винтами
Г с использованием импакционной костной пластики
38. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗА ЛОКТЕВОГО СУСТАВА 3 СТЕПЕНИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 65 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ
А артролиз
Б эндопротезирование
В хондропластика
Г артродез
39. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ПО ТЕХНОЛОГИИ ПОПКОВЫХ ЛЕЖИТ
А максимальная резекция диспластической костной ткани
Б увеличение распространённости сосудистой сети и массы костной ткани как со стороны периоста, так и со стороны эндостальной поверхности (интрамедулярного канала)
В иссечение гемартроматозной фиброзной ткани периоста
Г трансплантация аллокости
40. КОЛЕННЫЙ СУСТАВ ПО ФОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А блоковым
Б плоским
В мышечковым
Г сложным
41. ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ
А шаровидным
Б эллипсоидным
В блоковидным

- Г чашеобразным
42. ЗАДНЯЯ ПУНКЦИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ
- А между латеральным надмышелком и локтевым отростком при согнутой под прямым углом верхней конечности
- Б над вершущкой локтевого отростка при согнутой под прямым углом верхней конечности
- В над вершущкой венечного отростка при разогнутой верхней конечности
- Г над вершущкой локтевого отростка при разогнутой верхней конечности
43. ВРОЖДЕННЫЙ ЛОЖНЫЙ СУСТАВ СВЯЗАН С НЕЙРОФИБРОМАТОЗОМ В ___% СЛУЧАЕВ
- А 10-25
- Б 70
- В 100
- Г 50-55
44. ВНУТРИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НАХОДЯТСЯ
- А Подвздошно-бедренная и лобково бедренная связки
- Б Подвздошно-бедренная и седалищно-бедренная связки
- В Связка головки бедренной кости и поперечная связка вертлужной впадины
- Г Головки бедренной кости и лобково-бедренная связки
45. ПО ФОРМЕ ПРОКСИМАЛЬНЫЙ ЛУЧЕ-ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ
- А седловидным
- Б цилиндрическим
- В плоским
- Г эллиптическим
46. ВЫВИХИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ СУСТАВНЫХ ОТРОСТКОВ ЛУЧШЕ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ В
- А прямой проекции
- Б проекции $\frac{3}{4}$
- В боковой проекции
- Г аксиальной проекции
47. РЕНГЕНОГРАФИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ДИСПЛАЗИЮ
- А проводится в 1 месяц
- Б не проводится
- В проводится в 1 год
- Г проводится с 3 месячного возраста
48. ЧРЕЗДЕЛЬТОВИДНЫЙ ДОСТУП К ПЛЕЧЕВОМУ СУСТАВУ ОПАСЕН ПОВРЕЖДЕНИЕМ
- А подмышечного нерва
- Б латерального кожного нерва плеча
- В мышечно-кожного нерва
- Г лучевого нерва
49. ВО ВРЕМЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ С НЕДОПОКРЫТИЕМ ВПАДИНЫ БОЛЕЕ 30% ПОКАЗАНО
- А применение синтетических заменителей кости.
- Б выполнение импакционной костной пластики
- В выполнение пластики наацетабулярного массива структурным костным трансплантатом
- Г. использование индивидуального 3D конструкции
50. СУСТАВНАЯ ЛИНИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ПРОВОДИТСЯ
- А по наиболее выступающим точкам головчатого возвышения и блока плечевой кости
- Б перпендикулярно анатомической оси плечевой кости на уровне наиболее выступающих точек ее блока
- В перпендикулярно механической оси верхней конечности на уровне центра головчатого возвышения плечевой кости
- Г перпендикулярно анатомической оси плечевой кости на уровне её надмышелков.

51. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗА ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА 3 СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А резекция
 - Б эндопротезирование
 - В артродез
 - Г артроскопический дебридмент
52. ДОПУСТИМОЕ ОТКЛОНЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОСИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ)
- А 15
 - Б 10
 - В 6
 - Г 3
53. БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ЛАТЕРАЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ПЛЕЧА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С КОМПРЕССИЕЙ СПИННОМОЗГОВОГО НЕРВА НА УРОВНЕ _____ СЕГМЕНТА
- А С6
 - Б С7
 - В С8
 - Г С5
54. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ВЫВИХИ ПЛЕЧА
- А книзу
 - Б кпереди
 - В кнутри
 - Г кзади
55. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПУНКЦИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПУНКЦИЯ
- А передняя
 - Б задняя
 - В боковая
 - Г передне-боковая
56. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРОЙНОЙ ОСТЕОТОМИИ ТАЗА ПРИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ОТНОСЯТ
- А возраст ребенка 9 лет
 - Б коксартроз 1 стадии
 - В угол Виберга менее 20 градусов и угол Шарпа более 50 градусов
 - Г отсутствие конгруэнтности суставных поверхностей (коксартроз 3 стадии)
57. ИМПЛАНТАТЫ, ИЗГОТОВЛЕННЫЕ ИЗ ОКСИДОВ ТИТАНА, ПО АКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ НА РЕПАРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ОТНОСЯТ К
- А биоактивные
 - Б биотолерантные
 - В биоинертные
 - Г резорбируемые
58. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ СПОСОБОМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛОГО ЗАДНЕГО ВЫВИХА ПЛЕЧА ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ
- А Латарже
 - Б Банкарта
 - В Вайнштейн 2
 - Г МакЛафлина
59. ПОД БОЛЕЗНЬЮ ГАССА ПОНИМАЮТ
- А остеохондропатия головки плечевой кости
 - Б остеохондропатию головки мыщелка плечевой кости
 - В остеохондропатию бугристости большеберцовой кости
 - Г остеохондропатию ладьевидной кости стопы
60. НАИБОЛЬШИЙ ОБЪЕМ ДВИЖЕНИЙ В ЛУЧЕЗАПЯСТНОМ СУСТАВЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОЛОЖЕНИИ КИСТИ
- А лучевой девиации

