



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



УТВЕРЖДАЮ
Директор ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна»
Минздрава России
А.А. Корыткин
« 22 » 12 2021 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ **Б1.Б.01 ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ**

краткое наименование дисциплины: ТиО

Специальность: 31.08. 66 Травматология и ортопедия

Уровень высшего образования: Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Форма обучения: очная

Год набора 2022

Корыткин

Андрей

Александрович

Подписано цифровой
подписью: Корыткин
Андрей Александрович
Дата: 2022.12.12 14:34:41
+07'00'

г. Новосибирск, 2021 г.

Содержание

	Стр.
1. Место дисциплины в структуре образовательной программы	3
2. Объем и содержание дисциплины	3
2.1. Раздел 1 «Общие вопросы травматологии и ортопедии»	3
2.2. Раздел 2 «Ожоги»	17
2.3. Раздел 3 «Врожденные заболевания опорно-двигательного аппарата»	29
2.4. Раздел 4 «Приобретенные заболевания опорно-двигательного аппарата»	40
2.5. Раздел 5 «Дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата»	52
2.6. Раздел 6 «Травма черепа и головного мозга»	63
2.7. Раздел 7 «Травма позвоночника и спинного мозга, периферических нервов»	75
2.8. Раздел 8 «Симуляционный курс»	88
3. Рефераты по дисциплине «Травматология и ортопедия»	89
4. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения	91
5. Перечень вопросов для промежуточной аттестации	108
6. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	123

1. Место дисциплины в структуре образовательной программы

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

Цель дисциплины: овладение теоретическими, клиническими основами и практическими навыками в области травматологии и ортопедии для последующей выработки профессиональных компетенций врача-травматолога-ортопеда.

Задачи дисциплины:

1. Сформировать объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-травматолога-ортопеда, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

2. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

3. Подготовить врача-травматолога-ортопеда, владеющего навыками и врачебными манипуляциями в соответствии с квалификационными требованиями и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

5. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу-травматолога-ортопеда свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

6. Освоить методы диагностики, дифференциальной диагностики основных заболеваний; освоение методов лечения больных.

Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:

Универсальные компетенции:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании

медицинской помощи (ПК-6);

-готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

-готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

-готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

-готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

-готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

-готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

2. Объем и содержание дисциплины

Для освоения программы по данной дисциплине предполагается **25 з.е.** . Курс включает в себя 8 разделов. Изучение дисциплины осуществляется на 1 курсе. Форма контроля – экзамен.

2.1. Раздел 1 «Общие вопросы травматологии и ортопедии»

Трудоемкость – 180 часов, в том числе:

Лекции – 12 часов.

Практические занятия – 88 часов.

Самостоятельная работа – 80 часа.

Темы лекций:

1. Оформление истории болезни, амбулаторной документации на травматолого-ортопедического больного. Нормативные документы – 2 часа.

2. Общие вопросы травматологии и ортопедии. Методы обследования ортопедо-травматологического пациента – 4 часа.

3. Регенерация костной ткани в разные возрастные периоды-. Нарушения регенерации (.Замедленная консолидация. Ложные суставы) – 2 часа.

4. Переломы костей конечностей. Классификации АО. Принципы и методы лечения переломов длинных трубчатых костей. Ошибки и осложнения при лечении переломов – 2 часа.

5. Повреждения позвоночника: современные классификации, диагностика, принципы лечения – 2 часа.

Практические занятия:

1. Неинвазивные и инвазивные методы обследования ортопедо-травматологических больных - 4 часа.

2. Понятие о деформациях позвоночника, их классификация, диагностика. Тактика хирургического и консервативного лечения - 4 часа.

3. Регенерация костной ткани в различные возрастные периоды. Методы и способы стимуляции костеобразования - 4 часа.

4. Методы репозиции отломков длинных трубчатых костей . Особенности лечения больных с переломами трубчатых костей при лечении их методами скелетного вытяжения - 4 часа.

5. Особенности лечения больных с переломами трубчатых костей при использовании внешней фиксации - 4 часа..

6. Диафизарные переломы длинных трубчатых костей – 4 часа.

7. Костно-пластические материалы в травматологии и ортопедии. Синтетические заменители костной ткани, их преимущества и недостатки – 6 часа.

8. Методы внеочагового остеосинтеза при лечении открытых переломов длинных трубчатых костей в ортопедии и травматологии - 4 часа.

9. Тактика лечения осложненных переломах длинных трубчатых костей (особенности остеметаллосинтеза, хирургия периферических нервов и сосудов)- 6 часа.

10. Методы лечения открытых переломов с использованием внутренней фиксации. Обоснование их применения – 6 часа.
11. Контрактуры и анкилозы. Профилактика и лечение контрактур, суставов - 2 часа.
12. Открытые повреждения опорно-двигательного аппарата. Принципы хирургической обработки - 4 часа.
13. Огнестрельные ранения опорно-двигательного аппарата. Принципы хирургической обработки - 4 часа.
14. Ампутация. Осложнения. Принципы протезирования - 2 часа.
15. Повреждения дистального отдела голени и голеностопного сустава – 2 часа.
16. Повреждения стопы. Классификация, диагностика, лечение - 2 часа.
17. Повреждения лопатки. Классификация, виды. Лечение – 2 часа.
18. Диагностика и лечение повреждений вращающей манжеты плеча- 2 часа.
19. Микрохирургия кисти, основные понятия. Реимплантация. Терапия острого и позднего периодов. Реабилитация- 4 часа.
20. Внутрисуставные, околоуставные и диафизарные переломы нижних конечностей. Переломы проксимального отдела бедра - 2 часа.
21. Вывихи и подвывихи тазобедренного и коленного суставов нижних конечностей. Внутрисуставные повреждения коленного сустава: реконструктивная пластика передней крестообразной связки коленного сустава - 2 часа.
22. Открытые повреждения костей и крупных суставов. Открытые повреждения грудной клетки. Классификация, диагностика, лечение. Закрытые повреждения грудной клетки. Классификация, диагностика, лечение – 2 часа.
23. Политравма (сочетанная, множественная). Диагностика. Оценка тяжести. Подходы к выбору объемов лечения. Ошибки и осложнения при лечении переломов - 2 часа.
24. Вывихи, переломо-вывихи предплечья – 2 часа.
25. Переломы костей кисти, предплечья – 2 часа.
26. Вывихи суставов кисти и кистевого сустава – 2 часа.
27. Нестабильные повреждения тазового кольца. Классификация. Диагностика. Принципы лечения на догоспитальном этапе, транспортировка. Госпитальный этап лечения. Методы лечения. Повреждения сухожилий и мышц – 4 часа.

Самостоятельная работа:

- Структура и функции кости и ее тканевых компонентов.
- Методы обследования травматолого-ортопедических пациентов.
- Организация травматолого-ортопедической помощи. Правовые аспекты в травматологии и ортопедии. Принципы доказательной медицины в травматологии и ортопедии.
- Боль и обезболивание.

Оценочные материалы

Ситуационные задачи:

Задача 1. У новорожденного 3 недель жизни при декретированном осмотре педиатром обнаружено ограничение разведения бедер с обеих сторон и сомнительный симптом “щелчка”. В неврологическом статусе ребенка признаки мышечной дистонии постгипоксического генеза.

К Вам родители обратились, когда ребенку исполнилось 1 месяц

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения ребенка.

Задача 2. Девочке 6 месяцев жизни сделана рентгенография тазобедренных суставов, диагностирован левосторонний врожденный вывих бедра. С рождения ребенок осматривался в декретированные сроки педиатром, патология не заподозрена, УЗИ-скрининг тазобедренных суставов в 1 месяц не проводилось. Какие клинические и рентгенологические симптомы Вы выявите у этого ребенка.

Ваша тактика лечения и прогноз.

Задача 3. На прием к ортопеду обратились родители с девочкой в возрасте 2-х лет с жалобами на то, что ребенок ходит, переваливаясь с ноги на ногу. Известно, что семья проживает в сельской местности, ортопедом с рождения не наблюдалась. Из анамнеза известно, что ребенок

начал ходить после года. При осмотре - походка “утиная”, разведение и ротационные движения в суставах ограничены, с обеих сторон выявляется симптом «щелчка».

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения. Прогноз.

Задача 4. Ребенок 5 лет последние 6 недель начал прихрамывать на правую ногу, появились жалобы на боли в правом коленном суставе. При осмотре патологии со стороны коленного сустава не выявлено. Сгибание и ротационные движения в правом тазобедренном суставе ограничены, болезненны. Температура и анализы крови в норме.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения.

Задача 5. Вы осматриваете ребенка 14 дней и отмечаете, что он держит голову в положении наклона вправо и поворота в левую сторону. При пальпации определяется веретенообразное уплотнение по ходу правой кивательной мышцы. Лимфоузлы не увеличены. Признаков воспаления нет.

Ваш диагноз и тактика лечения.

Задача 6. У новорожденного ребенка 7 дней Вы выявили патологическую установку стоп - подошвенное сгибание и супинацию. Вывести стопу в среднефизиологическое положение не удается. Данное состояние наблюдается у ребенка с рождения.

Ваш диагноз и тактика лечения. Осложнения при поздней диагностике.

Задача 7. У ребенка с рождения обнаружен добавочный палец правой кистей. Родители после выписки из родильного дома направлены на консультацию хирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задача 8. У мальчика 12 лет при диспансерном осмотре в школе выявлена асимметрия мышц спины при наклоне вперед, остистые отростки позвонков находятся не на одной линии, при осмотре в вертикальном положении со спины отмечается асимметрия лопаток. Ребенок отмечает, что при длительной нагрузке на позвоночник периодически возникают ноющие боли. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики и план лечения.

Задача 9. Мальчик 12 лет занимается в футбольной секции, последние 2 месяца стал жаловаться на боли в области правого коленного сустава после тренировки и нагрузок на ноги. При осмотре проекции бугристость большеберцовой кости увеличена в объеме и резко болезненна при перкуссии. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики и план лечения.

Задача 10. У мальчика 10 лет последние 8 месяцев отмечаются жалобы на ночные боли в области верхней трети правой голени, ребенок просыпается ночью и долго не может уснуть без приема обезболивающих препаратов. При клиническом осмотре патологии не выявлено, травмы в анамнезе не отмечено. Ребенку проводился курс физиотерапии по месту жительства по поводу артрита правого коленного сустава, мальчик был освобожден от занятий физкультурой, однако эффекта от проведенной терапии получено не было. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики и план лечения.

Тестовые задания:

1. Из всех перечисленных признаков какой следует отнести к ранним осложнениям при ранении конечностей:

1. травматический токсикоз
2. травматический шок
3. повреждение кости
4. жировая эмболия
5. раневой остеомиелит

2. Определите рациональное положение раненого в грудь при транспортировке:

1. лежа на животе
2. сидя
3. лежа на спине
4. полусидя

3. Какой из перечисленных факторов наиболее препятствует инфицированию раны:

1. асептическая повязка
2. промывание раны водой из флаги
3. быстрый вынос с поля боя
4. наложение кровоостанавливающего жгута

5. задержка на этапах медэвакуации
4. Главным недостатком при лечении переломов иммобилизационным методом является:
 1. смещение отломков по ширине
 2. дополнительное повреждение мелких тканей
 3. развитие контрактуры суставов и нейродистрофических синдромов
 4. опасность повреждения нервно-сосудистых комплексов
 5. Какое положение следует придать стопе после репозиции перелома внутренней лодыжки или при разрыве дельтовидной связки:
 1. разгибание
 2. сгибание
 3. супинации
 4. пронации
 6. Назовите наиболее часто встречающиеся ранние осложнения переломов трубчатых костей:
 1. травматический шок
 2. жировая эмболия
 3. остеомиелит
 4. подкожная эмфизема
 5. тромбоэмболия
 6. кровотечение
 7. повреждение сосудисто-нервного пучка+
 7. Укажите положение верхней конечности в момент повреждения при аддукционном переломе хирургической шейки плечевой кости:
 1. отведение
 2. приведение
 3. сгибание
 8. Применяется ли метод постоянного скелетного вытяжения при лечении переломов конечностей на этапе квалифицированной медицинской помощи?
 1. да
 2. нет
 9. Следует ли пострадавшему с закрытым переломом длинных трубчатых костей выполнять новокаиновую блокаду на этапе первой врачебной помощи?
 1. да
 2. нет
 10. Всегда ли следует накладывать кровоостанавливающий жгут при минно-взрывном разрушении стопы?
 1. да
 2. нет
 11. Устав организации, правила трудового распорядка, положения о структурных подразделениях в травматологии являются инструментами ... методов:
 1. административных+
 2. экономических
 3. социально-психологических
 4. комплексных
 5. правовых
 12. Документ, включающий основные положения, принципы деятельности организации, правила и нормы поведения работников, их внешнего вида — это ...
 1. миссия организации
 2. философия организации
 3. корпоративная культура
 4. корпоративный кодекс;
 5. коллективный договор
 6. правила трудового распорядка

13. Специалисты в системе управления в травматологии в зависимости от занимаемой должности подразделяются на ...

1. ведущих, главных, ведомых
2. ИТР, канцелярских работников
3. старших, главных, ведущих
4. постоянных, сезонных, временных
5. внутренних, внешних

14. Современное деление персонала в травматологической организации включает:

1. рабочие основные
- 2 рабочие вспомогательные
3. рабочие, включая учеников
4. ученики
5. инженерно-технические работники (ИТР)
6. служащие
7. младший обслуживающий персонал
8. охрана
9. специалисты

15. На структуру системы управления персоналом в травматологической организации влияют следующие внешние факторы:

1. отрасль, сфера деятельности
2. специализация региона
3. состояние экономики страны

16. Кадровое планирование в травматологической организации включает:

1. определение численности персонала по категориям и квалификации
2. планирование дополнительной потребности в работниках
3. планирование использования и сокращения персонала
4. формирование тактики управления персоналом
5. изменение штатного расписания
6. расчет планового фонда заработной платы

17. Инцидент, повод, причины, конфликтная ситуация, субъекты конфликта, предмет его составляют...

1. внутреннюю среду конфликта
2. инфраструктуру
3. внешнюю среду
4. структуру конфликта
- 5 систему конфликта

18. Замечания, предупреждения, выговор, строгий выговор воспринимаются как...

1. распорядительные воздействия
2. организационные воздействия
3. материальные поощрения и взыскания
4. дисциплинарная ответственность
5. административная ответственность

19. Процесс побуждения работников к достижению целей это ...

1. потребности
2. стимулирование
3. мотивация
4. принуждение
5. самоутверждение

20. Кадровая психодиагностика в травматологии направлена на изучение...

1. состояния охраны труда
2. профессиональной пригодности, успешности
3. межличностных взаимодействий в процессе труда
4. индивидуальных характеристик личности

21. Критерии оценки эффективности работы ВОП/(СВ) регламентированы приказом МЗ:

1. № 237
2. № 350

3. № 325
4. № 402
22. Оснащение общеврачебных практик регламентировано приказами МЗ:
 1. № 237, 487 и 326
 2. № 463 и 350
 3. № 237, 350 и 753
 4. № 402 и 753
23. Определяющим фактором в методиках оценки экономической эффективности целевых программ здравоохранения является:
 1. достижение высоких результатов минимальными ресурсами
 2. соответствие цели планируемому результату
 3. сбережение материально-финансовых ресурсов
24. Кому подчиняется страховая медицинская организация?
 1. министру здравоохранения Российской Федерации;
 2. министру финансов Российской Федерации
 3. министру социальной защиты населения
 4. не подчиняется никому из вышеперечисленных.
25. Какие медицинские учреждения подлежат лицензированию:
 1. частные амбулаторно-поликлинические учреждения
 2. научно-исследовательские институты
 3. государственные больницы
 4. все медицинские учреждения независимо от форм собственности
26. Участие страховых организаций в формировании организаций медицинских тарифов в сфере здравоохранения заключается:
 1. в расчете медицинских тарифов
 2. в согласовании медицинских тарифов
 3. в утверждении медицинских тарифов
27. Какой документ выдается медицинскому учреждению в сфере здравоохранения после успешного прохождения аккредитации?
 1. диплом
 2. свидетельство
 3. лицензия
 4. сертификат
28. Кому подчиняется страховая медицинская организация в сфере здравоохранения?
 1. министру здравоохранения Российской Федерации
 2. министру финансов Российской Федерации
 3. министру социальной защиты населения
 4. не подчиняется никому из вышеперечисленных
29. Для чего предназначены фонды обязательного медицинского страхования в сфере здравоохранения?
 1. для профессиональной подготовки кадров
 2. для финансирования медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях
 3. для финансирования системы добровольного медицинского страхования
 4. для обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и финансирования ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь застрахованным
30. Для чего предназначены фонды обязательного медицинского страхования в сфере здравоохранения?
 1. для профессиональной подготовки кадров
 2. для финансирования медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях
 3. для финансирования системы добровольного медицинского страхования
 4. для обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и финансирования ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь застрахованным

31. Наибольшее количество травм при соблюдении здорового образа жизни возникает от:
1. ошибок в методике проведения занятий +
 2. недостатки в организации соревнований
 3. материально-техническое обеспечение занятий
 4. утомление занимающихся
32. Укажите определяющие признаки травматического вывиха:
1. отек области сустава
 2. гиперемия области сустава
 3. разобщение суставных концов костей
 4. «симптом» упругой фиксации
33. Назовите условия, необходимые для сращения отломков:
1. анатомическая репозиция
 2. стабильная фиксация на весь период консолидации
 3. фиксация до появления признаков костной мозоли
 4. фиксация до появления контрактур в смежных суставах
 5. диастаз между отломками 50-100 мкм
34. Назовите наиболее часто встречающиеся ранние осложнения переломов трубчатых костей:
1. травматический шок
 2. жировая эмболия
 3. остеомиелит
 4. подкожная эмфизема
 5. тромбоэмболия
 6. кровотечение
 7. повреждение сосудисто-нервного пучка
35. Причиной раннего болезненного "лопаточного хруста" чаще всего может быть:
1. дисплазия тела лопатки, остеофиты, экзостозы
 2. подлопаточный бурсит, деформации угла лопатки
36. Причиной раннего возникновения болезни Маделунга является:
1. дисплазия дистальной ростковой зоны лучевой кости
 2. опухоль
 3. остеомиелит бедренной кости
 4. травма
 5. дисплазия росткового хряща локтевой кости
37. Причинами раннего возникновения остеопороза являются:
1. менопауза, прием глюкокортикоидов, дефицит витамина Д
 2. заместительная гормональная терапия в период постменопаузы, употребление молочных продуктов
38. Укажите сроки ранней консолидации переломов шейки бедренной кости:
1. 5-6 недель
 2. 2-3 месяца
 3. 6-9 месяцев
 4. 10-12 месяцев
39. При открытом пневмотораксе на догоспитальном этапе в качестве первой врачебной помощи показаны следующие мероприятия:
1. асептическая повязка на рану
 2. окклюзионная асептическая повязка, накладываемая в момент вдоха, вагосимпатическая блокада на стороне повреждения
 3. окклюзионная асептическая повязка, накладываемая в момент выдоха
 4. плевральная пункция
40. При оказании специализированной помощи среди вариантов обезболивания в качестве противошокового мероприятия при переломах костей таза предпочтительным является:
1. обезболивание наркотическими анальгетиками
 2. местное обезболивание по А.В.Вишневскому
 3. анестезия по Школьникову-Селиванову-Цодыксу
 4. проводниковая анестезия

5. эпидуральная блокада
41. Клиническую картину осложненного перелома ребер составляют следующие симптомы:
 1. болевой синдром, подкожная эмфизема, парадоксальное движение грудной клетки, пневмогемоторакс
 2. кровохарканье, петехиальные кровоизлияния, баллотирование средостения
42. Симптом, характерный для перелома костей таза:
 1. гематома в области промежности
 2. крепитация в области верхней трети бедра
 3. императивный позыв на мочеиспускание
 4. симптом «прилипшей пятки»
43. Какой из перечисленных симптомов наиболее характерен для артрита в отличие от артроза?
 1. боли при движении
 2. разрастание кости
 3. повышение кожной температуры
 4. ограничение подвижности
44. Какой симптом характерен для гемартроза коленного сустава:
 1. увеличение объема сустава
 2. кровоизлияние в мягкие ткани
 3. ограничение движений в суставе
 4. баллотирование надколенника
 5. симптом "выдвижного ящика"
45. Причиной ложно-абдоминального синдрома при сочетанной травме является:
 1. перелом грудины и травма органов средостения
 2. вывих тазобедренного сустава
 3. травма груди с переломом ребер в средне-нижней зоне
 4. ушиб шейно-грудного отдела позвоночника
 5. чрезвертельный перелом бедра
46. Развитие синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром) в основном связано со всем перечисленным, кроме
 1. обширной травмы мягких тканей и скелета
 2. массивных гемотрансфузий
 3. трансфузий крови со сроком хранения от 2 до 3 дней в объеме 15% ОЦК больного
 4. активации калликреин-кининовой системы
 5. замедления кровотока
47. Ведущими симптомами раневого сепсиса являются
 1. тяжелая интоксикация
 2. гиповолемия, нарушение водно-электролитного баланса, ацидоз
 3. ухудшение микроциркуляции
 4. анемия, гипопротейнемия
 5. все перечисленное
48. Для повреждения каких анатомических образований наиболее характерен симптом «выдвижного ящика»:
 1. разрыв собственной связки надколенника
 2. разрыв медиального мениска
 3. разрыв крестообразных связок
49. Укажите наиболее частый анамнестический и клинический симптом при повреждении мениска:
 1. симптом поршня
 2. симптом блокады
 - в) патологическая подвижность в коленном суставе
50. Укажите симптомы, характерные для повреждения менисков коленного сустава:
 1. симптом блокады
 2. симптом Турнера
 3. симптом лестницы

4. симптом Лозинского
5. симптом Габая
51. К содержанию других неотложных работ во время ликвидации последствий чрезвычайной ситуации относится
 1. прокладывание колонных путей и устройство проходов в завалах и на зараженных участках
 2. локализацию аварий на газовых, энергетических, водопроводных, канализационных и технологических сетях в целях создания условий для проведения спасательных работ
 3. локализацию и тушение пожаров на маршрутах движения и участках работ
 4. подавление или доведение до минимально возможного уровня возникших в результате ЧС вредных и опасных факторов, препятствующих ведению спасательных работ
52. При ликвидации чрезвычайной ситуации на первом этапе решаются задачи
 1. по экстренной защите персонала объектов и населения, предотвращению развития или уменьшению воздействия поражающих факторов источников аварий (катастроф)
 2. непосредственному выполнению АСДНР
 3. по обеспечению жизнедеятельности населения в районах, пострадавших в результате аварии (катастрофы), и по восстановлению функционирования объекта
 4. по восстановлению жилья (или возведению временных жилых построек)
53. Ликвидация локальной чрезвычайной ситуации осуществляется силами и средствами
 1. Граждан
 2. Организаций
 3. Органов местного самоуправления
 4. Органов исполнительной власти субъекта РФ
54. Работу по оценке устойчивого функционирования объекта экономики в условиях чрезвычайной ситуации организует
 1. руководитель предприятия
 2. главный инженер
 3. научно-исследовательская организация
 4. сотрудник штаба ГО организации
55. Право принятия решения на проведение эвакуации во время чрезвычайной ситуации принадлежит
 1. руководителям органов исполнительной власти субъектов РФ
 2. следственному комитету субъекта РФ
 3. президенту РФ
 4. начальнику штаба ГО
56. Этап медицинской эвакуации во время чрезвычайной ситуации означает
 1. участок от места ранения до ближайшего лечебного учреждения
 2. все учебные учреждения, расположенные вблизи очага катастрофы
 3. участок пути между лечебными учреждениями, в которых оказывается медицинская помощь пострадавшим
 4. лечебные учреждения, развернутые и работающие на путях эвакуации
57. Начальным видом оказания медицинской помощи травматологическим пострадавшим во время чрезвычайной ситуации считается
 1. первая врачебная
 2. само- и взаимопомощь
 3. первая медицинская
 4. специализированная
58. Различают следующие виды медицинской сортировки во время чрезвычайной ситуации
 1. пунктовая, эвакуационная
 2. прогностическая, эвакуотранспортная
 3. транзитная, эвакуотранспортная
 4. эвакуотранспортная, внутрипунктовая
59. Госпитализация пострадавших во время чрезвычайной ситуации с открытым переломом конечности проводится в
 1. нейрохирургический стационар
 2. травматологический стационар

3. общехирургический стационар
4. торакоабдоминальный госпиталь
60. Во время чрезвычайной ситуации наиболее эффективными средствами транспортной иммобилизации при переломах бедра являются
 1. фанерные или пластмассовые
 2. шины Дитерихса
 3. шины Крамера
 4. подручные средства
61. Предметом изучения медицинской статистики являются:
 1. информация о здоровье населения
 2. информация о влиянии факторов окружающей среды на здоровье человека
 3. информация о кадрах, сети и деятельности учреждений и служб здравоохранения
 4. информация о результатах клинических и экспериментальных исследованиях в медицине
 5. все вышеперечисленное
62. Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются:
 1. демографические показатели
 2. заболеваемость
 3. инвалидность
 4. физическое развитие
 5. временная нетрудоспособность
63. Ориентировочной оценкой показателя тяжести заболевания с временной утратой трудоспособности является:
 1. листок временной нетрудоспособности
 2. листок временной нетрудоспособности, выданный на срок более 10 дней
 3. длительность заболевания, превышающая 1 месяц
 4. характер патологического процесса
 5. наличие сопутствующих заболеваний.
64. Уровень общей смертности на 1000 населения в нашей стране в настоящее время находится пределах:
 1. от 5 до 10
 2. от 11 до 15
 3. от 16 до 20
65. Общий коэффициент смертности – это:
 1. отношение числа умерших к среднегодовой численности населения
 2. отношение числа умерших к численности населения на 01.01 данного года
 3. общее количество умерших в течение межпереписного периода
66. В общей структуре смертности населения травмы занимают место:
 1. третье
 2. первое
 3. второе
67. Общая заболеваемость – это:
 1. показатель заболеваемости по данным обращаемости
 2. заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации
 3. совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году
 4. учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий инфекционную заболеваемость, неэпидемическую заболеваемость, заболеваемость с ВН, госпитализированную заболеваемость
68. К интенсивным статистическим показателям в травматологии относятся:
 1. распределение больных по полу и возрасту
 2. показатели заболеваемости, смертности
 3. структура заболеваний по нозологическим формам
69. Какой статистический показатель характеризует развитие явления в среде, непосредственно с ним не связанной?
 1. экстенсивный
 2. интенсивный

3. соотношения
 4. наглядности
 5. средняя арифметическая.
70. Показатель обеспеченности населения врачебным, средним и младшим медицинским персоналом вычисляется:
1. в проценте
 2. в промилле
 3. в продецимилле
 4. в темпе прироста
 5. в показателе наглядности
71. Какие методы обследования используются для диагностики грыж поясничных межпозвонковых дисков?
1. компьютерная томография
 2. магнитно-резонансная томография
 3. контрастная (позитивная) миелография
 4. все перечисленные методы
72. Какие методы обследования можно выполнить с помощью люмбальной пункции субарахноидального пространства?
1. пневмомиелография
 2. контрастная миелография
 3. пневмоэнцефалография
 4. все перечисленные
73. Наиболее часто в диагностике переломов используют:
- 1.КТ
 2. МРТ
 3. рентгенографию
 - 4.УЗИ
 5. денситометрию
74. При дифференциальной диагностике костных опухолей наибольшую ценность представляют:
1. лучевые методы
 2. биохимические методы
 3. клинические методы
75. Современная классификация переломов ребер включает следующее:
1. разбитая грудная клетка, нестабильный перелом ребер
 2. осложненный перелом ребер
 3. окончатый, створчатый перелом ребер
 4. перелом ребер, осложненный синдромом верхней полой вены
76. В классификации переломов шейки бедра различают все перечисленные, кроме:
1. медиальных
 2. субкапитальных и шеечных
 3. латеральных
 4. межвертельных и чрезвертельных
 5. подвертельных
77. Этиология врожденного вывиха надколенника:
1. прямая травма
 2. порок развития
 3. анатомические дефекты области коленного сустава
 4. дисплазии
 5. наследственная передача
78. Эффективна ли МРТ-диагностика у больных, которым имплантированы намагничивающиеся металлоконструкции:
1. да
 2. нет
79. Этипатогенез врожденной мышечной кривошеи:
1. порок развития грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

2. травма при родах
3. неправильное положение плода
4. воспалительный процесс
5. ишемии сердца

80. У больного, доставленного в травматологическое отделение через 1 час после травмы с переломом таза типа Мальгенья, обнаружены признаки внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря. Шок II-III. Какой из вариантов неотложной специализированной помощи более рационален?

1. противошоковые мероприятия, лапаротомия, ушивание раны мочевого пузыря, коррекция перелома, внеочаговый остеосинтез

2. лапаротомия, ушивание раны мочевого пузыря, противошоковые мероприятия, коррекция перелома

3. коррекция перелома, лапаротомия, противошоковые мероприятия

81. Назовите фазы лечения методом скелетного вытяжения:

1. начальная
2. репозиционная фаза
3. ретенционная
4. промежуточная
5. репарационная
6. заключительная

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

1. асептический некроз головки бедра
2. парез седалищного нерва
3. тугоподвижность в суставе

83. Оперативное лечение гематогенного остеомиелита заключается

1. во внутрикостном промывании
2. в некротомии и костной пластике
3. в резекции сустава
4. все перечисленное по показаниям

84. Физиолечение при эндопротезировании:

1. требуется через сутки
2. требуется через 3 дня после операции
3. требуется через 1 неделю
4. требуется в отдаленном периоде
5. не требуется

85. Увеличивает ли потерю минеральной плотности костной ткани лечение компрессионного перелома позвоночника на фоне остеопороза иммобилизацией его корсетом в течение года?

1. да
2. нет

86. Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует:

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

87. Лечение плоско-вальгусной стопы включает:

1. этапные гипсовые повязки
2. лангеты, ЛФК, массаж, электростимуляция мышц
3. ношение ортопедической обуви
4. ЛФК, массаж
5. лечения не требует

88. Лечение костных кист:

1. только лучевая терапия
2. только пункция
3. только оперативное (с костной аллопластикой)

4. оперативное при безуспешном консервативном лечении
5. только химиотерапия
89. Консервативное лечение переломов шейки бедра не включает в себя:
 1. скелетное вытяжение
 2. наложение кокситной гипсовой повязки
 3. репозицию отломков и фиксацию аппаратом Илизарова
 4. функциональное лечение
 5. иммобилизацию репонированных отломков гипсовой повязкой, наложенной на конечность до верхней трети бедра
90. Функциональное лечение при переломах тел позвонков показано:
 1. при осложненных компрессионных переломах
 2. при переломах позвоночника у больных старше 60 лет
 3. при неосложненных компрессионных переломах грудных и поясничных позвонков +
 4. при переломах остистых отростков
 5. при нестабильных переломах
91. Какой тип нейрофиброматоза сопровождается развитием деформаций элементов опорно-двигательного аппарата?
 1. I
 2. II
92. Принципы реабилитации больных с травмами опорно-двигательного аппарата не включают в себя:
 1. долечивания при тугоподвижности в суставах
 2. ранней активизации больных с острой травмой без надежной фиксации костных фрагментов
 3. комплексного использования средств реабилитации
 4. этапности применения средств ЛФК в зависимости от периода лечения
 5. соблюдение методических принципов ЛФК
93. Какой хирургический инструментарий для коррекции деформаций опорно-двигательного аппарата относится к I поколению?
 1. Harrington
 2. CDI
 3. Luque
 4. Drummond
94. Какой тип врожденных деформаций опорно-двигательного аппарата наиболее часто сопровождается развитием компрессионно-ишемической миелопатии?
 1. сколиоз
 2. кифоз
 3. кифосколиоз
 4. лордоз
95. Для осложненного перелома грудного отдела опорно-двигательного аппарата характерен:
 1. верхний парапарез
 2. нижний парапарез
 3. лагофтальм
 4. тетрапарез
 5. верхний монопарез
96. Для осложненного перелома шейного отдела опорно-двигательного аппарата характерен:
 1. грубый горизонтальный нистагм
 2. верхний парапарез
 3. нижний парапарез
 4. тетрапарез
97. Показанием к оперативному лечению при травме опорно-двигательного аппарата является:
 1. ушиб спинного мозга тяжелой степени
 2. спинальный шок

3. сдавление спинного мозга костными отломками
 4. все перечисленное
98. В повреждениях опорно-двигательного аппарата травма поясничного отдела занимает:
1. первое место
 2. второе место
 3. третье место
 4. четвертое место
 5. пятое место
99. Какой метод исследования наиболее информативен при врожденных деформациях опорно-двигательного аппарата:
1. обзорная рентгенография
 2. МСКТ
 3. функциональная рентгенография
 4. рентгеноскопия
 5. все перечисленное
100. Увеличивает ли потерю минеральной плотности костной ткани лечение компрессионного перелома опорно-двигательного аппарата на фоне остеопороза иммобилизацией его корсетом в течение года?
1. да
 2. нет

2.2. Раздел 2 «Ожоги»

Трудоемкость – 72 часа, в том числе:

лекции – 4 часа,

практические занятия – 38 часов,

самостоятельная работа – 30 часов.

Темы лекций:

1. Диагностика ожоговой травмы – 1 час
4. Ожоговая болезнь – 1 час
5. Методы оперативного местного лечения ожоговых ран- 1 час.
7. Особенности лечения тяжелообожженных – 1 час

Практические занятия:

1. Методики определения глубины и площади ожогового поражения - 4 часа.
2. Клиника и диагностика ингаляционной травмы и поражений электротоком - 4 часа.
3. Острый период ожоговой травмы. Ожоговый шок. Первая и неотложная помощь при ожогах - 6 часа.
4. Острая ожоговая токсемия. Ожоговая септикотоксемия. Патогенез. Осложнения. Принципы лечения - 6 часа.
5. Консервативное местное лечение ожоговых ран – 6 часа.
6. Методы очищения ожоговых ран от омертвевших тканей – 4 часа.
7. Методы оперативного восстановления кожного покрова - 4 часа.
8. Последствия ожоговой травмы. Профилактика и методы лечения – 4 часа.

Самостоятельная работа:

- Острое отравление окисью углерода.
- Организация специализированной помощи пострадавшим с термической травмой.
- Течения ожоговой болезни у больных, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью.

Оценочные материалы

Ситуационные задачи:

Задача 1. Девочка В., 2 года, потянула скатерть со стола и опрокинула на себя чайник с кипятком. Доставлена в больницу родителями, через 30 минут после травмы. На момент осмотра:

возбуждена, плачет. ЧСС 156 уд. в 1 мин. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипы проводного характера. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. **Status localis:** на лице, передней поверхности шеи, грудной клетки и обеих кистях раны в виде гиперемии, пузырей наполненных прозрачным содержимым.

Вопросы:

- Определите глубину и площадь поражения.
- Укажите тяжесть состояния и вероятность развития ожогового шока.
- Сформулируйте диагноз.
- Укажите основные компоненты терапии на текущем этапе лечения.
- Перечислите методы и средства консервативного местного лечения на текущем этапе

лечения.

Задача 2. Больная С., 60 лет, опрокинула на себя бак с кипящим бельем, ошпарилась кипятком. Доставлена в ожоговый центр бригадой скорой медицинской помощи. На момент осмотра: в сознании, адекватна. Жалуется на сильные боли в области ран. ЧСС 92 уд. в 1 мин. АД 150/100 мм рт. ст. Status localis: По всей передней поверхности брюшной стенки имеются раны в виде гиперемии и пузырей. Целые пузыри напряжены, заполнены прозрачным содержимым, часть - лопнула, обнажено красное, влажное дно.

Вопросы:

- Определите глубину и площадь поражения.
- Укажите тяжесть состояния и вероятность развития ожогового шока.
- Сформулируйте диагноз.
- Показана ли экстренная профилактика столбняка?
- Укажите основные компоненты терапии на текущем этапе лечения.
- Перечислите методы и средства консервативного местного лечения на текущем этапе

лечения.

Задача 3. Больной Н. 45 лет доставлен соседом на легковой машине в больницу с ожогами пламенем через 40 минут после травмы. Из анамнеза известно, что ожоги получены во время ремонтных работ в гараже в результате случайного воспламенения бензина. На момент осмотра: заторможен, жалуется на боли в области ран, а также при глотании, холод, жажду. Кожные покровы бледные, с налетом сажи. Мышечная дрожь. ЧСС 120 уд. в 1 мин. АД 120/70 мм рт. ст. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Язык сухой. Была однократная рвота. **Status localis:** По всей передней поверхности туловища и всей поверхности верхних конечностей имеются раны с налетом сажи в виде гиперемии, целых пузырей с геморрагическим содержимым, вскрытых пузырей с дном багрового цвета, а также участков влажного серого струпа и сухого коричневого струпа.

Вопросы:

- Определите глубину и площадь поражения.
- Укажите тяжесть состояния и вероятность развития ожогового шока.
- Укажите диагностические мероприятия необходимые для уточнения диагноза.
- Определите общую тактику лечения.
- Показана ли экстренная профилактика столбняка?
- Укажите основные компоненты терапии на текущем этапе лечения.
- Перечислите методы и средства консервативного местного лечения на текущем этапе

лечения. Укажите основные компоненты терапии на текущем этапе лечения.

Задача 4. Больная С. 44 года обожгла обе кисти щелочью на производстве. В больницу доставлена через 50 минут после травмы. При осмотре:

В сознании, адекватна. Жалобы на сильные боли в области ран. ЧСС 98 уд. в 1 мин. АД 130/90 мм рт. ст. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Status localis: На ладонных и тыльных поверхностях кистей раны в виде гиперемии и влажного струпа серого цвета.

Вопросы:

- Определите глубину и площадь поражения.
- Укажите тяжесть состояния и вероятность развития ожогового шока.
- Сформулируйте диагноз.
- Показана ли экстренная профилактика столбняка?
- Укажите основные компоненты терапии на текущем этапе лечения.

• Перечислите методы и средства консервативного местного лечения на текущем этапе лечения.

Задача 5. Больной М., 26 лет, находится в клинике вторые сутки с ожогом пламенем II-ШАБ степени туловища, верхних и нижних конечностей, площадью 46% поверхности тела. На фоне проводимой интенсивной терапии отмечено появление лихорадки с температурой тела 38,5-39,0 град. С., тахикардия с ЧСС 104 - 120 уд. в мин., увеличение темпа диуреза, уменьшение гематокрита, нарастание лейкоцитоза.