- Б полной ладонной флексии
В локтевой девиации
Г нейтральном
61. 6R ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ
А EDq-ECU
Б EPL-ECRL
В EDC – Edq
Г EPL,ECRB – EDC
62. КЛИНИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА (ТРЕУГОЛЬНИКОМ ГЮНТЕРА) НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А верхушка локтевого отростка
Б Наружный надмышелок
В внутренний надмышелок
Г локтевая вырезка
63. КАПСУЛА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА НА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРИКРЕПЛЯЕТСЯ К ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
А анатомической шейке
Б хирургической шейке
В большому бугорку
Г малому бугорку
64. КОЛЕННЫЙ СУСТАВ ПО ФОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А мышечковым
Б сложным
В блоковым
Г плоским
65. НЕ ОБРАЗУЕТ СУСТАВНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА КОСТЬ
А лучевая
Б полулунная
В ладьевидная
Г локтевая
66. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПОВРЕЖДЕНИЕ _____ НЕРВА
А латерального кожного нерва икры
Б глубокого малоберцового
В большеберцового
Г общего малоберцового
67. К КАПСУЛЕ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА СЗАДИ ПРИЛЕЖИТ _____ НЕРВ
А срединный
Б локтевой
В мышечно-кожный
Г. лучевой
68. К ПЕРВИЧНО-ОСЛОЖНЕННОМУ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ОТНОСИТСЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ
А при дисплазии I степени по Crowe
Б при асептическом некрозе головки бедренной кости
В с устранением угловой деформации путём остеотомии
Г при медиальном переломе шейки бедренной кости
69. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЭНДПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ
А наличие кисты Бейкера
Б рецидивирующий вывих надколенника
В парез малоберцового нерва
Г отсутствие активного разгибания голени

70. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТА НАДАЦЕТАБУЛЯРНОГО МАССИВА ПРИ ЭНДОПТЕЗИРОВАНИИ МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А костная аутопластика
- Б использование реконструктивного кольца
- В аугментация пористым металлом
- Г пластика аллокостью

71. ОДНОМЫШЦЕЛКОВОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА НЕЛЬЗЯ ВЫПОЛНЯТЬ ПРИ

- А повреждении передней крестообразной связки
- Б кистозной перестройки медиального мыщелка бедра
- В варусной деформации колена более 5 градусов
- Г повреждении медиального мениска

72. К ПОКАЗАНИЯМ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ОТНОСЯТ

- А перелом хирургической шейки и большого бугорка
- Б артроз плечевого сустава терминальных стадий и наличие болевого синдрома
- В острый артрит плечевого сустава
- Г привычный вывих плеча

73. ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ ОПТИМАЛЬНА

- А до выписки из стационара
- Б 5-6 недель
- В до восстановления обычного двигательного режима
- Г 2 недели

74. ПО ФОРМЕ ПЛЕЧЕ-ЛУЧЕВОЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А шаровидным
- Б цилиндрическим
- В блоковидным
- Г седловидным

75. ОСНОВНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ОБЫЧНО СЧИТАЮТ

- А атеросклероз сосудов
- Б дистрофические изменения в костной ткани
- В дисплазию мышечной ткани
- Г гиперсклероз кости

76. ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ТИПОВ 1-А И 1-В ПО ТЕХНОЛОГИИ ПОПКОВЫХ ИМЕЕТ

- А возрастание укорочения конечности в 100% случаев;
- Б Отсутствие консолидации в 50% случаев
- В Отсутствие неудовлетворительных исходов
- Г Рецидив псевдоартроза в 100% случаев.