Вопросы:

- О чем свидетельствует вышеизложенная симптоматика?
- Сформулируйте диагноз полностью.
- Укажите основные компоненты терапии на текущем этапе лечения.
- Перечислите методы и средства консервативного местного лечения на текущем этапе лечения.

Задача 6. Больная А., 35лет, находится в клинике 12 суток с ожогом пламенем II-ШАБ степени головы, шеи, туловища, верхних конечностей, площадью 35% поверхности тела. На фоне проводимой интенсивной терапии отмечаются эпизоды лихорадки с подъемом температуры тела до 38,5-39,0 град. С., умеренное нарастание лейкоцитоза. Во время перевязки выявлены признаки начавшейся секвестрации струпа,

Вопросы:

- О чем свидетельствует вышеизложенная симптоматика?
- Сформулируйте диагноз полностью.
- Укажите основные компоненты терапии на текущем этапе лечения.
- Перечислите методы и средства консервативного местного лечения на текущем этапе лечения.

Задача 7. Больная М., 83 года была обнаружена сыном дома лежащей на полу прижатой к работающему радиатору отопления. Со слов пострадавшей удалось выяснить, что около суток назад она упала внезапно, потеряв сознание. Придя в сознание, самостоятельно подняться не могла. При осмотре: В сознании, немного заторможена. Жалобы боли в области ран. ЧСС 92 уд. в 1 мин. АД 100/60 мм рт. ст. Одышка с ЧДД 22 в мин. Аускультативно дыхание жесткое, выслушиваются хрипы проводного характера. Язык пониженной влажности. Живот мягкий, безболезненный. **Status localis:** На правом плече, правой половине грудной клетки, живота и правом бедре раны в виде гиперемии, ненапряженных пузырей с геморрагическим содержимым, влажного струпа багрового цвета, общей площадью 6% поверхности тела.

Вопросы:

- С какой патологией необходимо провести дифференциальную диагностику в данном случае.
- Укажите необходимые диагностические исследования.
- Показана ли экстренная профилактика столбняка?
- Укажите основные компоненты терапии на текущем этапе лечения.
- Перечислите методы и средства консервативного местного лечения на текущем этапе лечения.

Задача 8. Больной П., 46 лет, находится в клинике 18 суток с диагнозом: Ожог пламенем II-ШАБ степени туловища и нижних конечностей, площадью 36% поверхности тела. Ожоговая болезнь. На фоне проводимой интенсивной терапии, перевязок, этапных некрэктомий отмечена эпителизация поверхностных ожогов, а также частичное очищение ран с глубокими ожогами с формированием гранулирующих ран, площадью 7% поверхности тела.

Вопросы:

- Какая операция показана пациенту?
- Укажите причины увеличения площади ран сразу после операции.
- Укажите основные компоненты терапии на текущем этапе лечения.
- Перечислите методы и средства консервативного местного лечения ран после операции.

Задача 9. Больной Х., 43 года, находится в клинике 35 суток с диагнозом: Ожог пламенем II-ШАБ степени лица, шеи, туловища и верхних конечностей, площадью 28% поверхности тела. Ожоговая болезнь. На фоне проводимой интенсивной терапии, перевязок, этапных некрэктомий и аутодермопластики отмечена субтотальная эпителизация ожоговых ран. Однако пациента стало

беспокоить слезотечение, невозможность полного смыкания век. При осмотре края век деформированы, отстают от глаз, слизистая гиперемирована.

Вопросы:

- Какое осложнение развивается у пациента?
- Чем оно грозит?
- Какое оперативное лечение показано в данном случае.

Задача 10. Пациент Ч., 32 года, после удаления остеохондромы задней поверхности большеберцовой кости в частной клинике, обратил внимание на то, что на передней поверхности правой голени и подошвенной поверхности пяточной области появились участки сухого струпа диаметром 4 см и 2 см соответственно. В ходе расследования удалось выяснить, что операция проводилась под спинальной анестезией с использованием электрокоагуляции. Больной находился на операционном столе в положении на животе, правая голень и стопа контактировали с металлическими частями операционного стола.

Вопросы:

- Сформулируйте диагноз.
- Какие осложнения вероятны в данном случае?
- Какую тактику лечения следует выбрать?

Тестовые задания:

1. Из всех перечисленных признаков какой следует отнести к ранним осложнениям при ожоге :

1. травматический токсикоз
 2. ожоговый шок
 3. повреждение кости
 4. жировая эмболия
 5. раневой остеомиелит
2. Определите рациональное положение ожогового больного при транспортировке:

1. лежа на животе
2. сидя
3. лежа на спине
4. полусидя

3. Какой из перечисленных факторов наиболее препятствует инфицированию ожоговой раны:

1. асептическая повязка
 2. промывание раны водой из фляги
 3. быстрый вынос с поля боя
 4. наложение кровоостанавливающего жгута
 5. задержка на этапах медэвакуации
4. Главным недостатком при лечении участков кожи в области сустава является:

1. смещение отломков по ширине
 2. дополнительное повреждение мелких тканей
 3. развитие контрактуры суставов и нейродистрофических синдромов
 4. опасность повреждения нервно-сосудистых комплексов
5. Какое положение следует придать стопе после ожога внутренней лодыжки или при

1. разгибание
2. сгибание
3. супинации
4. пронации

6. Назовите наиболее часто встречающиеся осложнения ожоговых травм:

1. ожоговый шок
2. жировая эмболия
3. остеомиелит
4. подкожная эмфизема
5. тромбоэмболия
6. кровотечение

7. Применяется ли метод постоянного скелетного вытяжения при лечении ожогов

- конечностей на
этапе квалифицированной медицинской помощи?
1. да
 2. нет
8. Следует ли пострадавшему с ожогом длинных трубчатых костей выполнять новокаиновую блокаду на этапе первой врачебной помощи?
1. да
 2. нет
9. Всегда ли следует накладывать кровоостанавливающий жгут при минно-взрывном разрушении
стопы?
1. да
 2. нет
10. Устав организации, правила трудового распорядка, положения о структурных подразделениях в травматологии являются инструментами ... методов:
1. административных
 2. экономических
 3. социально-психологических
 4. комплексных
 5. правовых
11. Документ, включающий основные положения, принципы деятельности организации, правила и нормы поведения работников, их внешнего вида — это ...
1. миссия организации
 2. философия организации
 3. корпоративная культура
 4. корпоративный кодекс
 5. коллективный договор
 6. правила трудового распорядка
12. Специалисты в системе управления в травматологии в зависимости от занимаемой должности подразделяются на ...
1. ведущих, главных, ведомых
 2. ИТР, канцелярских работников
 3. старших, главных, ведущих
 4. постоянных, сезонных, временных
 5. внутренних, внешних
13. Современное деление персонала в травматологической организации включает:
1. рабочие основные
 - 2 рабочие вспомогательные
 3. рабочие, включая учеников
 4. ученики
 5. инженерно-технические работники (ИТР)
 6. служащие
 7. младший обслуживающий персонал+
 8. охрана
 9. специалисты.
14. На структуру системы управления персоналом в травматологической организации влияют следующие внешние факторы:
1. отрасль, сфера деятельности
 2. специализация региона
 3. состояние экономики страны
15. Инцидент, повод, причины, конфликтная ситуация, субъекты конфликта, предмет его составляют...
1. внутреннюю среду конфликта
 2. инфраструктуру
 3. внешнюю среду
 4. структуру конфликта

- 5 систему конфликта
16. Замечания, предупреждения, выговор, строгий выговор воспринимаются как ...
1. распорядительные воздействия
 2. организационные воздействия
 3. материальные поощрения и взыскания
 4. дисциплинарная ответственность
 5. административная ответственность
17. Процесс побуждения работников к достижению целей это ...
1. потребности
 2. стимулирование
 3. мотивация
 4. принуждение
 5. самоутверждение
18. Кадровое планирование в травматологической организации включает:
1. определение численности персонала по категориям и квалификации
 2. планирование дополнительной потребности в работниках
 3. планирование использования и сокращения персонала
 4. формирование тактики управления персоналом
 5. изменение штатного расписания
 6. расчет планового фонда заработной платы
19. Оснащение общеврачебных практик регламентировано приказами МЗ:
1. № 237, 487 и 326
 2. № 463 и 350
 3. № 237, 350 и 753
 4. № 402 и 753
20. Кто впервые в России осуществил пересадку кожи
1. Янович-Чайнский
 2. Пирогов
 3. Вишневский
21. Отрасль медицины, изучающая тяжелые ожоговые поражения
1. Комбустиология
 2. Анестезиология
 3. гастроэнтерология
22. Комбустиология – это наука изучающая ожоговые поражения
1. да
 2. Нет
23. В каком году была проведена первая реконструктивная операция
1. 1809
 2. 1903
 3. 1925
24. В каком году был изобретен Дермат
1. 1976
 2. 1925
 3. 1939
25. Дермат это
1. Тонкий участок кожи
 2. Участок костной ткани
 3. Участок сухожилия
26. Процедура по удалению некротизированной ткани
1. Лапаротомия
 2. некрэктомия
 3. остеосинтез
26. В каком году впервые вырастили популяцию клеток кожи
1. 1980
 2. 1990
 3. 2000

27. Определение ожоговой болезни впервые предоставил
1. Арьев Т. Я.
 2. Яковлев В.А.
 3. Лейдерман И.Н
 4. Лупальцев В.И
28. В каком году была написана монография Арьев Т. Я. «Термические поражения»
1. 1952
 2. 1966
 3. 1983
 4. 1912
29. Кадровое планирование в травматологической организации включает:
1. определение численности персонала по категориям и квалификации
 2. планирование дополнительной потребности в работниках
 3. планирование использования и сокращения персонала
 4. формирование тактики управления персоналом
 5. изменение штатного расписания
 6. расчет планового фонда заработной платы
30. Замечания, предупреждения, выговор, строгий выговор воспринимаются как...
1. распорядительные воздействия
 2. организационные воздействия
 3. материальные поощрения и взыскания
 4. дисциплинарная ответственность
 5. административная ответственность
- Тесты:
31. Понятие отморожение или обморожение-это...
- 1) повреждение тканей организма под воздействием низких температур. Нередко сопровождается общим переохлаждением организма и особенно часто затрагивает выступающие части тела, такие как ушные раковины, нос, недостаточно защищенные конечности, прежде всего пальцы рук и ног
 - 2) повреждение тканей организма, вызванное действием высокой температуры или действием некоторых химических веществ (щелочей, кислот, солей тяжелых металлов и др.)
 - 3) расстройство жизнедеятельности организма, возникшее вследствие попадания в организм яда или токсина, а также действие, вызвавшее такое заболевание (например, убийство или самоубийство с помощью яда)
32. Понятие ожог-это...
- 1) повреждение тканей организма под воздействием низких температур. Нередко сопровождается общим переохлаждением организма и особенно часто затрагивает выступающие части тела, такие как ушные раковины, нос, недостаточно защищенные конечности, прежде всего пальцы рук и ног
 - 2) повреждение тканей организма, вызванное действием высокой температуры или действием некоторых химических веществ (щелочей, кислот, солей тяжелых металлов и др.)
 - 3) расстройство жизнедеятельности организма, возникшее вследствие попадания в организм яда или токсина, а также действие, вызвавшее такое заболевание (например, убийство или самоубийство с помощью яда).
33. При высокой температуре теплоотдача
- 1) уменьшается
 - 2) увеличивается
 - 3) не изменяется
 - 4) изменяется периодически
34. Какой из перечисленных факторов, чаще всего вызывает ожоги в быту?
- 1) солнце
 - 2) кипяток;
 - 3) кислота
 - 4) горячий металл
35. По количеству смертельных исходов ожоги уступают только 1) травмам полученным в автомобильных авариях 2) отравлениям угарным газом 3) Электротравма 4) падение с высоты

36. Можно ли трогать руками человека лежащего без сознания возле электропровода
1. да
 2. Нет
37. Чем опасно инфракрасное излучение для глаз человека
1. Ожогом сетчатки и роговицы
 2. Дакриоциститом
 3. Отслоением сетчатки
38. К профилактике бытовых ожогов относится
1. не использовать электроприборы с поврежденной изоляцией
 2. не использовать огнетушитель в домашних условиях
 3. Не рекомендуется устанавливать противопожарную сигнализацию в квартире
39. К профилактике солнечных ожогов относится
1. использование солнцезащитных средств
 2. нанесение масел на открытые участки кожи
 3. одежда с большой площадью открытых участков
40. Какой факторам риска при общем замерзании не относится:
1. скорость ветра
 2. время суток
 3. легкая одежда
41. При термических ожогах давностью 6 месяцев с келлоидными рубцами целесообразно применять:
1. синусоидальные модулированные токи
 2. ток надтональной частоты
 3. фонофорез террилитина
42. Равномерная розовая или красная окраска обнаженной в результате отслойки покрывки пузыря дермы характерна для ожогов:
1. II степени.
 2. IIIa степени.
 3. IIIб степени.
43. При химическом ожоге II степени выявляется
1. поражение всех слоёв кожи
 2. Гиперемия и отек кожи
 3. Поражение эпидермиса и верхних слоев дермы
44. Равномерная розовая или красная окраска обнаженной в результате отслойки покрывки пузыря дермы характерна для ожогов
1. II степени
 2. IIIa степени
 3. IIIб степени
45. Укажите какая классификация отморожений принята в России
- 1) 4 степенная с подразделением III ст. на А и Б
 2. 3 степенная
 3. 4 степенная
46. Какова глубина поражения кожи при ожоге III А степени
1. поражение до верхушек росткового слоя,
 2. поражение кожи с частичным поражением подкожножирового слоя,
 3. поражение кожи и кожных придатков – волосяных фолликулов,
47. Каким способом определения площади ожоговой поверхности пользуются у детей
1. правило ладони
 2. по Вилявину
 3. по таблице Ланда
48. По глубине поражения ожоги подразделяются на
1. 1, 2, 3, 4 степени
 2. 1, 2, 3а, 3б, 4 степени
 3. 1, 2, 3, 4, 5 степени
49. Для ожогов 2 степени характерно
1. Покраснение, отек кожи (припухлость), боль
 2. Покраснение, отек кожи (припухлость), боль, пузыри, наполненные прозрачной желтоватой жидкостью
 3. Омертвление эпидермиса и частично собственно кожи, дно раны болезненно

50. Ведущий вид радиоактивного воздействия с наибольшей вероятностью ожогового повреждения
1. внешнее гамма излучение
 2. контакт кожи с радиоактивными веществами
 3. изотоп йода 131
51. Показания к удалению радиоактивных веществ с незащищенных участков кожи
1. время контакта радиоактивных веществ с кожей
 2. мощность дозы на коже и время контакта
 3. опасность облучения
52. Продукты питания, представляющие опасность ожога ЖКТ, на территории радиоактивного облака
1. мясо и молоко животных, выпасаемых на загрязненных пастбищах, урожай на корню
 2. рыба
 3. Овощи и фрукты
53. Основные задачи службы экстренной медицинской помощи при ЧС эвакуация и сортировка
1. да 2. Нет
54. Предельно допустимая доза ГАММА - облучения не приводящая к радиационному ожогу
1. 0.5 рад
 2. 15 рад
 3. 45 рад
55. Врачебно-сестринская бригада при ожогах в условия ЧС за 6 часов может оказать первую врачебную помощь 20-25 больным
1. да 2. Нет
56. Лечебно –профилактические учреждения, принимающие участие в лечение ожоговых повреждений при ЧС
1. Центр медицины катастроф
 2. Городские и сельские больницы
 3. Центральные районные больницы
 4. Все выше перечисленное
57. Виды медицинской помощи при ожоговой травме , предусмотренные на догоспитальном этапе при ЧС
1. Любая, которую можно использовать
 2. Первая медицинская, доврачебная, первая врачебная
 3. первая медицинская, доврачебная
58. Объем хирургической помощи при массовых повреждениях
1. торакотомия, лапаротомия, операция на конечностях
 2. офтальмологические операции
 3. микрохирургические операции на пальцах кисти
59. Инфекции какой группы в первую очередь осложняют течение ожоговых травм при ЧС
1. Стрептококковая, стафилококковая
 2. Риккетсиозы
 3. Шигеллезы
60. К поверхностным ожогам, заживление которых возможно при консервативном лечении (без пересадки кожи), относят ожоги
1. 1, 2 степени 4. 3б, 4 степени
 2. 1, 2, 3а, 3б, 4 степени 5. 1, 2, 3 степени
 3. 1, 2, 3а степени
61. Летальность у пациентов с ожогами, поступивших в стационар в среднем
- 1) 16% 2) 5% 3) 9%
- Ответ 3
62. Смертность, ассоциированная с ожоговой травмой, оценивается как 321,8 на 1000 населения
1. да 2. нет
63. Ожоги входят в число основных причин потерянных лет жизни, скорректированных на

инвалидность

1. Да 2. нет

64. В Российской Федерации термические ожоги занимают ... место среди прочих травм

1. первое

2. второе

3. третье

65. Процент инвалидизации при ожоговой травме составляет

1. 20%

2. 10%

3. 3%

66. Средний оборот койки для лечения больных ожогами составляет

1. 25

2. 17

3. 12

67. Госпитальная летальность при площади ожога до 20% составляет

1. 30%

2. 12%

3. 60%

68. Госпитальная летальность при площади ожога от 21 до 40% составляет

1. 33%

2. 12%

3. 60%

69. Госпитальная летальность при площади ожога от 41 до 60% составляет

1. 80%

2. 26%

3. 33%

70. Госпитальная летальность при площади ожога более 60% составляет

1. 25%

2. 70%

3. 10%

71. Выберите из перечисленных методов определения величины (площади) обожженной поверхности правило «девятки»:

1. Площадь ладони пораженного составляет 1 % общей поверхности тела.

2. Площадь ожога измеряют путем наложения на пораженный участок стерильной прозрачной пленки с нанесенной на неё миллиметровой сеткой и обведения контуров поражения чернилами с последующим расчетом площади поражения.

3. Голова и шея – 9 %

Передняя и задняя поверхность туловища – по 18 %

Каждая верхняя конечность – по 9 %

Каждая нижняя конечность – по 18 %

Промежность – 1 %

72. Развитие ожогового шока обусловлено

1. Интоксикацией организма вследствие всасывания продуктов распада тканей из зоны повреждения.

2. Болевой импульсацией из ожоговой раны.

3. В результате выхода жидкой части крови из сосудистого русла в область ожога и уменьшения объема циркулирующей крови

73. Что не характерно для торпидной фазы шока

1) адинамия,

2) заторможенность,

3) двигательное возбуждение,

74. С какой целью в клинической практике используется индекс Франка

1. для оценки степени снижения объема циркулирующей крови

2. для оценки интенсивности болевого синдрома при травматическом шоке

3. для оценки степени тяжести ожогового шока

4. для оценки степени снижения пульсового артериального давления при ожоговом шоке

75. Периодом ожоговой болезни не является:
1. Острая токсемия.
 2. Септикотоксемия.
 3. Ожоговое истощение.
 4. Реконвалесценция.
76. С помощью какой пробы можно различить глубокий ожог кожи
1. способ иголки
 2. кардиолипиновая проба
 3. проба с «нитью»
77. Ожоговая болезнь не возникает при повреждении
1. 30 % поверхности тела у взрослого /II ст./
 2. 5 % поверхности тела у детей /III ст./
 3. 8 % поверхности тела у взрослых /III Б ст./
 4. током
 5. 15 % поверхности тела у стариков /II ст./
78. Ожоговая болезнь возникает при
1. ожоге дыхательных путей
 2. ожоге роговицы глаза
 3. поверхностном поражении всей волосистой части головы
 4. ожоге II ст. всех пальцев верхних конечностей
 5. при электротравме
79. В зависимости от локализации первичных патологических изменений контрактуры делят
1. на дерматогенные, десмогенные, тендогенные, миогенные и артрогенные
 2. на послеожоговые, неврогенные, рефлекторные
80. При ожогах III-IV степени через 3 недели после аутопластики целесообразно применять:
1. эритемотерапию
 2. электрическое поле УВЧ
 3. электрофорез протеолитических ферментов
 4. дарсонвализацию
 5. баротерапию
81. Каково должно быть соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов при инфузионной терапии ожогового шока II степени:
1. 1,0:1,0
 2. 1,2:1,0
 3. 2,0:1,0
 4. 2,0:1,5
82. Общий объем инфузий в первые сутки при тяжелом ожоговом шоке составляет (мл/кг):
1. 30-70
 2. 70-90
 3. 90-120
83. Операцией выбора при обширных глубоких ожогах является:
1. Аутодермопластика полнослойным кожным лоскутом.
 2. Аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом.
 3. Аутодермопластика кожным лоскутом на питающей ножке.
84. Пациенту в ожоговом шоке не может быть выполнена:
1. Некротомия.
 2. Некрэктомия.
 3. Фасциотомия.
85. Реконструктивные операции по поводу послеожоговых рубцовых деформаций выполняются, как правило, не ранее:
1. 1 месяца после заживления ран.
 2. 3 месяцев после заживления ран.
 3. 6 месяцев после заживления ран.
86. В какой период ожоговой болезни можно применить кожную пластику
1. эректильная фаза ожогового шока,
 2. торпидная фаза ожогового шока,

3. токсемиа,
 4. септикоксемиа,
 5. любой период ожоговой болезни
87. В терапии острого периода ожоговой травмы не обязательно назначать:
- 1.Регидратацию.
 - 2.Анальгезию.
 - 3.Антибактериальную терапию.
88. Какое мероприятие является основным при лечении I ст. ожоговой болезни
1. детоксикация,
 2. гипотермия,
 3. противошоковая терапия,
 4. парентеральная терапия,
 5. первичная хирургическая обработка.
89. В отделение реанимации поступил больной с термическим ожогом кожи II-III ст..Масса тела 70кг; площадь ожоговой поверхности 15 %. Рассчитать объем жидкости для в/в инфузии по формуле Брокка. Объем вводимой в/в жидкости равен
1. 2,1л,
 2. 2,2л,
 3. 5,6л,
 4. 4,5л,
 5. 10,3л.
90. Основной состав бригады для транспортировки больного с ожоговой травмой состоит из
1. Реаниматолог, сестра-анестезистка, водитель санитар
 2. Реаниматолог, сестра-анестезистка, водитель санитар, травматолог
 3. Сестра-анестезистка, водитель санитар, травматолог
91. Является ли нестабильная гемодинамика у пострадавшего противопоказанием к транспортировке
1. да 2. нет
92. Во время транспортировки пострадавшего с ожоговой травмой проводится инфузионная терапия
1. да 2. нет
93. Во время транспортировки пострадавшего с ожоговой травмой проводится респираторная поддержка
1. да 2. Нет
94. Во время транспортировки пострадавшего с ожоговой травмой проводится соответствующее медикаментозное лечение
1. да 2. нет 3. при наличии показаний
95. Наиболее негативным фактором при транспортировке больного с ожоговой травмой в условиях полета является
1. вибрация
 2. шум двигателя
 3. изменение парциального давления
96. Транспортировку больного с ожоговой травмой производит только специальной транспортировочной бригадой
1. да 2. Нет
97. Оценка тяжести состояния больного с ожоговой травмой проводится при первичном осмотре
1. да 2. Нет
98. Оценка тяжести состояния больного с ожоговой травмой проводится после предтранспортировочной подготовки
1. да 2. нет
99. Оценка тяжести состояния больного с ожоговой травмой проводится во время транспортировки
1. Каждый час
 2. Каждые два часа
 3. Каждые три часа

100. При ожогах III-IV степени через 3 недели после аутопластики целесообразно применять

1. эритемотерапию
2. электрическое поле УВЧ
3. электрофорез протеолитических ферментов
4. дарсонвализацию
5. баротерапию

2.3. Раздел 3 «Врожденные заболевания опорно-двигательного аппарата»

Трудоемкость - 108 часов, в том числе:

лекции – 6 часов,

практические занятия – 66 часов.

самостоятельная работа- 36 часов.

Темы лекций:

1. Детский церебральный паралич. Ортопедические последствия. Профилактика, диагностика и оперативные методы лечения – 2 часа.
2. Реабилитация детей с церебральными параличами- 2 часа.
3. Пороки развития конечностей, позвоночника и грудной клетки. Диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения- 2 часа.

Семинарские занятия:

1. Патология тазобедренного сустава диспластического генеза у детей и подростков- 8 часов.
2. Пороки развития конечностей. Диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения- 8 часов.
3. Врожденные пороки развития опорно-двигательного аппарата: мышечная косолопасть и мышечная кривошея - 8 часов.
4. Врожденный сколиоз– 8 часов.
5. Пороки развития грудной клетки Диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения – 8 часов.
6. Врожденные пороки развития нижних конечностей – 8 часов.
7. Врожденные пороки развития верхних конечностей. – 6 часов.
8. Врожденный вывих бедра. Выявление ранних признаков врожденного вывиха бедра. Поздний врожденный вывих бедра. Методы лечения - 6 часов.
9. Наследственно-генетические синдромы и заболевания, сопровождающиеся сколиотической деформацией позвоночника – 6 часов.

Самостоятельная работа:

- Врожденные системные заболевания скелета;
- Врожденные деформации позвоночника и грудной клетки.

Оценочные материалы

Ситуационные задачи:

Задача 1. В родильном доме педиатром при осмотре новорожденного обнаружен симптом “щелчка” при отведении правого бедра, ограничение разведения бедер. К Вам на прием родители обратились, когда ребенку исполнилось три недели. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения ребенка.

Задача 2. Вы осматриваете новорожденного ребенка в возрасте 3-х недель, родившегося с симптомами перенесенной перинатальной гипоксии. Определяется выраженный гипертонус мышц конечностей. Отведение бедер ограничено. Ваш предварительный диагноз, план обследования и тактика лечения.

Задача 3. У ребенка 6 месяцев диагностирован левосторонний врожденный вывих бедра. Какие клинические и рентгенологические симптомы Вы выявите у этого ребенка. Ваша тактика лечения и прогноз.

Задача 4. Вы осматриваете ребенка 1 года 3-х месяцев, который только начал ходить. Походка “утиная”. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.. Прогноз.

Задача 5. Ребенок 5 лет последние 4 недели прихрамывает, жалуется на боли в правом коленном суставе. При осмотре патологии со стороны коленного сустава не выявлено. Сгибание и ротационные движения в правом тазобедренном суставе ограничены, болезненны. Температура и анализы крови в норме. Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения

Задача 6. Мальчик 13 лет (вес 52 кг) жалуется на боли в правой нижней конечности, прихрамывает при ходьбе. При осмотре ротационные движения в тазобедренном суставе болезненны, других изменений не выявлено. Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Задача 7. Вы осматриваете ребенка 14 дней и отмечаете, что он держит голову в положении наклона влево и поворота в правую сторону. При пальпации определяется веретенообразное уплотнение по ходу левой кивательной мышцы. Лимфоузлы не увеличены. Признаков воспаления нет. Ваш диагноз и тактика лечения.

Задача 8. У новорожденного ребенка 7 дней Вы выявили патологическую установку стоп - подошвенное сгибание и супинацию. Ваш диагноз и тактика лечения. Осложнения при поздней диагностике

Задача 9. В течение 3-х месяцев ребенок 8 лет жалуется на боли в области средней трети голени, которые его беспокоят только к вечеру и ночью. В то же время в течение всего дня мальчик активен и занимается физкультурой в школе. При осмотре голени никаких патологических симптомов не выявлено. Анализы крови, мочи, биохимия крови - в норме. Ваш предварительный диагноз. План обследования и тактика лечения.

Задача 10. У новорожденного ребенка, рожденного путем кесарева сечения в связи с поперечным положением плода, отмечено вынужденное, с отведением положение правой ножки. Активные движения отсутствуют, пассивные резко болезненны. На границе верхней и средней трети бедра отмечается угловая деформация, крепитация и патологическая подвижность. Диагноз, первая помощь, тактика врача родильного дома. План обследования, тактика лечения и прогноз.

Тестовые задания:

1. Аномалии развития каких структур могут привести к развитию врожденных деформаций позвоночника?

1. тел позвонков
2. межпозвонковых дисков
3. ребер
4. всех этих структур

2. Какой сколиоз называют диспластическим?

1. врожденный
2. на почве нейрофиброматоза
3. на почве синингомиелии
4. на почве опухоли спинного мозга

3. Основными типами врожденных аномалий являются:

1. аномалии формирования
2. аномалии сегментации
3. смешанные аномалии

4. Сколиозы какой этиологии не существуют:

1. идиопатические
2. врожденные
3. Рахитические

5. Болезнь Клипель-Фейля - это:

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

6. Врожденные заболевания ОДС у детей составляют около ...% всей патологии ОДС детского возраста

1. 30
2. 50
3. 75
7. Анатомические и функциональные изменения в суставе при всех формах аномалии с возрастом
 1. не изменяются
 2. прогрессируют
 3. регрессируют
8. Врожденная косолапость наблюдается чаще у мальчиков
 1. да
 2. нет
9. Врожденная косолапость бывает двусторонней
 1. да
 2. нет
10. Болезнь Клиппель-Фейля
 1. Врожденное заболевание+
 2. приобретенное заболевание
11. Устав организации, правила трудового распорядка, положения о структурных подразделениях в травматологии являются инструментами ... методов:
 1. административных
 2. экономических
 3. социально-психологических
 4. комплексных
 5. правовых
12. Документ, включающий основные положения, принципы деятельности организации, правила и нормы поведения работников, их внешнего вида — это ...
 1. миссия организации
 2. философия организации
 3. корпоративная культура
 4. корпоративный кодекс
 5. коллективный договор
 6. правила трудового распорядка
13. Специалисты в системе управления в травматологии в зависимости от занимаемой должности подразделяются на ...
 1. ведущих, главных, ведомых
 2. ИТР, канцелярских работников
 3. старших, главных, ведущих
 4. постоянных, сезонных, временных
 5. внутренних, внешних
14. Современное деление персонала в травматологической организации включает:
 1. рабочие основные
 2. рабочие вспомогательные
 3. рабочие, включая учеников
 4. ученики
 5. инженерно-технические работники (ИТР)
 6. служащие
 7. младший обслуживающий персонал+
 8. охран
 9. специалисты.
15. На структуру системы управления персоналом в травматологической организации влияют следующие внешние факторы:
 1. отрасль, сфера деятельности
 2. специализация региона
 3. состояние экономики страны
16. Кадровое планирование в травматологической организации включает:
 1. определение численности персонала по категориям и квалификации

2. планирование дополнительной потребности в работниках
3. планирование использования и сокращения персонала
4. формирование тактики управления персоналом
5. изменение штатного расписания
6. расчет планового фонда заработной платы
17. Инцидент, повод, причины, конфликтная ситуация, субъекты конфликта, предмет его составляют...
 1. внутреннюю среду конфликта
 2. инфраструктуру
 3. внешнюю среду
 4. структуру конфликта
 5. систему конфликта
18. Замечания, предупреждения, выговор, строгий выговор воспринимаются как...
 1. распорядительные воздействия
 2. организационные воздействия
 3. материальные поощрения и взыскания
 4. дисциплинарная ответственность
 5. административная ответственность
19. Процесс побуждения работников к достижению целей это ...
 1. потребности
 2. стимулирование
 3. мотивация
 4. принуждение
 5. самоутверждение
20. Кадровая психодиагностика в травматологии направлена на изучение...
 1. состояния охраны труда
 2. профессиональной пригодности, успешности
 3. межличностных взаимодействий в процессе труда
 4. индивидуальных характеристик личности
21. Критерии оценки эффективности работы ВОП/(СВ) регламентированы приказом МЗ:
 1. № 237
 2. № 350
 3. № 325
 4. № 402
22. Оснащение общеврачебных практик регламентировано приказами МЗ:
 1. № 237, 487 и 326
 2. № 463 и 350
 3. № 237, 350 и 753
 4. № 402 и 753
23. Определяющим фактором в методиках оценки экономической эффективности целевых программ здравоохранения является:
 1. достижение высоких результатов минимальными ресурсами
 2. соответствие цели планируемому результату
 3. сбережение материально-финансовых ресурсов
24. Кому подчиняется страховая медицинская организация?
 1. министру здравоохранения Российской Федерации;
 2. министру финансов Российской Федерации
 3. министру социальной защиты населения
 4. не подчиняется никому из вышеперечисленных.
25. Какие медицинские учреждения подлежат лицензированию:
 1. частные амбулаторно-поликлинические учреждения
 2. научно-исследовательские институты
 3. государственные больницы
 4. все медицинские учреждения независимо от форм собственности
26. Участие страховых организаций в формировании организаций медицинских тарифов в

сфере здравоохранения заключается:

1. в расчете медицинских тарифов
2. в согласовании медицинских тарифов
3. в утверждении медицинских тарифов

27. Какой документ выдается медицинскому учреждению в сфере здравоохранения после успешного прохождения аккредитации?

1. диплом
2. свидетельство
3. лицензия
4. сертификат

28. Кому подчиняется страховая медицинская организация в сфере здравоохранения?

1. министру здравоохранения Российской Федерации
2. министру финансов Российской Федерации
3. министру социальной защиты населения
4. не подчиняется никому из вышеперечисленных

29. Для чего предназначены фонды обязательного медицинского страхования в сфере здравоохранения?

1. для профессиональной подготовки кадров
2. для финансирования медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях
3. для финансирования системы добровольного медицинского страхования
4. для обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и финансирования ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь застрахованным

30. Для чего предназначены фонды обязательного медицинского страхования в сфере здравоохранения?

1. для профессиональной подготовки кадров
2. для финансирования медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях
3. для финансирования системы добровольного медицинского страхования
4. для обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и финансирования ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь застрахованным

31. К специальным упражнениям для профилактики косолапости не относятся:

1. упражнения для укрепления мышц, поддерживающих свод стопы
2. упражнения, укрепляющие мышцы голени, бедра
3. упражнения, укрепляющие мышцы, поддерживающие позвоночник в правильном положении
4. упражнения для укрепления мышц плечевого пояса и тазового дна

32. Исходными положениями для разгрузки позвоночника могут быть:

1. сидя на стуле
2. лежа на спине и животе, стоя на четвереньках
3. стоя

33. Данная профилактика может замедлить прогрессирование врожденного сколиоза:

- лечебная физкультура;
- занятия спортом с соответствующими возрастными ограничениями;
- рациональное питание, сдерживающее нарастание массы тела;
- пользование для переноса груза рюкзаком;
- дневной отдых и сон в положении лежа;
- медикаментозное лечение;
- санаторно-курортное лечение

34. К клинко-физиологическому обоснованию применения ЛФК для профилактики прогрессирования врожденного сколиоза не относят:

1. нарушений функций внешнего дыхания, сердечно-сосудистой системы
2. нарушение функции пищеварения
3. деформации позвоночника

4. деформации грудной клетки
- 5 слабости мышечно-связочного аппарата
- 35.Ранняя диагностика врожденного сколиоза у детей возможна по наличию:
 1. Симптом атипичного роста волос
 2. Косолапость
 3. Саблевидные голени
- 36.Наиболее ранняя диагностика врожденного сколиоза у детей возможна по наличию:
 - 1Симптом Бонне-Бобровниковой
 - 2 признаки дисплазии кожных покровов в проекции позвоночника
- 37.К клинико-физиологическому обоснованию применения ЛФК для профилактики прогрессирующего врожденного сколиоза не относят:
 1. нарушений функций внешнего дыхания, сердечно-сосудистой системы
 2. нарушение функции пищеварения
 3. деформации позвоночника
 4. деформации грудной клетки
 - 5 слабости мышечно-связочного аппарата
- 38.Возможна ли профилактика возникновения детского церебрального паралича у новорожденных проводя своевременное лечение таких патологий как:
 - 1.Хроническая внутриутробная гипоксия плода
 2. Внутриутробные инфекции
 3. Травмы головного мозга в постнатальном периоде
 4. все перечисленное
- 39.Какие из рекомендаций профилактуют прогрессирующее врожденное вывиха бедра у новорожденных при ранней его диагностике:
 1. Исследование генетического анамнеза
 2. Отказ от вредных привычек беременной
 3. Сбалансированное питание
 4. Активный образ жизни
 5. все верно
- 40.Какие из рекомендаций профилактуют прогрессирующее врожденное косолапости новорожденных:
 - 1.ЛФК
 - 2.Массаж
 3. Ношение ортопедической обуви
 4. все верно
41. Частота диспансерных осмотров у больных с деформацией конечностей на почве повреждений и заболеваний центральной и периферической нервной системы:
 1. 1 раз в год
 2. 2 раза в год
 3. 4 раза в год
- 42.Какой тип врожденных деформаций позвоночника наиболее часто сопровождается развитием компрессионно-ишемической миелопатии?
 1. сколиоз
 2. кифоз
 3. Кифосколиоз
 - 4 лордоз
- 43.Аномалии развития каких структур могут привести к развитию врожденных деформаций позвоночника?
 1. тел позвонков
 2. межпозвонковых дисков
 3. ребер
 4. всех этих структур
- 44.Основными типами врожденных аномалий являются:
 1. аномалии формирования
 2. аномалии сегментации

3. смешанные аномалии
45. Сколиозы какой этиологии не существуют:
 1. идиопатические
 2. врожденные
 3. рахитические
46. Врожденную кривошею следует отнести:
 1. к миогенной деформации
 2. к десмогенной деформации
 3. к неврогенной деформации
 4. к дермо-десмогенной деформации
 5. к конституционной деформации
47. Патологическая установка стопы при врожденной косолапости складывается:
 1. из приведения, супинации и подошвенного сгибания
 2. из отведения, супинации и подошвенного сгибания
 3. из приведения, пронации и тыльного сгибания
 4. из отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении
 5. из эквинусной установки стопы
48. Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует:
 1. в период новорожденности
 2. в первые полгода жизни
 3. до 1 года
 4. до 2 лет
49. При врожденном ложном суставе большеберцовой кости целесообразно:
 1. наложение аппарата для компрессионно-дистракционного остеосинтеза
 2. резекция участка псевдартроза с аутопластикой
 3. резекция с аллопластикой
 4. резекция с пластикой на сосудистой ножке в условиях стабильной фиксации
 5. консервативное лечение
50. Этиология врожденного вывиха надколенника:
 1. прямая травма
 2. порок развития
 3. анатомические дефекты области коленного сустава
 4. дисплазии
 5. наследственная передача
51. Показатели минеральной плотности кости по Т-критерию при остеопении составляют после аварий на АЭС:
 1. от +2.5 до - 1 стандартных отклонения от пиковой костной массы
 2. от - 1 до - 2.5 стандартных отклонений от пиковой костной массы
52. После перенесенной внутриутробной инфекции возникает врожденная косолапость. Консервативное лечение начинают:
 1. с рождения
 2. через 1 месяц после рождения
 3. через 3 месяца после рождения
 4. через полгода после рождения
 5. в возрасте 1 год
53. Где могут располагаться нейрофибромы при диспластическом сколиозе:
 1. внутриканально
 2. внеканально
 3. внутри- и внеканально
54. Патологический очаг в костях при фиброзной остеодисплазии распространяется, как правило:
 1. в ширину
 2. по ходу костномозгового канала
 3. проходит через зону роста
55. При болезни Олье возможно наличие синдрома:
 1. Фюрмайера