77. ПРИ ЗАДНЕЙ ПУНКЦИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ МОЖЕТ БЫТЬ ПОВРЕЖДЕН _____ НЕРВ

- А подмышечный
- Б срединный
- В лучевой
- Г локтевой

78. СГИБАНИЕ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ В НОРМЕ ВОЗМОЖНО ДО УГЛА (В ГРАДУСАХ)

- А 60-65
- Б 40-45
- В 70-75
- Г 50-55

79. АРТРОТОМИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНА В ПРОЕКЦИИ _____ БОРОЗДЫ

- А передней латеральной

- Б задней латеральной
В задней медиальной
80. ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ
А шаровидным
Б блоковидным
В чашеобразным
Г эллипсоидным
81. ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ ОБРАЗОВАН
А кловидным отростком лопатки и головкой плечевой кости
Б суставной поверхностью лопатки и головкой плечевой кости
В акромиальным отростком лопатки и головкой плечевой кости
Г суставной поверхностью ключицы и акромиальным отростком лопатки
82. ВРОЖДЕННЫЙ ЛОЖНЫЙ СУСТАВ ОБУСЛОВЛЕН ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ КОСТИ В ____ % СЛУЧАЕВ
А 40
Б 50
В 15
Г 30
83. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ ПАРЕЗ __ НЕРВА
А малоберцового
Б бедренного
В большеберцового
Г седалищного
84. НОРМАЛЬНОЕ ОТКЛОНЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОСИ ОТ ЦЕНТРА КОЛЕННОГО СУСТАВА СОСТАВЛЯЕТ
А 0 мм
Б $11,7 \pm 6,8$ мм кнаружи
В $4,1 \pm 4$ мм кнаружи
Г $4,1 \pm 4$ мм кнутри
85. В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ ВОЗМОЖНЫ ДВИЖЕНИЯ ПО ____ ОСИ/ОСЯМ
А 1
Б 2
В 4
Г 3
86. В КАКОМ ГОДУ ВПЕРВЫЕ БЫЛ ОПРОБОВАН ЭНДОПРОТЕЗ ИЗ СЛОНОВЬЕЙ КОСТИ:
А 1888
Б 1890
В 1900
Г 1903
87. ПЕРВЫЙ БЕСЦЕМЕНТНЫЙ ЭНДОПРОТЕЗ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА БЫЛ УСТАНОВЛЕН:
А 1915
Б 1935
В 1938
Г 1942
88. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ КОТОРУЮ РЕШАЕТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ЭТО:
А Устранение деформации конечности
Б Устранение болевого синдрома
В Восстановление функции сустава в полном объеме
89. ПОКАЗАНО ЛИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ НАЛИЧИИ ГРУБЫХ И ОБШИРНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВ, СПЯЯННЫХ С ПОДЛЕЖАЩЕЙ КОСТЬЮ В ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА, ПРИЗНАКОВ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА:

- А да
Б Нет
90. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДОСТОВЕРНО ПОДТВЕРДИТ НАЛИЧИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕНИСКО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА:
А Рентгенография
Б КТ
В МРТ
Г УЗИ
91. НАЛИЧИЕ КАКОГО СИМПТОМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПРИ РАЗРЫВЕ ВНУТРЕННЕЙ БОКОВОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА:
А избыточная подвижность
Б боковое отклонение голени кнутри
В боковое отклонение голени кнаружи, не превышающее 10 градусов
Г наружное отклонение голени более 10 градусов
92. ДЛЯ КАКИХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМА «БЛОКАДЫ» КОЛЕННОГО СУСТАВА:
А перелом надколенника
Б разрыв мениска
В хондроматоз
Г рассекающий остеохондрит мыщелка бедра
Д разрыв передней крестообразной связки
93. Следует ли проводить эндопротезирование локтевого сустава, если имеется его анкилоз в функционально выгодном положении:
А да
Б нет
94. Типы нестабильности эндопротезов тазобедренного сустава:
А ацетабулярная, бедренная, тотальная
Б комбинированная, компенсированная, декомпенсированная
95. ДЛЯ КАКИХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМА «БЛОКАДЫ» КОЛЕННОГО СУСТАВА:
А перелом надколенника
Б разрыв мениска
В хондроматоз
Г рассекающий остеохондрит мыщелка бедра
Д разрыв передней крестообразной связки
96. ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ:
А затруднение больных при спуске с лестницы
Б затруднение больных при подъеме на лестницу
В затруднение при спуске и подъеме на лестницу
97. ПРИ КОНТРАСТНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНЫМ ОПРЕДЕЛИТЬ
А разрыв наружного мениска
Б разрыв внутреннего мениска
В наличие суставной "мышцы"
Г разрыв крестообразных связок
98. КАКОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ИМЕЕТ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ?
А острая инфекция
Б хроническая инфекция
В травма
Г охлаждение
Д аутоиммунная агрессия
99. ПОТРЕБНОСТЬ В РЕВИЗИОННОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ОТ ПЕРВИЧНОГО СОСТАВЛЯЕТ:
А 80%

- Б 60%
- В 40%
- Г 10-12%

100. УКАЖИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД КЛИНИКИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ:

- А 15-20 дней
- Б 10-15 дней
- В 5-10 дней
- Г 4-5 дней

101. РОЛЬ КОСТНОГО ЦЕМЕНТА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ СВОДИТСЯ К:

- А фиксации эндопротеза (компонентов)
- Б задержке репаративного процесса
- В положительному воздействию на репаративные процессы в зоне операции
- Г инкапсуляции
- Д резорбции

102. ЭФФЕКТИВНА ЛИ МРТ-ДИАГНОСТИКА У БОЛЬНЫХ, КОТОРЫМ ИМПЛАНТИРОВАНЫ НАМАГНИЧИВАЮЩИЕСЯ МЕТАЛЛОКОНСТРУКЦИИ:

- А да
- Б нет

103. АКТИВИЗАЦИЯ БОЛЬНОГО ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ:

- А ходьба на 3 день
- Б ходьба на 7 день
- В ходьба на 12 день

104. Физиолечение при эндопротезировании:

- А требуется через сутки
- Б требуется через 3 дня после операции
- В требуется через 1 неделю
- Г требуется в отдаленном периоде
- Д не требуется

105. ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСПЛАЗИИ (ВЫВИХА) ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В КАЧЕСТВЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- А асептический некроз головки бедра
- Б парез седалищного нерва
- В тугоподвижность в суставе

106. ТРАНСПОРТИРОВКА ПОСТРАДАВШИХ С ОТКРЫТЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А в лежачем положении на спине
- Б в лежачем положении на боку с приподнятой головой
- В в полусидячем положении
- Г в положении на животе
- Д в положении на спине с приподнятой головой

107. СИНДРОМ ИМПЛАНТАЦИИ КОСТНОГО ЦЕМЕНТА (BCIS) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А гипоксией
- Б гипотензией
- В потеря сознания
- Г тошнота/рвота

108. ЧАСТОТА СИНДРОМА ИМПЛАНТАЦИИ КОСТНОГО ЦЕМЕНТА (BCIS) В СООТВЕТСТВУЮЩИХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУРАХ СОСТАВЛЯЕТ:

- А 5%
- Б 10%
- В 15%
- Г 20%

109. ОТМЕТЬТЕ ОПТИМАЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ОБЛАСТИ ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА:

- А санация полости с сохранением протеза

- Б немедленное одноэтапное ревизионное эндопротезирование
В удаление эндопротеза
110. В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАНСПОРТИРОВКУ ПАЦИЕНТА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:
- А Лежа на каталке
Б Сидя
В Самостоятельно
111. ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ РЕКОМЕНДОВАНО САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЧЕРЕЗ:
- А 2 мес
Б 3 мес
В 5 мес
Г 6 мес
112. ПОЛНЫЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ДЛИТСЯ:
- А 3 мес.
Б 6 мес.
В 9 мес.
Г 10 мес.
113. ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ БУРСИТЕ ПРАВОГО КОЛЕННОГО СУСТАВА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ НА 3-Й ДЕНЬ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ:
- А электрического поля ультравысокой частоты
Б сульфидных ванн
В грязевых аппликаций
Г подводного душ-массажа
Д гальванизации
114. КАКИЕ ФОРМЫ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧА ТРАВМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА МОГУТ БЫТЬ НАПРАВЛЕНЫ НА ИНФОРМИРОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРИВОДЯЩИХ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ СУСТАВОВ:
- А Брошюра
Б Плакаты
В Беседа
Г Интернет
115. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ АРТРОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
- А уменьшение статических нагрузок на суставы с возрастом;
Б периодических инъекция в сустав препаратов гиалуроновой кислоты
В избегать фиксированных поз во время работы и отдыха;
Г умеренные спортивные нагрузки.
116. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ АРТРОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
- А использование ортезов
Б умеренные динамические нагрузки;
В избегать фиксированных поз во время работы и отдыха;
Г умеренные спортивные нагрузки.
117. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ АРТРОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
- А уменьшение статических нагрузок на суставы с возрастом;
Б умеренные динамические нагрузки;
В использование препаратов кальция и витамина Д
Г умеренные спортивные нагрузки.
118. У ПОСТРАДАВШЕГО С ТРАВМОЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПРАВИЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ
- А возможно
Б невозможно
В возможно лишь частично
Г возможно, но через много лет
Д потребует смены специальности

119.ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ПОМОЩЬЮ:

- А Неотложной
- Б Первичной медико-санитарной
- В Специализированной
- Г Высокотехнологичной

120.КАКОЙ СРЕДНЕСТАТИСТИЧЕСКИЙ СРОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ?

- А 15 дн.
- Б 3 мес.
- В 6 мес.
- Г 12 мес.

121.ЧТО НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРОВ И УСЛОВИЙ ДЛЯ ПРАВИЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ:

- А размер и подбор ацетабулярного компонента эндопротеза
- Б локализация нового ацетабулярного центра (центр вращения)
- В установление в предоперационном периоде наличия тяжелого ацетабулярного поражения или необходимость использования необычного размера ацетабулярного компонента эндопротеза.