2. Олбрайта
3. Маффучи
4. ни одного из перечисленных
56. Какой метод исследования наиболее информативен при врожденных деформациях позвоночника:
 1. обзорная рентгенография
 2. МСКТ
 3. функциональная рентгенография
 4. рентгеноскопия
 5. все перечисленное
57. При врожденной кривошее со 2-7 недели жизни ребенка можно начинать:
 1. электромагнитное поле СВЧ (460 МГц)
 2. коротковолновое ультрафиолетовое излучение
 3. ультразвук и озокеритовые аппликации
 4. аэроионотерапию
 5. все перечисленное
58. Оперативное лечение врожденной косорукости (костно-пластическое замещение дефекта кости) следует проводить:
 1. в первые месяцы жизни
 2. до 3 лет
 3. в 3-5 лет
 4. в 5-7 лет
 5. в 10-12 лет
59. Незамеченная вовремя болевая контрактура приводящих мышц при лечении врожденного вывиха с помощью шины Виленского может привести:
 1. к асептическому некрозу головки бедренной кости
 2. к шоку
 3. к разрыву капсулы
 4. к скручиванию бедра
 5. к нарушению кровообращения в стопах
60. Лечение плоско-вальгусной стопы включает:
 1. этапные гипсовые повязки
 2. лангеты из полевика + ЛФК, массаж, электростимуляция мышц
 3. ношение ортопедической обуви
 4. ЛФК, массаж
 5. лечения не требует
61. Частота встречаемости ДЦП у новорожденных:
 1. 2 к 1000
 2. 10 к 1000
 3. 5 к 1000
62. ДЦП чаще встречается:
 1. у мальчиков
 2. у девочек
63. Частота встречаемости врожденного вывиха бедра:
 1. 3-8 к 1000
 2. 10 к 1000
 3. 15 к 1000
64. Врожденный вывих бедра чаще встречается:
 1. У девочек
 2. У мальчиков
65. Частота встречаемости врожденной косолапости:
 1. 1 к 1000
 2. 10 к 1000
 3. 15 к 1000
66. Врожденная косолапость чаще встречается:
 1. У девочек

2. У мальчиков
67. Двусторонняя косолапость наблюдается в:
 1. 30-50%
 2. 50-60%
 3. 10%
68. Врожденная кривошея составляет ... врожденной патологии опорно-двигательного аппарата:
 1. 12.4%
 2. 25%
 3. 50%
69. Частота встречаемости врожденных аномалий развития позвоночника:
 1. 2-11%
 2. 20-25%
 3. 15-25%
70. Частота встречаемости интраканальной патологии у пациентов с врожденными деформациями позвоночника:
 1. 15-38%
 2. 10%
 3. 30-50%
71. Какой тип врожденных деформаций позвоночника наиболее часто сопровождается развитием компрессионно-ишемической миелопатии?
 1. сколиоз
 2. Кифоз
 3. Кифосколиоз
 - 4 лордоз
72. Патологическая установка стопы при врожденной косолапости складывается:
 1. из приведения, супинации и подошвенного сгибания
 2. из отведения, супинации и подошвенного сгибания
 3. из приведения, пронации и тыльного сгибания
 4. из отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении
 5. из эквинусной установки стопы
73. Какой метод исследования наиболее информативен при врожденных деформациях позвоночника:
 1. обзорная рентгенография
 2. МСКТ
 3. функциональная рентгенография
 4. рентгеноскопия
 5. все перечисленное
74. Этиологическим фактором врожденного вывиха бедра является:
 1. воспалительный процесс
 2. травматический фактор
 3. дисплазия
 4. неправильное расположение плода в утробе матери
 5. нарушение обменных процессов
75. При врожденной мышечной кривошее нет:
 1. «опухоли» кивательной мышцы
 2. наклона головы в одну сторону
 3. повышения местной температуры
 4. развития ассиметрии лица
76. Признаки врожденной мышечной кривошеи выявляются:
 1. в первые 3-5 дней после рождения
 2. на 10-14 день после родов
 3. в месячном возрасте
 4. в 3-месячном возрасте
 5. клинические симптомы не выражены до года
77. Характерной клинической симптоматикой при врожденном отсутствии дистального

отдела малоберцовой кости является:

1. укорочение конечности
2. искривление конечности
3. отсутствие пальцев
4. искривление конечности, эквино-вальгусная стопа
5. укорочение, утолщение и искривление большеберцовой кости, отсутствие наружной лодыжки, эквинус или вальгус пороочно развитой стопы

78. Этиология врожденного вывиха надколенника:

1. прямая травма
2. порок развития
3. анатомические дефекты области коленного сустава
4. дисплазии
5. наследственная передача

79. Эффективна ли МРТ-диагностика у больных, которым имплантированы намагничивающиеся металлоконструкции:

1. да
2. Нет

80. Целесообразно ли выполнять рентгенографию шейного отдела позвоночника при врожденной кривошее

1. да
2. нет

Пкб

81. При каком типе сколиоза консервативное лечение наиболее эффективно?

1. врожденный
2. паралитический
3. идиопатический

82. Какой метод лечения врожденных деформаций позвоночника наиболее эффективен?

1. корсетотерапия
2. ЛФК
3. дорсальный спондилодез
4. циркулярный спондилодез

83. Противопоказаниями к вытяжению грузом у больных с остеохондрозом позвоночника являются:

1. деформирующий спондилез, остеопороз позвонков
2. грубые врожденные аномалии позвоночника
3. органические заболевания сердца и сосудов
4. парезы и параличи
5. все перечисленное

84. Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует:

1. в период новорожденности
2. в первые полгода жизни
3. до 1 года

85. При врожденном ложном суставе большеберцовой кости целесообразно:

1. наложение аппарата для компрессионно-дистракционного остеосинтеза
2. резекция участка псевдартроза с аутопластикой
3. резекция с аллопластикой
4. резекция с пластикой на сосудистой ножке в условиях стабильной фиксации
5. консервативное лечение

86. Оптимальный возраст для хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи:

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

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

1. в первые месяцы жизни
 2. до 3 лет
 3. в 3-5 лет
 4. в 5-7 лет
 5. в 10-12 лет
88. Незамеченная вовремя болевая контрактура приводящих мышц при лечении врожденного вывиха с помощью шины Виленского может привести:
1. к асептическому некрозу головки бедренной кости
 2. к шоку
 3. к разрыву капсулы
 4. к скручиванию бедра
 5. к нарушению кровообращения в стопах
89. При врожденном вывихе надколенника наиболее широко применяются операции:
1. на костях
 2. на суставе
 3. на сухожильно-мышечном аппарате
 4. смешанные вмешательства
90. Показанием к оперативному лечению при болезни Клипель-Фейля является:
1. врожденный синостоз тел позвонков
 2. развитие неврологической симптоматики на уровне сохранного межпозвонкового диска+
 3. ограничение движений в шейном отделе позвоночника
91. За эвакуацию беременных женщин, рожениц и родильниц при преждевременных родах отвечает закон 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ
1. да
 2. нет
92. закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ это
1. Организация медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц при преждевременных родах
 2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации
93. К осложнениям во время транспортировки при ЧС относится внутричерепная гипертензия
1. да
 2. нет
94. К осложнениям во время транспортировки при ЧС относится бронхоспазм
1. да
 2. нет
95. К осложнениям во время транспортировки при ЧС относится гипотермия
1. да
 2. нет
96. К осложнениям во время транспортировки при ЧС относится аритмия
1. да
 2. нет
97. К осложнениям во время транспортировки при ЧС относится рефрактерный шок
1. да
 2. нет
98. Основной задачей при угрожающих преждевременных родах является транспортировка пациентки с внутриутробным плодом на сроке
1. 30-32 нед
 2. 22-24 нед
 3. 18- 20 нед
99. Успешные организационные мероприятия во время транспортировке при ЧС у новорожденного
1. сурфактант
 2. применение антибиотиков
 3. современные методы респираторной поддержки
 4. все перечисленное

100. Транспортировка может проводиться в сопровождении врача с помощью

1. транспортом ЛПУ;
2. рейсовым самолетом;
3. железнодорожным транспортом
4. все перечисленное

2.4. Раздел 4 «Приобретенные заболевания опорно-двигательного аппарата»

Трудоемкость – 144 часа, в том числе;

лекции – 6 часов,

практические занятия – 102 часа.

самостоятельная работа – 36 часов.

Темы лекций:

1. Деформирующие артрозы. Артриты. (Этиология, эпидемиология. Диагностика. Лечение.) - 2 часа.
2. Сколиотическая болезнь - Этиология. Классификации деформаций позвоночника- 2 часа.
3. Эндопротезирование суставов - 2 часа.

Практические занятия:

1. Нейромышечные сколиозы - 6 часа.
2. Обследование больного с деформацией позвоночника. Этиология. Классификации деформаций позвоночника- 6 часа.
3. Патогенез формирования паралитического сколиоза. Консервативное и оперативное лечение паралитического сколиоза -6 часа.
4. Нормальный позвоночник в аспекте его трехмерности. Понятие санитарного баланса- 6 часа.
5. Сколиотическая болезнь: этиология, патогенез, лечение- 6 часа.
6. Хирургическое лечение деформаций позвоночника - 6 часа.
7. Заболевания тазобедренного сустава. Показания и противопоказания к консервативному и хирургическому лечению. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Показания и противопоказания . Предоперационное планирование. Типы протезов – 6 часов.
8. Заболевания коленного сустава. Показания и противопоказания к консервативному и хирургическому лечению. Эндопротезирование коленного сустава Показания и противопоказания . Предоперационное планирование. Типы протезов – 6 часов.
9. Заболевания локтевого и плечевого суставов. Показания и противопоказания к консервативному и хирургическому лечению. Эндопротезирование локтевого и плечевого суставов Предоперационное планирование. Типы протезов – 8 часов.
10. Заболевания голеностопного сустава. Показания и противопоказания к консервативному и хирургическому лечению. Эндопротезирование голеностопного сустава и суставов стопы. Показания и противопоказания . Предоперационное планирование – 8 часов.
11. Заболевания суставов стопы. Показания и противопоказания к консервативному и хирургическому лечению. Эндопротезирование суставов стопы. Показания и противопоказания . Предоперационное планирование – 6 часов.
12. Заболевания кистевого сустава и суставов кисти. Показания и противопоказания к консервативному и хирургическому лечению. Эндопротезирование кистевого сустава и суставов кисти и суставов стопы. Показания и противопоказания . Предоперационное планирование – 6 часов.
13. Хирургическое лечение деформаций анкилозированного позвоночника – 4 часа.
14. Диабетическая стопа. Укорочение конечностей. Методы консервативной и оперативной коррекции укорочений конечностей - 4 часа.
15. Замедленная консолидация. Ложные суставы. Особенности методов стабильной внутренней фиксации костей при лечении ложных суставов костей – 4 часа.
16. Принципы консервативного и хирургического лечения ложных суставов длинных трубчатых костей – 4 часа.

17. Гетеротопические оссификаты. Болезнь Бехтерева – 4 часа.

Самостоятельная работа:

- Деформации позвоночника при синдромальных поражениях скелета.
- Посттравматические деформации опорно-двигательного аппарата.
- Сочетанная травма. Политравма. Комбинированная травма.
- Ортопедические заболевания стоп.
- Микрохирургия в ортопедии.

Оценочные материалы

Ситуационная задача:

Задача 1. К участковому педиатру обратились родители ребенка 1,5 месяца с жалобами на беспокойство ребенка во время пеленания при разгибании левой ножки в течение 3 дней. При осмотре левая ножка приведена к животу, стопа свисает. Активные движения отсутствуют. Пассивные движения болезненные в тазобедренном суставе. Температура 37,5. Предварительный диагноз. Лечение

Задача 2. К участковому педиатру обратились родители ребенка 28 дней с жалобами что ребенок перестал двигать правой ручкой, последняя свисает вдоль туловища. Пассивные движения болезненные. Температура 37,5. Предварительный диагноз, лечение?

Задача 3. Больной Ю. 53 года, предъявляет жалобы: на слабость, боли по всему позвоночнику(больше ночью), в обоих коленных тазобедренных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений. Болеет с 35 лет, появились боли в пояснице и крестце, позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после зарядки, повышение температуры тела до 37-37,5 град. Объективно- отмечается выраженный грудной кифоз шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника. Активные и пассивные движения болезненны. Пробы: Симптом Кушелевского 1,2 положительна, проба Томайера 65 см, Форестье 22см, подбородок-грудина 5 см, экскурсия грудной клетки 4 см Возможный диагноз, тактика дальнейшего обследования?

Задача 4. Больной Б. 32 года – экономист. Жалобы: боль в лев голеностопном суставе, мелких суставах стопы, повышение темп. Тела до 38,9. Анамнез: заболел 3 недели назад. Появились боль и припухлость в правом коленном суставе повышение темп. тела до 39 град. Принимал 2 дня НПВС - припухлость исчезла. Через неделю – повышение темп. Тела, головная боль, резь в глазах, боль в суставах левой ноги(голеностопном и мелких суставах стопы). Амб. Обследование: лейкоцитоз, повышение СОЭ, лейкоцитурия. Объективно: Левый голеностопный сустав увеличен в объеме, кожа гиперемирована, движения болезненны. Отечность 2 и 4 пальцев стопы с синюшно-багровой окраской кожи. Вероятный диагноз, доп методы исследования?

Задача 5. Больной Г. 21 год – студент. Жалобы: боль в правом коленном суставе, мелких суставах стопы, повышение темп. Тела до 38,0. Анамнез: заболел 2 недели назад. Появились боль и припухлость в правом коленном суставе, повышение темп. тела до 39 град. Принимал 2 дня НПВС - припухлость исчезла. Через неделю – повышение темп. тела, головная боль, резь в глазах, боль в суставах левой ноги (голеностопном и мелких суставах стопы, коленном). Амб. Обследование: лейкоцитоз, повышение СОЭ, лейкоцитурия. Положительный тест на Антитела к хламидиям. Объективно: Правый коленный сустав увеличен в объеме, кожа гиперемирована, движения болезненны. Отечность 1 плюснефалангового сустава стопы с синюшно-багровой окраской кожи. Отечность правого голеностопного сустава. Вероятный диагноз, лечение?

Задача 6. Пациентка Е. 31 год, жалуется на выраженные боли и припухание суставов кистей, боли в лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставах. Утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся до 15 часов дня. Подъем температуры до 37,2 град. Потерю веса на 6 кг за последние 4 месяца. Объективно: в облпсти левого локтевого сустава 2 подкожных узелковых образования 0,5*0,5 см. Предварительный диагноз, доп. Методы исследования. Лечение?

Задача 7. Больная 53лет. Жалобы на боли в левом коленном суставе, ограничение движений. Из анамнеза: боли в левом коленном суставе беспокоят в течении 1х лет, наблюдается у терапевта. Объективно: болезненность при пальпации с внутренней стороны левого коленного сустава. Диагноз: Посттравматический гонартроз левого коленного сустава. Методы физиотерапевтических воздействий

Задача 8. Пациент 45 лет, обратился на прием по поводу хронического остеомиелита. Рекомендованное физиолечение? Цели физиолечения?

Задача 9. В поликлинику обратился мужчина 36 лет с ожирением 3 степени, ведущий малоподвижный образ жизни. Жалобы на боль в спине и шее. Рекомендации для улучшения качества жизни. Немедикаментозная терапия.

Задача 10. В поликлинику обратился мужчина 40 лет с ожирением 2 степени, ведущий малоподвижный образ жизни. Жалобы на боль в области тазобедренных суставов больше справа. На рентгенограмме коксартроз 1 степени. Рекомендации для улучшения качества жизни. Немедикаментозная терапия

Тестовые задания:

1. Частота встречаемости болезни Бехтерева:
 1. 0.8- 0.9%
 2. 1-5 %
 3. 5-10%
2. Болезнь Бехтерева чаще встречается у:
 1. Мужчин
 2. Женщин
3. Распространенность приобретенных форм сколиоза:
 - 1.3-5%
 - 2.5-10%
 - 3.15-25%
4. В мире распространенность ревматоидного артрита занимает:
 1. 0,5-1%
 2. 1-5%
 - 3.5-10%
5. Показатели относительной распространенности отдельных ревматических заболеваний (число больных на 100 тыс. населения) Ревматоидный артрит:
 1. 610
 2. 123
 3. 300
6. Показатели относительной распространенности отдельных ревматических заболеваний (число больных на 100 тыс. населения) Анкилозирующий спондилит:
 1. 550
 2. 100
 3. 323
7. Показатели относительной распространенности отдельных ревматических заболеваний (число больных на 100 тыс. населения) Остеоартроз:
 1. 5500
 2. 10000
 3. 13000
8. Относительное (на 100 тыс. населения) количество взрослых больных с различными ревматическими заболеваниями (по результатам эпидемиологического исследования в Российской Федерации) Псориатический артрит:
 1. 1100
 2. 370
 3. 100
9. Относительное (на 100 тыс. населения) количество взрослых больных с различными ревматическими заболеваниями (по результатам эпидемиологического исследования в Российской Федерации) Реактивный артрит:
 1. 1500
 2. 420
 3. 100
10. Относительное (на 100 тыс. населения) количество взрослых больных с различными ревматическими заболеваниями (по результатам эпидемиологического исследования в Российской Федерации) Подагра:

1. 1700
2. 500
3. 300
11. Устав организации, правила трудового распорядка, положения о структурных подразделениях в травматологии являются инструментами ... методов:
 1. административных
 2. экономических
 3. социально-психологических
 4. комплексных
 5. правовых
12. Документ, включающий основные положения, принципы деятельности организации, правила и нормы поведения работников, их внешнего вида — это ...
 1. миссия организации
 2. философия организации
 3. корпоративная культура
 4. корпоративный кодекс
 5. коллективный договор
 6. правила трудового распорядка
13. Специалисты в системе управления в травматологии в зависимости от занимаемой должности подразделяются на ...
 1. ведущих, главных, ведомых
 2. ИТР, канцелярских работников
 3. старших, главных, ведущих
 4. постоянных, сезонных, временных
 5. внутренних, внешних
14. Современное деление персонала в травматологической организации включает:
 1. рабочие основные
 2. рабочие, включая учеников
 3. ученики
 4. инженерно-технические работники (ИТР)
15. На структуру системы управления персоналом в травматологической организации влияют следующие внешние факторы:
 1. отрасль, сфера деятельности
 2. специализация региона+
16. Кадровое планирование в травматологической организации включает:
 1. определение численности персонала по категориям и квалификации
 4. формирование тактики управления персоналом
 5. изменение штатного расписания
 6. расчет планового фонда заработной платы
17. Инцидент, повод, причины, конфликтная ситуация, субъекты конфликта, предмет его составляют...
 1. внутреннюю среду конфликта
 2. инфраструктуру
 3. внешнюю среду
 4. структуру конфликта
 5. систему конфликта
18. Замечания, предупреждения, выговор, строгий выговор воспринимаются как...
 1. распорядительные воздействия
 2. организационные воздействия
 3. материальные поощрения и взыскания
 4. дисциплинарная ответственность
 5. административная ответственность
19. Процесс побуждения работников к достижению целей это ...
 1. потребности
 2. стимулирование
 3. мотивация