122.ЗАВИСИТ ЛИ ТИП ФИКСАЦИИ БЕДРЕННОГО КОМПОНЕНТА ОТ АНАТОМИИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ:

- А да
- Б нет

123..ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КАКОГО СУСТАВА ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫПОЛНЯЕТСЯ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ:

- А Тазобедренного
- Б Плечевого
- В Локтевого
- Г Голеностопного

124. ПРИ АСЕПТИЧЕСКОМ НЕКРОЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРА ПОКАЗАНО:

- А тотальное эндопротезирование
- Б однополюсное эндопротезирование
- В остеотомия типа Мак-Маррея

125.ПРОКОЛ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ОПАСЕН В ЗОНЕ:

- А медиальнее локтевого отростка
- Б латеральнее локтевого отростка
- В над верхушкой локтевого отростка
- Г над головкой лучевой кости
- Д над венечным отростком локтевой кости

126.ПРИЗНАКИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ЭНДОПРОТЕЗОВ:

- А смещение эндопротеза, рентгенологическая” кайма”
- Б региональный остеопороз, региональный остеосклероз

127.ВИДЫ РЕВИЗИОННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ:

А санационная ревизия эндопротеза, замена модульной головки эндопротеза (тазобедренного сустава), замена эндопротеза, удаление эндопротеза

- Б ревизия сосудисто-нервного пучка, ампутация

128.СПОСОБЫ ЦЕМЕНТНОЙ ФИКСАЦИИ БЕДРЕННОГО КОМПОНЕНТА ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА:

- А пальцевое введение цемента, введение цемента при помощи шприца
- Б заливка цемента в костномозговой канал

129.В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ БУДЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНЫХ ПРИ ЧС В РАННЕМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ АРТРОСКОПИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА:

- А лежа
- Б сидя
- В на каталке

- Г самостоятельно
130. СПОСОБЫ БЕСЦЕМЕТНОЙ ФИКСАЦИИ БЕДРЕННОГО КОМПОНЕНТА ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА:
- А плотная посадка
 - Б фиксация три-клин
 - В погружная
 - Г винтовая
131. ПЕРЕДНЯЯ ПУНКЦИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ
- А между большим бугорком плечевой кости и клювовидным отростком лопатки
 - Б между клювовидным отростком лопатки и акромиальным концом ключицы
 - В между акромиальным отростком лопатки и большим бугорком плечевой кости
 - Г книзу от заднего края верхушки акромиального отростка лопатки между задним краем дельтовидной мышцы и нижним краем надостной мышцы
132. В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ ВОЗМОЖНЫ ДВИЖЕНИЯ ПО ___ ОСИ/ОСЯМ
- А 1
 - Б 2
 - В 4
 - Г 3
133. РЕФЕРЕНТНЫЕ ЛИНИИ И УГЛЫ (ЛИНИИ СУСТАВОВ, АНАТОМИЧЕСКИЕ И МЕХАНИЧЕСКИЕ ОСИ, И УГЛЫ) ИСПОЛЬЗУЮТ
- А только для планирования коррекции деформаций
 - Б для определения наличия деформации и планирования ее коррекции, для оценки точности репозиции перелома
 - В только для планирования коррекции врожденных деформаций
 - Г только для определения наличия деформации и планирования ее коррекции
134. НОРМАЛЬНОЕ ОТКЛОНЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОСИ ОТ ЦЕНТРА КОЛЕННОГО СУСТАВА СОСТАВЛЯЕТ
- А 0 мм
 - Б $11,7 \pm 6,8$ мм кнаружи
 - В $4,1 \pm 4$ мм кнаружи
 - Г $4,1 \pm 4$ мм кнутри
135. НЕЛОПОСТИМОЙ ТРИБОЛОГИЧЕСКОЙ ПАРОЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ
- А керамика-керамика
 - Б металл-полиэтилен
 - В керамика-полиэтилен
 - Г металл-керамика
136. Врожденный ложный сустав обусловлен фиброзной дисплазией кости в ____ % случаев
- А. 40
 - Б. 50
 - В. 15
 - Г. 30
137. К наиболее распространенным причинам отрыва сухожилия длинной головки бицепса плеча относят
- А дегенеративно-дистрофические изменения
 - Б разрыв ротаторной манжеты плеча
 - В воздействие низких температур
 - Г врожденную патологию.
138. Наиболее частым неврологическим осложнением эндопротезирования коленного сустава является парез ___ нерва
- А малоберцового
 - Б бедренного
 - В большеберцового

Г седалищного

139. БОЛЬНОЙ ПОСЛЕ АРТРОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ФАЗЫ ОПОРЫ (ОТ ОПОРЫ НА ПЯТКУ И ДО ОТРЫВА НОСКА) ДОЛЖЕН:

- А держать ногу разогнутой в коленном суставе
- Б держать ногу чуть согнутой в коленном суставе
- В ходить более уверенно и быстро
- Г давать полную нагрузку на коленные суставы

140. БЕСЦЕМЕНТНЫЙ МЕТОД ФИКСАЦИИ БОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН

- А для молодых пациентов
- Б для пожилых пациентов
- В для пациентов с остеопорозом
- Г для пациентов с болезнью Бехтерева

141. В ПРОЦЕССЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРОВОДИТСЯ:

А комплексная оценка больных, которым предстоит эндопротезирование
Б комплексная оценка больных, находящихся на реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава

В субъективная оценка состояния больных, которым предстоит операция по тотальному эндопротезированию тазобедренных суставов

Г комплексная оценка состояния больных, которым предстоит выписка из стационара после операции по поводу тотального эндопротезирования

142. КАКИЕ ВИДЫ АКТИВНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ РЕКОМЕНДУЕМЫМИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА?