4. принуждение
5. самоутверждение
20. Кадровая психодиагностика в травматологии направлена на изучение...
 1. состояния охраны труда
 2. профессиональной пригодности, успешности
 3. межличностных взаимодействий в процессе труда
 4. индивидуальных характеристик личности
21. Программа госгарантий по выполнению высокотехнологичной медицинской помощи включает такие хирургические вмешательства как артролиз и артродез суставов кисти с различными видами чрескостного, на костного и интрамедуллярного остеосинтеза
 1. Да
 2. Нет
22. Программа госгарантий по выполнению высокотехнологичной медицинской помощи включает такие хирургические вмешательства как комбинированное и последовательное использование чрескостного и блокируемого интрамедуллярного или на костного остеосинтеза
 1. Да
 2. Нет
23. Программа госгарантий по выполнению высокотехнологичной медицинской помощи включает такие хирургические вмешательства как корригирующие остеотомии с фиксацией имплантатами или аппаратами внешней фиксации
 1. Да
 2. Нет
24. Критерии оценки эффективности работы ВОП/(СВ) регламентированы приказом МЗ:
 1. № 237
 2. № 350
 3. № 325
 4. № 402
25. Номер приказа "Об утверждении Порядка выбора медицинским работником программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования"
 1. Приказ Минздрава России от 4 августа 2016 года N 575н
 2. Приказ Минздрава России от 4 августа 2016 года N 500
 3. Приказ Минздрава России от 4 августа 2016 года N 352
26. Номер приказа "Об утверждении типовой формы и порядка заключения соглашения территориального фонда обязательного медицинского страхования с медицинской организацией о финансовом обеспечении мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования"
 1. Приказ Минздрава России от 4 августа 2016 года N 575н
 2. Приказ Минздрава России от 4 августа 2016 года N 500
 3. Приказ Минздрава России от 6 июня 2016 года N 354н
27. Номер приказа "Об утверждении Положения об аккредитации специалистов" (в ред. от 19.05.2017)
 1. Приказ Минздрава России от 4 августа 2016 года N 575н
 2. Приказ Минздрава России от 4 августа 2016 года N 500
 3. Приказ Минздрава России от 2 июня 2016 года N 334н
28. Номер приказа "Об утверждении порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста, формы свидетельства об аккредитации специалиста и технических требований к нему"
 1. Приказ Минздрава России от 4 августа 2016 года N 575н
 2. Приказ Минздрава России от 4 августа 2016 года N 500
 3. Приказ Минздрава России от 6 июня 2016 года N 352н
29. Номер приказа "Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных

профессиональных организаций"

1. Приказ Минздрава России от 4 августа 2016 года N 575н
2. Приказ Минздрава России от 4 августа 2016 года N 500
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 июня 2015 года N 328

30. Кому подчиняется страховая медицинская организация?

1. министру здравоохранения Российской Федерации;
2. министру финансов Российской Федерации
3. министру социальной защиты населения
4. не подчиняется никому из вышеперечисленных.

31. Существуют ли межрасовые различия в частоте развития идиопатического сколиоза:

1. нет
2. да

32. Ранняя диагностика сколиоза у детей возможна по наличию:

1. Симптом атипичного роста волос.
2. Косолапость
3. Саблевидные голени

33. Ранняя диагностика сколиоза у детей возможна по наличию:

- 1 Симптом Бонне-Бобровниковой
- 2 признаки дисплазии кожных покровов в проекции позвоночника

34. Профилактика приобретенных ложных суставов заключается:

1. выбор правильной тактики в лечении переломов
2. адекватная иммобилизация
3. ранняя диагностика и рано начатое лечение
4. все верно

35. К специальным упражнениям для профилактики плоскостопия не относятся:

1. упражнения для укрепления мышц, поддерживающих свод стопы
2. упражнения, укрепляющие мышцы голени, бедра
3. упражнения, укрепляющие мышцы, поддерживающие позвоночник в правильном

положении

4. упражнения для укрепления мышц плечевого пояса и тазового дна

36. Исходными положениями для разгрузки позвоночника могут быть:

1. сидя на стуле
2. лежа на спине и животе, стоя на четвереньках
3. стоя

37. К профилактике сколиоза не относится:

1. Ортопедический режим
2. Контроль массы тела
3. Акваэробика
4. Все перечисленное

38. В основе профилактики рецидивов остеомиелита в настоящее время лежит:

1. полноценная хирургическая обработка
2. адекватное дренирование
3. антибиотикопрофилактика
4. все верно

39. Отличается ли профилактика костного туберкулеза от профилактики легочной формы туберкулеза:

1. да
2. нет

40. К клинко-физиологическому обоснованию применения ЛФК для профилактики сколиоза не относят:

1. нарушений функций внешнего дыхания, сердечно-сосудистой системы
2. нарушение функции пищеварения
3. деформации позвоночника
4. деформации грудной клетки
- 5 слабости мышечно-связочного аппарата

41. Признаком какого состояния является поясничный латеролитез у взрослых больных

сколиозом:

1. опухоль суставного отростка
2. спондилодисцит
3. последствия травмы позвоночника
4. несостоятельность межпозвонкового диска
5. нейроэндокринные нарушения

42. Частота диспансерных осмотров у больных хроническим остеомиелитом:

1. 1 раз в год
2. 2 раза в год
3. 3-4 раза в год

43. Осмотр каких специалистов должен пройти пациент с хроническим остеомиелитом в время диспансерного осмотра:

1. Терапевт
2. Травматолог
3. Уролог
4. Инфекционист
5. Верно 1 и 2
6. Верно все
7. Верно 2 и 4

44. Частота диспансерных осмотров у больных, у которых в анамнезе открытые переломы, осложненные остеомиелитом:

1. 1 раз в год первые полгода после травмы
2. 2 раза в год первый год после травмы
3. 4 раза в год первые 2 года после травмы

45. Обязательное исследование у больных, у которых в анамнезе открытые переломы, осложненные остеомиелитом при очередном диспансерном осмотре:

1. КТ
2. МРТ
3. Рентгенография
4. Биохимический анализ крови

46. Частота диспансерных осмотров у больных после оперативных вмешательств на костно-суставном аппарате в связи с опухолевым и системным поражением:

1. 1 раз в год первые полгода
2. 2 раза в год первый год
3. 4 раза в год первый год

47. Обязательное исследование у больных, у которых в анамнезе открытые переломы, осложненные остеомиелитом при очередном диспансерном осмотре:

1. КТ
2. МРТ
3. Рентгенография
4. Биохимический анализ крови
5. Радионуклеидное обследование.
6. Исследование функции оперированной конечности
7. верно только 3 5 6
8. верно все

48. Частота диспансерных осмотров у больных с деформацией конечностей на почве повреждений и заболеваний центральной и периферической нервной системы:

1. 1 раз в год
2. 2 раза в год
3. 4 раза в год

49. Частота диспансерных осмотров у больных Ревматоидным полиартритом. Состояние после хирургической синовиэктомии:

1. 1 раз в год
2. 2 раза в год
3. 4 раза в год

50. Контрактурой называют:

1. полную неподвижность в пораженном суставе
2. незначительный объем подвижности в суставе качательного характера
3. наличие тугой подвижности в области ложного сустава
4. ограничение нормальной амплитуды движения в суставе
51. Лечение эозинофильной гранулемы:
 1. только оперативное
 2. только рентгенотерапия
 3. химиотерапия и оперативное лечение
 4. химиотерапия
 5. лучевая терапия
52. Для хондромы характерно:
 1. солитарное поражение скелета
 2. множественное поражение костей скелета
 3. сочетание множественных поражений коротких костей кисти и длинных трубчатых костей этой же конечности
53. Наиболее характерными клиническими признаками неостеогенной фибромы являются:
 1. постоянные боли в области неостеогенной фибромы кости
 2. выраженная припухлость и болезненность при пальпации
 3. нарушение функции близлежащего сустава и нарушение опорности конечности
 4. клиника бедна, характерных признаков нет
 5. часто первым признаком является патологический перелом на уровне локализации неостеогенной фибромы
54. Ведущим клиническим симптомом при хондробластоме являются:
 1. сильная боль в пораженном суставе
 2. выраженная припухлость и сосудистый рисунок над пораженной областью
 3. ограничение объема движений в суставе с незначительной припухлостью и реактивным синовитом
- № 4. повышение местной температуры, изменение цвета кожных покровов (гиперемия)
55. Сочетанные повреждения характеризуются всеми следующими особенностями, исключая:
 1. трудности диагностики, тяжесть клинического течения, многообразие осложнений, трудности прогнозирования исхода и последствий, возникновение полиорганной недостаточности
 2. необходимость проведения ангиографического исследования во всех случаях
56. Клиническая картина при опухоли Юинга:
 1. опухоль растет медленно, болей нет
 2. боль, припухлость и нарушение функции конечности
 3. резкие постоянные боли в покое
 4. жалоб нет
 5. саблевидная деформация голени.
57. Больному с эпифизарной хондробластомой показана:
 1. лучевая терапия
 2. химиотерапия
 3. комбинированное лечение
 4. операция - резекция суставного конца кости
 5. краевая резекция с удалением опухоли и сохранением суставного хряща, электрокоагуляцией полости и замещением ее кортикальными аллотрансплантатами
58. Основными причинами остеомиелита после огнестрельных ранений конечностей служат:
 1. тяжесть ранений костей и суставов,
 2. дефекты лечения, допущенные на этапах медицинской эвакуации.
 3. 1 и 2
59. Частота развития огнестрельного остеомиелита составляет:
 1. 10-20%
 2. 5-10%
 3. 20-30%
60. Какое количество баллов по шкале Глазго-Питсбурга означают неблагоприятный

жизненный прогноз для пациента:

1. 3-5
2. 6-8
3. 9-10
4. 10-15

61. Частота встречаемости болезни Бехтерева:

1. 0.8- 0.9%
2. 1-5 %
3. 5-10%

62. Болезнь Бехтерева чаще встречается у:

1. Мужчин
2. Женщин

63. Распространенность приобретенных форм сколиоза:

1. 3-5%
2. 5-10%
3. 15-25%

64. В мире распространенность ревматоидного артрита занимает:

1. 0,5-1%
2. 1-5%
3. 5-10%

65. Показатели относительной распространенности отдельных ревматических заболеваний (число больных на 100 тыс. населения) Ревматоидный артрит:

1. 610
2. 123
3. 300

66. Показатели относительной распространенности отдельных ревматических заболеваний (число больных на 100 тыс. населения) Анкилозирующий спондилит:

1. 550
2. 100
3. 323

67. Показатели относительной распространенности отдельных ревматических заболеваний (число больных на 100 тыс. населения) Остеоартроз:

1. 5500
2. 10000
3. 13000

68. Относительное (на 100 тыс. населения) количество взрослых больных с различными ревматическими заболеваниями (по результатам эпидемиологического исследования в Российской Федерации) Псориатический артрит:

1. 1100
2. 370
3. 100

69. Относительное (на 100 тыс. населения) количество взрослых больных с различными ревматическими заболеваниями (по результатам эпидемиологического исследования в Российской Федерации) Реактивный артрит:

1. 1500
2. 420
3. 100

70. Относительное (на 100 тыс. населения) количество взрослых больных с различными ревматическими заболеваниями (по результатам эпидемиологического исследования в Российской Федерации) Подагра:

1. 1700
2. 500
3. 300

71. Для диагностики патологии каких тканей наиболее эффективна рентгеновская компьютерная томография?

1. Паренхиматозные органы

2. Костная и хрящевая ткань

3. Жидкие среды.

72. Нормальными показателями минеральной плотности кости (МПК) считаются показатели

T-критерия:

1. -2.5 стандартных отклонений и ниже от пиковой костной массы

2. от + 2.5 до -1 стандартных отклонений от пиковой костной массы

3. от -1 до -2.5 стандартных отклонений от пиковой костной массы

73. T-критерий, применяемый для интерпретации данных денситометрии, это:

1. количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя пика костной массы молодых женщин (мужчин)

2. количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя для лиц аналогичного возраста

74. Спондилолистез это:

1. протрузия диска

2. смещение L5 по отношению к S1

75. При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является:

1. торсия позвонков

2. слабость мышечного корсета

3. асимметрия уровня расположения лопаток

4. разница треугольников талии

5. круглая спина

76. Стабильность деформации позвоночника при сколиозе наиболее объективно определяется:

1. тракцией головы больного вверх и определением подвижности деформации

2. по амплитуде наклона туловища больного в разные стороны

3. по рентгенограммам позвоночника, сделанным в положении стоя и лежа, путем накладывания их одна на другую

4. по формуле Казьмина, определяющей отношение угла деформации в положении лежа к углу деформации в положении стоя

5. по субъективным ощущениям и жалобам больного (боли на вершине деформации при смене положения туловища и т.д.)

77. Необходима ли миелосаккоррадикулография при различных видах кистозных образований пояснично-крестцового отдела:

1. да

2. нет

78. Можно ли считать недостатками миелографии: невозможность идентификации компрессии корешка при фораминальных и боковых грыжах; низкая по сравнению с ЯМР и КТ специфичность симптомов в отношении установления нозологической причины неврологической симптоматики

1. да

2. нет

79. Облегчается ли задача функциональной оценки корешково-позвоночных взаимоотношений при движениях в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и осевых нагрузках на него при использовании метода миелографии в сравнении с КТ и МРТ:

1. да

2. нет

80. Позволяют ли аксиальные КТ-срезы дать информацию о конфигурации позвоночного канала и его резервных пространств, визуализировать костные гиперплазии и экзостозы, явления спондилоартроза, протрузии и грыжевые выпячивания дисков:

1. да

2. нет

81. Могут ли наблюдаться аталгический кифоз и анталгический сколиоз при отсутствии клиники корешковой компрессии:

1. да

2. нет

82. Следует ли отнести к группе риска по вероятности развития гнойных осложнений в послеоперационном периоде больных с ревматоидным артритом, предшествующими операциями, сахарным диабетом, с метастазами злокачественных опухолей и хронических больных, использующих гормональные препараты:

1. да
2. нет

83. Гнойный артрит начинается и протекает:

1. хронически
2. остро
3. с ремиссиями
4. подостро с субфебрильной температурой

84. При рентгенологическом обследовании больного в очаге патологии кости после хирургического лечения обнаружены следующие признаки: деструкция, периостальная реакция, секвестр, некроз кости, без костной атрофии. О какой патологии может идти речь?

1. остеомиелит
2. туберкулез
3. фиброзная остеодисплазия
4. опухоль

85. Причиной возникновения болезни Маделунга является:

1. дисплазия дистальной ростковой зоны лучевой кости
2. опухоль
3. остеомиелит бедренной кости
4. травма
5. дисплазия росткового хряща локтевой кости

86. Среди осложнений открытых переломов не встречаются:

1. нагноение раны, остеомиелит
2. сепсис
3. замедленная консолидация, образование ложного сустава
4. образование избыточной периостальной и эндостальной мозоли
5. анаэробная инфекция, тромбофлебит

87. Показания к оперативному лечению постостеомиелитических полостей у детей после хирургических вмешательств на костях возможно ставить:

1. при затухающей стадии процесса
2. при хронической форме остеомиелита
3. при свищевой форме
4. в период ремиссии
5. не менее чем через 2-4 года после клинического и рентгенологического выздоровления

88. Среди осложнений открытых переломов не встречается:

1. нагноение раны, остеомиелит
2. сепсис
3. замедленная консолидация, образование ложного сустава
4. образование избыточной периостальной и эндостальной мозоли
5. анаэробная инфекция, тромбофлебит

89. Сочетанные повреждения характеризуются следующими особенностями:

1. трудностями диагностики, тяжестью клинического течения, многообразием осложнений, возникновением полиорганной недостаточности, трудностями прогнозирования исхода

2. необходимостью проведения ангиографического исследования во всех случаях

90. После травмы мягких тканей в области пяточного бугра образовалась язва 3x4 см, которая не поддается заживлению при неоднократных попытках свободной кожной пластики. Какая операция при этом наиболее целесообразна по длительности и меньшей вероятности осложнений?

1. по Филатову
2. по Тычинкиной
3. по Илизарову
4. мостовидным кожно-подкожным лоскутом
5. икроножным кожно-мышечным лоскутом с осевым кровотоком

91. Хирургический доступ к коленному суставу для доступа к сосудисто-нервному пучку при

ЧС у пациента с ревматоидным артритом коленного сустава:

1. передневнутренний
2. передненааружный
3. лоскутный
4. задний

92. Применяемые хирургические доступы к плечевому суставу при ЧС у пациента с ревматоидным артритом плечевого сустава:

1. передний, эполетный, продольный, задний
2. поперечный

93. Применяемые хирургические доступы к голеностопному суставу во время чрезвычайной ситуации у пациентов ревматоидным артритом голеностопного сустава.:

1. передний, наружный, внутренний, задний
2. циркулярный

94. Устранение ложного сустава после вдавленных переломов после землетрясения включает все перечисленное, кроме:

1. операции Бека, резекции концов ложного сустава
2. костно-пластической операции по Хахутову-Ольби
3. корригирующей остеотомии с формированием скользящего трансплантата и постепенного перекрытия им ложного сустава с помощью аппарата Илизарова
4. пластики ложного сустава или дефекта костным трансплантатом на сосудистой ножке с использованием компрессионно-дистракционного аппарата
5. операции "обходного" полисиностоza

95. Лечение костных кист возникших в результате синдрома длительного сдавления во время ЧС:

1. только лучевая терапия
2. только пункция
3. только оперативное (с костной аллопластикой)
4. оперативное при безуспешном консервативном лечении
5. только химиотерапия

96. Из приведенных ниже операций по воссозданию отсутствующего 1-го пальца во время боевых действий у пациентов с приобретенными заболеваниями ОДА не применяются :

1. фалангизация I-й пястной кости
2. полицизация 2-го пальца кисти
3. пересадка 1-го пальца стопы на место бывшего 1-го пальца кисти
4. удлинение 1-й пястной кости и создание мягкотканного чехла из мягких тканей
5. создание 1-го пальца из "острого филатовского стебля" и костного ауто трансплантата

97. Переломы анкилозированного позвоночника (на почве болезни Бехтерева) во время ЧС являются в большинстве своем:

1. стабильными
2. нестабильными

98. При огнестрельных ранениях крупных суставов практически не встречается такое осложнение, как:

- № 1. анаэробная инфекция
- № 2. гнойный артрит
- № 3. сепсис
- № 4. ложный сустав поврежденного эпифиза
- № 5. тугоподвижность, анкилоз сустава

99. По современной классификации не существуют гематомы:

- 1) Субдуральные
- 2) Эпидуральные
- 3) Субарахноидальные
- 4) Внутримозговые
- 5) Множественные

100. При огнестрельных ранениях крупных суставов практически не встречается такое осложнение, как:

1. анаэробная инфекция

2. гнойный артрит
3. сепсис
4. асептический некроз кости
5. тугоподвижность, анкилоз сустава

2.5. Раздел 5 «Дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата» изучается на 2 курсе.