- А бег, аэробика, контактные виды спорта
- Б плавание, гольф, вождение автомобиля
- В бальные танцы, лыжи, велосипед

143. КЛАССИЧЕСКИЙ ТОТАЛЬНЫЙ ЭНДОПРОТЕЗ СОСТОИТ ИЗ:

- А ножки, чашки и головки
- Б ножки, шейки и головки
- В шейки, чашки и головки
- Г ножки, чашки, вкладыша

144. ПОКАЗАНИЕМ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ:

- А болезнь Бетерева
- Б гонартроз
- В склеродермия
- Г вывих тазобедренного сустава

145. Клиническое течение хронической формы гонорейного артрита следует дифференцировать с ___ артритом и с ___

- А ревматоидным; болезнью бехтерева
- Б бруцеллезным; псориатическим артритом
- В бруцеллезным; болезнью бехтерева
- Г ревматоидным; бруцеллезным артритом

146. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ «БАМБУКОВОЙ ПАЛКИ» ХАРАКТЕРЕН

- А симптом бельца
- Б синдрома Ашара – Фуа - Крузона
- В болезни Бехтерева (анкилозирующий спондилит)
- Г нейромышечного сколиоза

147. В ФОРМИРОВАНИИ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА НЕ УЧАСТВУЕТ

- А головка плечевой кости
- Б суставная губа
- В суставная впадина лопатки
- Г головка мыщелка плечевой кости

148. СУСТАВНАЯ ЛИНИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ПРОВОДИТСЯ

- А. по наиболее выступающим точкам головчатого возвышения и блока плечевой кости

Б перпендикулярно анатомической оси плечевой кости на уровне наиболее выступающих точек ее блока

В. Перпендикулярно механической оси верхней конечности на уровне центра головчатого возвышения плечевой кости

Г. перпендикулярно анатомической оси плечевой кости на уровне её надмыщелков.

149. ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ 3 СТАДИИ С ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ УПРАЖНЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНЯТЬ

А. в положении стоя

Б. в колено-локтевом положении

В. В положении лежа

Г. с отягощением

150. ДОПУСТИМОЕ ОТКЛОНЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОСИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ)

А 15

Б 10

В 6

Г 3

3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения

Компетенция и ее содержимое		Наименование оценочного средства
Индекс индикатора (Зн.-Знания, У.-Умения, Н.-Навыки)	Содержание	
Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-5)		Тесты 1-150 Реферат 1-10 Задача 1-20
Зн.5.1	Перечень методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки тяжести состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследований и интерпретации результатов	
Зн.5.2	МКБ	
Зн.5.3	Анатомо-функциональное состояние костно-мышечной системы у пациентов при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы	
Зн.5.4	Заболевания и (или) состояния иных органов и систем, сопровождающиеся изменениями со стороны костно-мышечной системы	
Зн.5.5	Закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах	
Зн.5.6	Изменения костно-мышечной системы при иных заболеваниях	
Зн.5.7	Изменения костно-мышечной системы при иных заболеваниях, в том числе при профессиональных заболеваниях	
Зн.5.8	Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции костно-мышечной системы, на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации	
Зн.5.9	Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции опорно-двигательного аппарата, обусловленное заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани, на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации	

Зн.5.10	Методика осмотра и обследования пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Зн.5.11	Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Зн.5.12	Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей)
Зн.5.13	Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
Зн.5.14	Методы клинической и параклинической диагностики травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы
Зн.5.15	Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Зн.5.16	Профессиональные заболевания и (или) состояния костно-мышечной системы
Зн.5.17	Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Зн.5.18	Травмы, заболевания и (или) состояния костно-мышечной системы, требующие направления пациентов к врачам-специалистам
Зн.5.19	Травмы, заболевания и (или) состояния костно-мышечной системы, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме
Зн.5.20	Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы
У.5.1	Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции костно-мышечной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы
У.5.2	Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.5.3	Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.5.4	Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях
У.5.5	Интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы: ультразвуковое исследование мягких тканей, ультразвуковое сканирование суставов, ультразвуковая доплерография сосудов верхних и нижних конечностей, рентгенография, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, ангиография, радионуклидное исследование, денситометрия
У.5.6	Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного исследования пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы

У.5.7	Интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.5.8	Исполнение обязанностей специалиста в судебно-медицинских экспертизах в судебных заседаниях
У.5.9	Обосновывать и планировать объем инструментального и лабораторного исследования пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.5.10	Обосновывать и планировать объем лабораторного исследования пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.5.11	Обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.5.12	Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы
У.5.13	Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.5.14	Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции костно-мышечной системы
У.5.15	Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.5.16	Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, социального и профессионального анамнеза у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.5.17	Оценивать анатомо-функциональное состояние пациентов при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы
У.5.18	Пользоваться методами осмотра и обследования пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.5.19	Устанавливать диагноз с учетом действующей МКБ
Н.5.1	Проведение в составе комиссии медицинских экспертиз, в том числе судебно-медицинских экспертиз
Н.5.2	Выявление симптомов и синдромов осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в

	результате диагностических мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.5.3	Выявление симптомов и синдромов осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в стационарных условиях
Н.5.4	Интерпретация и анализ результатов инструментальных и лабораторных исследований пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.5.5	Направление пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.5.6	Направление пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.5.7	Направление пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы на лабораторное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.5.8	Обеспечение безопасности диагностических манипуляций
Н.5.9	Обоснование объема инструментального и лабораторного исследования пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.5.10	Определение медицинских показаний для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы
Н.5.11	Определение медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.5.12	Осмотр пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.5.13	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы и экспертизы временной нетрудоспособности, осуществляемой врачебной комиссией медицинской организации, оформление листа нетрудоспособности

Н.5.14	Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы	Тесты 1-150 Реферат 1-10 Задача 1-20
Н.5.15	Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)	
Н.5.16	Установление клинического диагноза в соответствии с МКБ	
Н.5.17	Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных исследований пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы	
Готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании ортопедической медицинской помощи (ПК-6)		
Зн.6.1	Порядок выдачи листков нетрудоспособности	
Зн.6.2	Порядок оказания медицинской помощи пациентам при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы	
Зн.6.3	Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы	
Зн.6.4	Медицинские вмешательства при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные	
Зн.6.5	Медицинские изделия, в том числе хирургический инструментарий, расходные материалы, применяемые при лечебных манипуляциях, лазерных и хирургических вмешательствах на костно-мышечной системе	
Зн.6.6	Медицинские показания и медицинские противопоказания для назначения ортопедических протезов в стационарных условиях, методы ухода за ними	
Зн.6.7	Методы лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
Зн.6.8	Методы немедикаментозного лечения травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы в стационарных условиях; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные	
Зн.6.9	Методы обезболивания, применяемые при оказании медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия"	
Зн.6.10	Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при оказании медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия"; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные	
Зн.6.11	Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "травматология и ортопедия"	
Зн.6.12	Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы	
Зн.6.13	Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы	

Зн.6.14	Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Зн.6.15	Принципы и методы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Зн.6.16	Принципы и методы хирургического лечения травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы в стационарных условиях; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные
Зн.6.17	Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Зн.6.18	Стандарты медицинской помощи при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани
Зн.6.19	Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи взрослым и детям при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы
Зн.6.20	Стандарты специализированной медицинской помощи при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы
Зн.6.21	Требования асептики и антисептики
У.6.1	Разрабатывать план лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.2	Разрабатывать план лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.3	Назначать лекарственные препараты в предоперационном периоде и в послеоперационном периоде
У.6.4	Назначать и использовать протезно-ортопедические изделия: корсеты, ортопедические аппараты и обувь, тьютора, брейсы
У.6.5	Разрабатывать схему послеоперационного ведения пациента, его реабилитацию, профилактику послеоперационных осложнений
У.6.6	Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, хирургических вмешательств
У.6.7	Проводить мониторинг течения заболевания и (или) состояния, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения
У.6.8	Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями

	(протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.9	Оформлять медицинские заключения по результатам медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функций костно-мышечной системы
У.6.10	Оформлять медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функции костно-мышечной системы
У.6.11	Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.12	Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях
У.6.13	Назначать немедикаментозное лечение пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.14	Назначать немедикаментозное лечение пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.15	Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.16	Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств
У.6.17	Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.18	Разрабатывать план подготовки пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к лечебным манипуляциям, лазерным и хирургическим вмешательствам
У.6.19	Разрабатывать план подготовки пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к хирургическому вмешательству или манипуляции
У.6.20	Выполнять лечебные манипуляции, лазерные и хирургические вмешательства пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.21	Выполнять хирургические вмешательства и манипуляции пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.22	Назначать, подбирать и использовать технические средства реабилитации (протезно-ортопедические изделия, корсеты, ортопедические аппараты и обувь, тьютора, брейсы)
У.6.23	Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения

У.6.24	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, контроль его эффективности и безопасности
У.6.25	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Н.6.1	Выполнение лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.2	Выполнение лечебных манипуляций, хирургических вмешательств пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.3	Назначение и подбор пациентам ортопедических средств при аномалиях развития конечностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.4	Назначение и подбор пациентам протезно-ортопедических изделий при аномалиях развития конечностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.5	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.6	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.7	Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, гирудотерапии пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.8	Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, гирудотерапии пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,

	клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
Н.6.9	Направление пациентов, имеющих стойкие нарушения функции костно-мышечной системы, обусловленные травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы	
Н.6.10	Оформление медицинских заключений по результатам медицинского освидетельствования в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функции костно-мышечной системы	
Н.6.11	Оценка результатов лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы	
Н.6.12	Оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы	
Н.6.13	Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы	
Н.6.14	Подготовка необходимой медицинской документации для пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы	
Н.6.15	Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, лазерных или хирургических вмешательств	
Н.6.16	Разработка плана лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
Н.6.17	Разработка плана лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи в предоперационном и послеоперационном периодах	

4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации

1. Эндопротезирование крупных суставов при заболеваниях и повреждениях. Показания к эндопротезированию, типы эндопротезов.
2. Гемартроз коленного сустава: причины, клинические признаки, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Повреждение менисков коленного сустава: клинические признаки, лечебная тактика. Определение понятия "блок коленного сустава". Значение артроскопии для диагностики и лечения данных повреждений.
4. Повреждение связочного аппарата коленного сустава: причины, клиническая и рентгенологическая диагностика, принципы лечения. Роль артроскопии в диагностике и лечении данных повреждений.
5. Способы ампутации конечностей. Показания и противопоказания к протезированию.
6. Диспансеризация ортопедотравматологических больных.
7. Показания и противопоказания к эндопротезированию локтевого сустава.
8. Дегенеративные поражения суставов кисти. Возможности эндопротезирования.
9. Диагностическая и лечебная артроскопия суставов конечностей.
10. Предоперационное планирование при эндопротезировании тазобедренного сустава.
11. Эндопротезирование тазобедренного сустава: виды протезов, показания и противопоказания
12. Эндоскопическая хирургия суставов.
13. Заболевания коленного сустава. Принципы хирургического лечения
14. Дегенеративные поражения суставов
15. Ортопедические последствия ревматоидного артрита. Хирургическое лечение

5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

Основная литература

1. Ревизионное эндопротезирование коленного сустава : руководство для врачей / под ред. Д. Дж. Джакофски, Э. К. Хедли ; пер. с англ. под ред. Н. В. Загороднего.-
2. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава : руководство для врачей / под ред. Д. Дж. Джакофски, Э. К. Хедли ; пер. с англ. под ред. Н. В. Загороднего.-М.,2016
3. Заболевания и повреждения плечевого сустава / К. В. Котенко [и др.]-М.:ГЭОТАР,2017
4. Кушнер В.А. Хирургия коленного сустава.-М.:Медицинская литература,2016
5. Барбер И. Хирургия плечевого и локтевого сустава.-М: Медицинская литература,2016
6. Котенко К. В., Заболевания и повреждения плечевого сустава [Электронный ресурс] / К. В. Котенко [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-4278-4 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442784.html>
7. Котельников Г.П., Травматология. Национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-4221-0 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442210.html>
8. Миронов С.П., Ортопедия [Электронный ресурс] / под ред. Миронова С.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 784 с. - ISBN 978-5-9704-4520-4 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445204.html>

Дополнительная литература

1. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Основы и практика : руководство / Н. В. Загородний.м.:ГЭОТАР,2014
2. Труфанов Г.Е.Лучевая диагностика повреждений и заболеваний лучезапястного сустава и запястья.-ЭЛБИ СПб,2016
3. МРТ. Суставы верхней конечности : руководство для врачей / под ред. Г. Е. Труфанова, В. А. Фокина. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.
4. Прохоренко, В.М. Эндопротезирование локтевого сустава / В. М. Прохоренко, А. Б. Слободский. - Новосибирск: Наука, 2014.

5. Прохоренко В.М. Первичное эндопротезирование тазобедренного сустава.- Новосибирск,2013
6. Прохоренко В.М., Садовой М.А., Фоменко С.М. Профилактика и лечение гонартроза.- Новосибирск: НИИТО,2011
7. Локтевой сустав: учебное пособие/под ред. К.А. Егизаряна.-М.:Медицинское информационное агентство,2019
8. Кузьмин И.И. Мифы и реальность в эндопротезировании тазобедренного сустава.- Владивосток:Дальнаука,

Периодические издания

1. Хирургия позвоночника

Профессиональные базы данных и информационные справочные системы

1. Электронный каталог библиотеки ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна Минздрава России: Интранет (<http://portal/Library/>) (
2. Сайт Российской Национальной библиотеки URL: <http://www.Mlr.ru/>
3. Всемирная электронная база данных научных изданий URL: <http://www.sciencedirect.com/>
4. Научная электронная библиотека URL: <http://elibrary.ru>
5. Справочная правовая система Консультант Плюс. URL: <http://www.consultant.ru>
- 6.. Сайты национальных и международных профессиональных общественных организаций, профессиональные базы данных по профилю специальности.
http://www.studmedlib.ru/ru/catalogue/switch_kit/mb3.html; <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4x>