Трудоемкость - 108 часов, в том числе;

лекции – 6 часов.

семинарские занятия – 76 часов.

самостоятельная работа – 26 часов.

Темы лекций

1. Сагиттальный баланс позвоночника - 2 часа.
2. Спондилолистез. Стенозы позвоночного канала – 2 часа..
3. Остеохондроз. Лучевая диагностика дегенеративно-дистрофических заболеваний и аномалий позвоночника. Принципы клинико-морфологического соответствия – 2 часа.

Практические занятия:

1. Остеохондроз. Комплексное лечение проявлений остеохондроза позвоночника- 4 часа.
2. Спондилолистез: диагностика, классификации, клинические проявления и хирургическое лечение – 4 часа.
3. Принципы хирургического лечения остеохондроза позвоночника- 4 часа.
4. Компрессионные синдромы шейного остеохондроза. Хирургическое лечение - 4 часа.
5. Компрессионные синдромы поясничного остеохондроза позвоночника. Хирургическое лечение - 2 часа.
- 6.. Рефлекторно-болевые синдромы шейного остеохондроза - 4 часа.
7. Неотложные операции при остеохондрозе позвоночника - 4 часа.
8. Стенозы позвоночного канала -4 часа.
9. Лечение рецидивов болевых синдромов после поясничной дискэктомии – 4 часа.
- 10 Выбор рациональной хирургической техники при лечении остеохондроза позвоночника – 4 часа.
11. Рефлекторно-болевые синдромы и поясничного остеохондроза – 4 часа.
12. Сагиттальный баланс шейного отдела позвоночника – 6 часов.
13. Сагиттальный баланс поясничного отдела позвоночника – 6 часа.
14. Диагностика, классификация клинические проявления дегенеративного сколиоза – 6 часов.
15. Роль и место минимальноинвазивных декомпрессивно-стабилизирующих методов лечения дегенеративной патологии позвоночника методов – 6 часов.
16. Дискогенная шейная миелопатия – 6 часов.

Самостоятельная работа:

— Анатомия и физиология позвоночника. Понятие о позвоночно-двигательном сегменте. Топическая диагностика повреждения спинного мозга и спинно-мозгового корешка на различных уровнях.

— Патобиомеханические нарушения, обусловленные спондилоартрозом.

— Рефлекторно-болевые синдромы спондилоартроза.

— Нестабильность позвоночника.

— Консервативное лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника.

Оценочные материалы

Ситуационные задачи:

Задача 1. Мальчик 12 лет занимается в футбольной секции, последние 2 месяца стал жаловаться на боли в области правого коленного сустава после тренировки и нагрузок на ноги. При осмотре проекция бугристость большеберцовой кости увеличена в объеме и резко болезненна при

перкуссии. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики и план лечения.

Задача 2. Жалобы больного на механические боли в коленных суставах, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 минут, ограничение объема движений; данные анамнеза пациента: малоподвижный образ жизни, отягощенная наследственность, постепенное развитие заболевания, обострения с явлениями синовита; данные объективного осмотра: крепитация в коленных суставах при движении. трудоспособность временно ограничена

Задача 3. 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.

Задача 4. 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 отекать сустав.

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

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

Задача 5. Молодой человек попытался поднять большой груз. Почувствовал треск и сильную боль в правом плечевом суставе. Первые 2 дня после травмы за медицинской помощью не обращался, и только на 3-й день обратился в травматологический пункт. Объективно: на передней поверхности правого плеча в верхней трети появился кровоподтек, сила двуглавой мышцы снижена. Функция локтевого и плечевого суставов не нарушена. При сгибании предплечья в локтевом суставе появляется выпячивание шаровидной формы на передненаружной поверхности плеча величиной с куриное яйцо. При разгибании предплечья это образование исчезает. С помощью ощупывания выяснилось, что это образование относится к длинной головке двуглавой мышцы плеча.

Задача 6. Мужчина 80 лет оступился и упал на левый бок. Ударился областью большого вертела. Появились сильные боли в паховой области. Пострадавший доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре больного в горизонтальном положении правая нога ротирована наружу. Самостоятельно поставить стопу вертикально не может. Попытка сделать это с посторонней помощью приводит к появлению сильной боли в тазобедренном суставе. Больной не может поднять выпрямленную в коленном суставе ногу, вместо этого он сгибает ее, и нога скользит пяткой по постели (симптом «прилипшей пятки»). Постукивание по пятке и по большому вертелу болезненно.

Задача 7. Женщина 74 лет. После эндопротезирования тазобедренного сустава спустя 4 месяца, во время прогулки оступилась, почувствовала резкую боль в оперированной конечности, потеряла опороспособность, объем движений невозможно определить ввиду резкой болезненности. Возможный диагноз Методы обследования, тактика лечения.

Задача 8. Мужчина 70 лет. После эндопротезирования тазобедренного сустава спустя 2 месяца, почувствовал вновь возникшую ноющую боль в оперированной конечности, отметил подъем общей температуры утром и вечером до 38,5-39град.Покраснение послеоперационного рубца Возможный диагноз. Методы обследования, тактика лечения.

Задача 9. У больного корешковые проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника. Жалобы: боль в верхней половине шеи слева при поворотах головы. Цель физиотерапии: обезболивание.

Задача 10. Больная 42 лет. Жалобы на боли в области правого плечевого сустава, иррадиирующие правую руку, ограничение движений в плечевом суставе.

Анамнез. болеет 2-й месяц, после травмы, упала улице. На Рентгенограмме правого плечевого сустава костной патологии нет. Местно при осмотре незначительный отек мягких тканей правого плечевого сустава. Диагноз. Эпикондилит правого плечевого сустава.

Тестовые задания:

1. Основной причиной деформирующего коксартроза у лиц молодого возраста являются:
 1. Различного вида травмы проксимального отдела бедренной кости +++
 2. Дисплазия
 3. Избыточная масса тела
2. Потребность населения Российской Федерации в первичном эндопротезировании крупных суставов конечностей составляет на 10 тыс. населения:
 1. 105
 2. 67
 3. 45
 4. 34
 5. 27
3. Основной причиной неудовлетворительных результатов тотального эндопротезирования крупных суставов у молодых пациентов являются:
 1. Асептическая нестабильность
 2. Инфекция
 3. Парапротезные переломы
 4. Наиболее часто дегенеративные разрывы сухожилий вращательной манжеты плечевого сустава встречаются у лиц:
 1. Детского возраста
 2. Среднего возраста
 3. Пожилого возраста
 5. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника встречается у:
 1. 10-20% населения
 2. 20-30% населения
 3. 30-60% населения
 4. Более 60%
 6. Наиболее частая локализация при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов, приводящая к потере трудоспособности:
 1. Коленный сустав
 2. Тазобедренный сустав
 3. Плечевой сустав
 4. Голеностопный сустав
7. Верно ли утверждение, что лечение остеопороза у пожилых людей неэффективно:
 1. да
 2. нет
8. Потребность в первичном эндопротезировании тазобедренного сустава в Западно-Сибирском регионе на 10 тыс. населения составляет:
 1. 82,6
 2. 50
 3. 45
 4. 33,2
9. Имеют ли существенное значение пол, возраст и конституция при определении переднезаднего размера позвоночного канала нормально сформированного позвоночника:
 1. да
 2. нет
10. Какое, по Вашему мнению, наиболее правильное с терминологической точки зрения название:
 1. люмбосакральная миелография
 2. миелосаккоррадикулография
 3. саккокаудография
 4. саккоррадикулография

11. Основные принципы реабилитации больных и инвалидов включают все перечисленное, кроме:

1. медицинской реабилитации
2. социально-бытовой реабилитации
3. профессиональной реабилитации
4. юридической реабилитации

12. Высокотехнологичная медицинская помощь является частью:

1. специализированной медицинской помощи
2. Первичной специализированной медико-санитарной помощи
3. Квалифицированной помощи

13. Программа госгарантий по выполнению высокотехнологичной медицинской помощи включает такие хирургические вмешательства как артролиз и артродез суставов кисти с различными видами чрескостного, накостного и интрамедуллярного остеосинтеза

1. Да
2. Нет

14. Программа госгарантий по выполнению высокотехнологичной медицинской помощи включает такие хирургические вмешательства как артролиз и артродез суставов кисти с различными видами чрескостного, накостного и интрамедуллярного остеосинтеза

1. Да
2. Нет

15. Программа госгарантий по выполнению высокотехнологичной медицинской помощи включает такие хирургические вмешательства как комбинированное и последовательное использование чрескостного и блокируемого интрамедуллярного или накостного остеосинтеза

1. Да
2. Нет

16. Программа госгарантий по выполнению высокотехнологичной медицинской помощи включает такие хирургические вмешательства как корригирующие остеотомии с фиксацией имплантатами или аппаратами внешней фиксации

1. Да
2. Нет

17. Программа госгарантий по выполнению высокотехнологичной медицинской помощи включает такие хирургические вмешательства как имплантация эндопротеза, в том числе под контролем компьютерной навигации, с одновременной реконструкцией биологической оси конечности

1. Да
2. Нет

18. Программа госгарантий по выполнению высокотехнологичной медицинской помощи включает такие хирургические вмешательства как имплантация специальных диспластических компонентов эндопротеза с костной аутопластикой крыши вертлужной впадины или замещением дефекта крыши опорными блоками из трабекулярного металла

1. Да
2. Нет

19. Программа госгарантий по выполнению высокотехнологичной медицинской помощи включает такие хирургические вмешательства как укорачивающая остеотомия бедренной кости и имплантация специальных диспластических компонентов эндопротеза с реконструкцией отводящего механизма бедра путем транспозиции большого вертела

1. Да
2. Нет

20. Программа госгарантий по выполнению высокотехнологичной медицинской помощи включает такие хирургические вмешательства как резекция или шов менисков коленных суставов при помощи эндоскопической техники.

1. Да
2. Нет

21. К специальным упражнениям для профилактики плоскостопия не относятся:

1. упражнения для укрепления мышц, поддерживающих свод стопы
2. упражнения, укрепляющие мышцы голени, бедра

3. упражнения, укрепляющие мышцы, поддерживающие позвоночник в правильном положении
4. упражнения для укрепления мышц плечевого пояса и тазового дна
22. Исходными положениями для разгрузки позвоночника могут быть:
 1. сидя на стуле
 2. лежа на спине и животе, стоя на четвереньках
 3. стоя
- 23.Профилактика травмирования позвонков является профилактикой для развития остеохондроза:
 1. да
 2. нет
- 24.Данная профилактика может замедлить прогрессирование остеохондроза:

лечебная физкультура;
 занятия спортом с соответствующими возрастными ограничениями;
 рациональное питание, сдерживающее нарастание массы тела;
 пользование для переноса груза рюкзаком;
 дневной отдых и сон в положении лежа;
 медикаментозное лечение;
 санаторно-курортное лечение

 1. да
 2. нет
- 25.К клинико-физиологическому обоснованию применения ЛФК для профилактики сколиоза не относят:
 1. нарушений функций внешнего дыхания, сердечно-сосудистой системы
 2. нарушение функции пищеварения
 3. деформации позвоночника
 4. деформации грудной клетки
 - 5 слабости мышечно-связочного аппарата
- 26.Существуют ли межрасовые различия в частоте развития идиопатического сколиоза:
 1. нет
 2. да
27. К профилактике остеопороза относится:
 - 1.Гимнастика
 - 2.Пища с высоким содержанием кальция
 - 3.Отказ от алкоголя
 4. Прием пищевых добавок
 5. все перечисленное
- 28.К профилактике гонартроза относится:
 1. ЛФК
 2. Контроль массы тела
 3. Прием пищевых добавок
 - 4.Ортопедическая обувь
 5. Все перечисленное
29. К профилактике остеохондроза относится:
 - 1.Ортопедический режим
 - 2.Контроль массы тела
 - 3.Аквааэробика
 - 4.Все перечисленное
30. К профилактике коксартроза относится:
 1. Физические упражнения направленные на укрепление мышц таза
 2. Контроль массы тела
 3. Снижение осевых нагрузок
 - 4.Ортопедическая обувь
 5. Все перечисленное
- 31 Признаком какого состояния является поясничный латеролистез у взрослых больных сколиозом:

1. опухоль суставного отростка
 2. спондилит
 3. последствия травмы позвоночника
 4. несостоятельность межпозвонкового диска
 5. нейроэндокринные нарушения
- 32 Какой из перечисленных синдромов патологии коленного сустава наиболее характерен для повреждения мениска?
- № 1. "переднего выдвигного ящика"
 - № 2. "заднего выдвигного ящика"
 - № 3. "блокады"
 - № 4. боли и хруста
 - № 5. нестабильности
- 33 Какой синдром наиболее характерен для компрессии корешков конского хвоста грыжей межпозвонкового диска?
1. болевой синдром
 2. нарушения рефлексов
 3. двигательные расстройства
 4. симптомы натяжения
 5. чувствительные расстройства
 6. нарушение функций тазовых органов
 7. все перечисленные
- 34 Анкилозом называют:
- № 1. ограничение нормальной амплитуды движения в суставе
 - № 2. незначительный объем подвижности в суставе качательного характера
 - № 3. полную неподвижность в пораженном суставе
 - № 4. тугую подвижность в области ложного сустава
35. При деформирующем артрозе процесс начинается:
- № 1. в субхондральном отделе кости
 - № 2. в хряще
 - № 3. в синовиальной оболочке
 - № 4. в месте прикрепления сухожилий и кости
36. Какие методы обследования используются для диагностики грыж поясничных межпозвонковых дисков?
1. Компьютерная томография
 2. Магнитно-резонансная томография
 3. Контрастная (позитивная) миелография
 4. Все перечисленные методы
37. Контрактурой называют:
1. полную неподвижность в пораженном суставе
 2. незначительный объем подвижности в суставе качательного характера
 3. наличие тугий подвижности в области ложного сустава
 4. ограничение нормальной амплитуды движения в суставе
38. Правильно ли различать контрактуры:
- сгибательные, разгибательные;
- иммобилизационные;
- приводящие, отводящие, ротационные;
- ишемические;
- паралитические.
1. да
 2. нет
39. В зависимости от локализации первичных патологических изменений контрактуры делят:
1. на дерматогенные, десмогенные, тендогенные, миогенные и артрогенные
 2. на послеожоговые, неврогенные, рефлекторные
40. Одним из симптомов повреждения мениска коленного сустава является:
- № 1. затруднение больных при спуске с лестницы

- № 2. затруднение больных при подъеме на лестницу
- № 3. затруднение при спуске и подъеме на лестницу
41. Губчатую остеому необходимо дифференцировать:
- № 1. с костно-хрящевым экзостозом на широкой ножке и оссифицированной гематомой
- № 2. остеонидной остеомой
- № 3. аневризальной кистой кости
- № 4. вторичной хондромой
42. Показатели минеральной плотности кости по T-критерию при остеопении составляют:
- № 1. от +2.5 до - 1 стандартных отклонения от пиковой костной массы
- № 2. от - 1 до - 2.5 стандартных отклонений от пиковой костной массы
43. Наиболее типичная локализация гигантоклеточной опухоли:
- № 1. плоские кости
- № 2. диафизы длинных трубчатых костей
- № 3. нижний суставной конец бедренной кости и верхний суставной конец большеберцовой кости
- № 4. тела позвонков
44. При гигантоклеточной опухоли показана:
- № 1. химиотерапия
- № 2. лучевая терапия с последующей операцией
- № 3. операция краевой резекции с аллопластикой
- № 4. операция сегментарной (околосуставной резекции) или резекция суставного конца с аллопластикой суставным концом или замещением эндопротезом
45. Где могут располагаться нейрофибромы при диспластическом сколиозе:
- № 1. внутриканально
- № 2. внеканально
- № 3. внутри- и внеканально
46. Какое количество баллов по шкале Глазго-Питсбурга означают неблагоприятный жизненный прогноз для пациента:
- № 1. 3-5
- № 2. 6-8
- № 3. 9-10
- № 4. 10-15
47. Какова частота болезни Шойермана в общей популяции:
- № 1. 1%
- № 2. 2-4%
- № 3. 4-8%
- № 4. 8-10%
48. Типичная локализация остеогенной саркомы:
- № 1. нижняя треть бедра, верхняя треть бедра
- № 2. верхняя треть бедра, нижняя часть голени
- № 3. кость таза
- № 4. кости предплечья
- № 5. кость стопы, кости черепа
49. Из рентгенологических симптомов наиболее характерен для первичной ретикулоклеточной саркомы:
- № 1. мелкоочаговый характер деструкции
- № 2. пластинчатая деструкция
- № 3. игольчатый периостит
- № 4. крупноочаговая деструкция
- № 5. сужение костномозгового канала
50. Причиной возникновения остеопороза являются:
- № 1. ранняя менопауза, прием глюкокортикоидов, дефицит витамина Д
- № 2. заместительная гормональная терапия в период постменопаузы, употребление молочных продуктов
51. Показано ли эндопротезирование тазобедренного сустава больным, которые не могут самостоятельно передвигаться до операции:

№ 1. да

№ 2. нет

52. Отметьте правильные показания к тотальному эндопротезированию коленного сустава:

№ 1. деформирующий артроз II-III стадии, ревматоидный артрит, опухоли мышечков бедренной и большеберцовой костей, приведшие к деструкции суставных поверхностей

№ 2. дисплазия сустава, асептический некроз, неправильно сросшиеся переломы мышечков бедренной и большеберцовой костей

53. Показано ли эндопротезирование коленного сустава при наличии грубых и обширных посттравматических рубцов, спаянных с подлежащей костью в области коленного сустава, признаков острого тромбоза:

№ 1. да

№ 2. нет

54. Правильны ли такие показания к эндопротезированию голеностопного сустава, как деформирующий артроз вследствие перенесенных воспалительных заболеваний с выраженным болевым синдромом, деформирующий артроз посттравматического генеза II-III стадии у больных в возрасте до 50 лет:

№ 1. да

№ 2. нет

55. Укажите оптимальный предоперационный период клиники эндопротезирования крупных суставов:

№ 1. 15-20 дней

№ 2. 10-15 дней

№ 3. 5-10 дней

№ 4. 4-5 дней

56. Потребность в первичном эндопротезировании тазобедренного сустава в Западно-Сибирском регионе на 10 тыс. населения составляет:

1. 82,6

2. 50

3. 45

4. 33,2

57. Потребность населения Российской Федерации в первичном эндопротезировании крупных суставов конечностей составляет на 10 тыс. населения:

1. 105

2. 67

3. 45

4. 34

5. 27

58. Частота встречаемости деформирующего остеоартроза коленного сустава у лиц старше 60 лет:

1. 10%

2. 20%

3. 30%

4. 5%

59. Частота встречаемости деформирующего остеоартроза тазобедренного сустава у лиц старше 35 лет:

1. 10%

2. 20%

3. 30%

4. 5%

60. Доля инвалидов по причине коксартроза в числе нетрудоспособных от болезней суставов:

1. 55-60%

2. 20%-30%

3. 40-50%

4. 10-15%

61. Первично абсолютно узким позвоночным каналом считают такой, переднезадние размеры которого:

1. менее 10 мм
2. 10-12 мм
3. 12-14 мм

62. У больного на КТ эпидуральная жировая ткань обусловила контрастность изображения. Исчезновение передней латеральной части этой ткани требует ли поиска радикулярной или дуральной компрессии:

1. да
2. нет

63. В норме КТ позволяет ли визуализировать вертикальные порции спинномозгового нерва:

1. да
2. нет

64. При контрастировании с омнипаком на КТ становятся ли видны передняя и задняя порции спинномозгового нерва:

- № 1. да
- № 2. нет

65. Оправдано ли МРТ-исследование у больного, которому имплантирована металлоконструкция из титана и его сплавов:

- № 1. да
- № 2. нет

66. Положение больного с поясничным остеохондрозом на столе для производства позитивной миелографии:

- № 1. горизонтальное
- № 2. Тренделенбурга
- № 3. лежа с приподнятым головным концом рентгеновского стола

67. Количество омнипака с содержанием 240 мг йода в 1 мл для субарахноидального введения путем люмбальной пункции составляет:

- № 1. от 10-15 до 16-18 мл (при низком или широком дуральном мешке)
- № 2. не более 5 мл

68. Вызывает ли сомнение диагноз грыжи диска при миелографической картине "ампутации" корешка с лакунарным дефектом наполнения:

- № 1. да
- № 2. нет

69. Приводят ли срединные грыжи миелографически к полной или частичной остановке контрастного вещества по средней линии:

- № 1. да
- № 2. нет

70. Характерны ли миелографически при множественных задних протрузиях поясничных дисков "четки" или перетяжки на уровнях нескольких дисков:

- № 1. да
- № 2. нет

71. Общие осложнения эндопротезирования:

№ 1. тромбоз легочной артерии, мезентериальный тромбоз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, церебральный атеросклероз

№ 2. вегето-сосудистая дистония, острая сердечно-сосудистая недостаточность

72. Потребность в ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава от первичного составляет:

- № 1. 80%
- № 2. 60%
- № 3. 40%
- № 4. 10-12%

73. Следует ли отнести к группе риска по вероятности развития гнойных осложнений в послеоперационном периоде больных с ревматоидным артритом, предшествующими операциями, сахарным диабетом, с метастазами злокачественных опухолей и хронических больных,

использующих гормональные препараты:

№ 1. да

№ 2. нет

74. Какие из перечисленных ниже противопоказаний являются абсолютными к полной замене сустава:

№1. тяжелые хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, декомпенсированные пороки сердца, сердечная недостаточность III ст., сложное нарушение сердечного ритма, нарушение проводимости (атриовентрикулярная блокада III ст., трехпучковая блокада),

восполнительный процесс в области предполагаемой операции, не санированные очаги хронической инфекции, гемипарез на стороне предполагаемой операции

№2. патология аппарата внешнего дыхания с хронической дыхательной недостаточностью, заболевания мочевыделительной системы с нарушением азотовыделительной функции почек, почечная недостаточность II-III ст.

№ 3. неподдающаяся коррекция патологии эндокринной системы (щитовидной железы, надпочечников, сахарный диабет), печеночная недостаточность II-III ст.

№ 4. ВИЧ-инфекция, психические заболевания, возраст свыше 80 лет

№ 5. техническая невозможность установки эндопротеза, выраженная остеопения

75. Виды ревизионных оперативных вмешательств:

№ 1. санационная ревизия эндопротеза, замена модульной головки эндопротеза (тазобедренного сустава), замена эндопротеза, удаление эндопротеза

№ 2. ревизия сосудисто-нервного пучка, ампутация

76. Являются ли противопоказаниями к эндопротезированию голеностопного сустава избыточный вес, наличие рубцов и трофических изменений, мешающих проведению операций, выполненная ранее операция артродезирования сустава, полное разрушение сустава в результате травмы:

1. да

2. нет

77. Является ли абсолютным противопоказанием эндопротезирования плечевого сустава стойкое необратимое поражение плечевого сплетения при бесперспективности восстановления функции мышц плечевого сустава и плечевого пояса:

1. да

2. нет

78. При возникновении после первичного эндопротезирования дислокации протеза, неврологических и сосудистых осложнений, гематомы или глубокого инфицирования, операции должны быть направлены:

№ 1. на ликвидацию патологического процесса при стабильности эндопротеза или устранение нестабильности компонентов эндопротеза

№ 2. на удаление эндопротеза

79. Отметьте оптимальные варианты хирургического лечения инфекции в области эндопротеза тазобедренного сустава:

1. санация полости с сохранением протеза

2. немедленное одноэтапное ревизионное эндопротезирование

3. удаление эндопротеза

80. Показания к ревизионным операциям:

1. гематома некупируемая, нестабильность компонентов эндопротеза, прогрессирующее нарушение функции нервов и сосудов, острая послеоперационная инфекция

2. боль

81. При помощи кортико-морфологического индекса оценивают:

1. форму бедра и соотношение толщины кортикального слоя и костномозгового канала

2. степень остеопороза

3. степень нарушенных взаимоотношений (на рентгенограмме между головкой бедренной кости и вертлужной впадины)

82. Хирургический доступ к коленному суставу для доступа к сосудисто-нервному пучку при ЧС у пациента с гонартрозом 3 степени:

1. передневнутренний

2. передненааружный

3. лоскутный
4. задний
83. Применяемые хирургические доступы к плечевому суставу при ЧС у пациента с тотальным разрывом сухожилий вращательной манжеты:
- № 1. передний, эполетный, продольный, задний
 - № 2. поперечный
84. Применяемые хирургические доступы к голеностопному суставу во время чрезвычайной ситуации у пациентов с крузартрозом 2 ст.:
- № 1. передний, наружный, внутренний, задний
 - № 2. циркулярный
85. Устранение ложного сустава после вдавленных переломов после землетрясения включает все перечисленное, кроме:
- № 1. операции Бека, резекции концов ложного сустава
 - № 2. костно-пластической операции по Хахутову-Ольби
 - № 3. корригирующей остеотомии с формированием скользящего трансплантата и постепенного перекрытия им ложного сустава с помощью аппарата Илизарова
 - № 4. пластики ложного сустава или дефекта костным трансплантатом на сосудистой ножке с использованием компрессионно-дистракционного аппарата
 - № 5. операции "обходного" полисиностоза
86. Лечение костных кист возникших в результате синдрома длительного сдавления во время ЧС:
- № 1. только лучевая терапия
 - № 2. только пункция
 - № 3. только оперативное (с костной аллопластикой)
 - № 4. оперативное при безуспешном консервативном лечении
 - № 5. только химиотерапия
87. Из приведенных ниже операций по воссозданию отсутствующего 1-го пальца во время боевых действий у пациентов с дегенеративными заболеваниями ОДА не применяются :
- № 1. фалангизация 1-й пястной кости
 - № 2. полицизация 2-го пальца кисти
 - № 3. пересадка 1-го пальца стопы на место бывшего 1-го пальца кисти
 - № 4. удлинение 1-й пястной кости и создание мягкотканного чехла из мягких тканей
 - № 5. создание 1-го пальца из "острого филатовского стебля" и костного ауто трансплантата
88. Вызывают ли дискорадикулярный конфликт передние протрузии диска во время медицинской эвакуации из места ЧС:
- № 1. да
 - № 2. нет
89. По современной классификации не существуют гематомы:
- 1) Субдуральные
 - 2) Эпидуральные
 - 3) Субарахноидальные
 - 4) Внутримозговые
 - 5) Множественные
90. При последствиях ЧС эффективно ли консервативное лечение пациента при больших выпавших фрагментах пульпозного ядра диска вызывающего радикулярный конфликт:
- № 1. да
 - № 2. нет
91. Реабилитация после эндопротезирования суставов:
- № 1. требуется через сутки после операции
 - № 2. требуется через 7 дней после операции
 - № 3. требуется через 1 месяц после операции
 - № 4. не требуется
92. Физиолечение при эндопротезировании:
- № 1. требуется через сутки
 - № 2. требуется через 3 дня после операции
 - № 3. требуется через 1 неделю

- № 4. требуется в отдаленном периоде
- № 5. не требуется
- 93. Лечебная гимнастика при эндопротезировании:
 - № 1. требуется через сутки
 - № 2. требуется через 3 дня после операции
 - № 3. требуется через 1 неделю
 - № 4. требуется в отдаленном периоде
 - № 5. не требуется
- 94. Активизация больного при эндопротезировании:
 - № 1. сидение в первые сутки
 - № 2. сидение на 3 сутки
 - № 3. сидение через неделю
- 95. Активизация больного при эндопротезировании:
 - № 1. подъем с постели в первые сутки
 - № 2. подъем с постели на 2 сутки
 - № 3. подъем через 2 недели
- 96. Активизация больного при эндопротезировании:
 - № 1. ходьба на 3 день
 - № 2. ходьба на 7 день
 - № 3. ходьба на 12 день
- 97. Активизация больного при эндопротезировании:
 - № 1. полная нагрузка на конечность через 3 дня
 - № 2. полная нагрузка через 3 недели
 - № 3. полная нагрузка через 1,5 месяца
 - № 4. полная нагрузка через 3 месяца
 - № 5. полная нагрузка через 6 месяцев
- 98. Ограничение движений в плечевом суставе после операции по восстановлению сухожилий вращательной манжеты:
 - 1. 2 недели
 - 2. 1 неделя
 - 3. 4 недели
- 99. Физиолечение при операциях на капсульно-связочном аппарате коленного сустава показано:
 - 1. да
 - 2. нет
- 100. ЛФК с целью разработки движений в локтевом суставе после эндопротезирования начинается с:
 - 1. 1 недели
 - 2. 3 недели
 - 3. через месяц

2.6. Раздел 6 «Травма черепа и головного мозга»

Трудоемкость – 108 часов, в том числе:

лекции – 6 часов,

семинарские занятия – 48 часов,

самостоятельная работа – 54 часа.

Темы лекций:

1. Патологическая анатомия и патофизиология травмы центральной нервной системы. Классификация и патогенез закрытой черепно-мозговой травмы- 2 часа.
2. Системная воспалительная реакция в патогенезе ЧМТ. Сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга лёгкой степени - 2 часа.
3. Диагностика травматических сдавлений головного мозга. Открытые проникающие и непроникающие повреждения головного мозга – 2 часа.

Практические занятия:

1. Патологическая анатомия и патофизиология повреждений центральной нервной системы- 4 часа.
2. Классификация и патогенез закрытой черепно-мозговой травмы- 6 часа.
3. Сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга лёгкой степени- 6 часа.
4. Ушиб головного мозга средней и тяжелой степени- 6 часа.
5. Внутричерепные гематомы -8 часов.
6. Диагностика травматических сдавлений головного мозга- 4 часов.
7. Открытые проникающие и непроникающие повреждения головного мозга- 4 часа.
8. Абсцесс головного мозга и посттравматические воспаления- 4 часов.
9. Хирургическое лечение повреждений головного мозга и их последствий- 6 часов.

Самостоятельная работа:

- Диффузное аксональное повреждение.
- Пластика дефектов черепа.
- Кома и вегетативные состояния при черепно-мозговой травме.

Оценочные материалы

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной обратился в травматологическое отделение с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно, что сутки назад он упал, ударившись головой о землю. Была кратковременная потеря сознания, обстоятельства травмы не помнит. При осмотре: больной бледен, АД 130/80, брадикардия до 62 ударов в минуту, очаговых неврологических симптомов нет.

Задача 2. В приемное отделение доставлен машиной скорой помощи пострадавший после падения с высоты 6 метров в состоянии комы. При осмотре: кожные покровы бледные, брадикардия до 60 в 1 минуту, А.Д. 140 и 80 мм. рт. ст., в левой височной области кровоподтек, распространяющийся на орбитальную область. Отмечается правосторонний гемипарез, снижение кожной чувствительности справа.

Задача 3. В больницу доставлен пострадавший после автоаварии, случившейся 1 час назад. Уровень сознания – кома, проводится искусственная вентиляция легких. При осмотре нистагм, анизокория, в области обеих глазниц кровоизлияния, из левого уха – ликвореря.

Задача 4. В приемный покой доставлен пострадавший с обширной рубленой раной головы, полученной при колке дров 50 минут назад. При осмотре: в левой теменно-височной области имеется рубленая рана с умеренным кровотечением и широким зиянием. В ране видны костные отломки. А.Д. 110 и 70 мм. рт. ст., пульс 98 в 1 минуту, ритмичный, Нв – 108 г/л, эритроцитов 2,8 млн.

Задача 5. Больной А. 36 лет через 12 часов после травмы головы потерял сознание. Был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в больницу. При осмотре – состояние тяжелое, пульс 60 уд/мин, АД 110\80 мм. рт. ст., Нв – 130 г/л. Выявлен левосторонний гемипарез.

Тестовые задания:

1. Сдавление головного мозга не происходит при:
 1. гидроме
 2. внутричерепной гематоме
 3. субарахноидальном кровотечении
 4. вдавленном переломе костей черепа
 5. субдуральной гидроме
2. Сотрясение головного мозга от ушиба мозга отличается
 1. наличием "светлого промежутка"
 2. отсутствием очаговой симптоматики
 3. наличием повышенного АД
 4. нарушением сна
3. Что нужно сделать обязательно в конце ПХО вдавленного перелома черепа?
 1. электроэнцефалографию
 2. эхоэнцефалоскопию

3. контрольные снимки черепа
4. Больной получил травму черепа с переломом основания черепа, выявлен симптом "очков", anosmia с двух сторон, амблиопия, психомоторное возбуждение. Где очаг? Где перелом основания?
 1. в обонятельном треугольнике.
 2. в средней черепной ямке
 3. в передней спайке мозга.
 4. в задней черепной ямке
 5. в обонятельных трактах.
 6. в передней черепной ямке
5. Для какого варианта перелома костей черепа характерны: истечение крови и ликвора из уха, носа или глотки, нарастающие кровоподтеки в области глазниц и сосцевидного отростка?
 1. перелом лобных костей
 2. перелом костей средней и передней черепной ямки
 3. перелом костей задней черепной ямки
6. При рентгенографии черепа в прямой и боковой проекциях обнаружен вдавленный перелом черепа. Что нужно сделать для уточнения глубины вдавления?
 1. задний полуаксиальный снимок
 2. касательный снимок
 3. контактный снимок
7. Сдавление головного мозга не происходит при:
 1. гидроме
 2. внутричерепной гематоме
 3. субарахноидальном кровотечении
 4. вдавленном переломе костей черепа
 5. субдуральной гидроме
8. Какие изменения гемодинамики чаще свидетельствуют в пользу сдавления головного мозга внутричерепной гематомой:
 1. тахикардия
 2. брадикардия
 3. мерцательная аритмия
 4. артериальная гипотония
9. При открытой проникающей травме черепа повреждается:
 1. кожные покровы головы
 2. твердая мозговая оболочка
 3. кора мозга
 4. арахноидальная оболочка
 5. эпэндима желудочков мозга
 6. верно 1, 2
 7. верно 3, 4
 8. верно все
10. Для оскольчатых переломов костей свода черепа характерно:
 1. вдавление в полость черепа с повреждением твердой мозговой оболочки
 2. разделение костных фрагментов пересекающимися трещинами
 3. радиарное расхождение трещин от центра перелома
 4. наложение одного костного фрагмента на другой
11. Устав организации, правила трудового распорядка, положения о структурных подразделениях в травматологии являются инструментами ... методов:
 1. административных
 2. экономических
 3. социально-психологических
 4. комплексных
 5. правовых
12. Документ, включающий основные положения, принципы деятельности организации, правила и нормы поведения работников, их внешнего вида — это ...
 1. миссия организации

2. философия организации
3. корпоративная культура
4. корпоративный кодекс;
5. коллективный договор
6. правила трудового распорядка
13. Специалисты в системе управления в травматологии в зависимости от занимаемой должности подразделяются на ...
 1. ведущих, главных, ведомых
 2. ИТР, канцелярских работников
 3. старших, главных, ведущих
 4. постоянных, сезонных, временных
 5. внутренних, внешних
14. Современное деление персонала в травматологической организации включает:
 1. рабочие основные
 - 2 рабочие вспомогательные
 3. рабочие, включая учеников
 4. ученики
 5. инженерно-технические работники (ИТР)
 6. служащие
 7. младший обслуживающий персонал
 8. охрана
 9. специалисты.
15. На структуру системы управления персоналом в травматологической организации влияют следующие внешние факторы:
 1. отрасль, сфера деятельности
 2. специализация региона
 3. состояние экономики страны
16. Кадровое планирование в травматологической организации включает:
 1. определение численности персонала по категориям и квалификации
 2. планирование дополнительной потребности в работниках
 3. планирование использования и сокращения персонала
 4. формирование тактики управления персоналом
 5. изменение штатного расписания
 6. расчет планового фонда заработной платы
17. Инцидент, повод, причины, конфликтная ситуация, субъекты конфликта, предмет его составляют...
 1. внутреннюю среду конфликта
 2. инфраструктуру
 3. внешнюю среду
 4. структуру конфликта
 - 5 систему конфликта
18. Замечания, предупреждения, выговор, строгий выговор воспринимаются как...
 1. распорядительные воздействия
 2. организационные воздействия
 3. материальные поощрения и взыскания
 4. дисциплинарная ответственность
 5. административная ответственность
19. Процесс побуждения работников к достижению целей это ...
 1. потребности
 2. стимулирование
 3. мотивация
 4. принуждение
 5. самоутверждение
20. Кадровая психодиагностика в травматологии направлена на изучение...
 1. состояния охраны труда
 2. профессиональной пригодности, успешности

3. межличностных взаимодействий в процессе труда
4. индивидуальных характеристик личности
21. Оснащение общеврачебных практик регламентировано приказами МЗ:
 1. № 237, 487 и 326
 2. № 463 и 350
 3. № 237, 350 и 753
 4. № 402 и 753
22. Критерии оценки эффективности работы ВОП/(СВ) регламентированы приказом МЗ:
 1. № 237
 2. № 350
 3. № 325
 4. № 402
23. Определяющим фактором в методиках оценки экономической эффективности целевых программ здравоохранения является:
 1. достижение высоких результатов минимальными ресурсами
 2. соответствие цели планируемому результату
 3. сбережение материально-финансовых ресурсов
24. Какие медицинские учреждения подлежат лицензированию:
 1. частные амбулаторно-поликлинические учреждения
 2. научно-исследовательские институты
 3. государственные больницы
 4. все медицинские учреждения независимо от форм собственности
25. Кому подчиняется страховая медицинская организация?
 1. министру здравоохранения Российской Федерации;
 2. министру финансов Российской Федерации
 3. министру социальной защиты населения
 4. не подчиняется никому из вышеперечисленных.
26. Какой документ выдается медицинскому учреждению в сфере здравоохранения после успешного прохождения аккредитации?
 1. диплом
 2. свидетельство
 3. лицензия
 4. сертификат
27. Участие страховых организаций в формировании организаций медицинских тарифов в сфере здравоохранения заключается:
 1. в расчете медицинских тарифов
 2. в согласовании медицинских тарифов
 3. в утверждении медицинских тарифов
28. Кому подчиняется страховая медицинская организация в сфере здравоохранения?
 1. министру здравоохранения Российской Федерации
 2. министру финансов Российской Федерации
 3. министру социальной защиты населения
 4. не подчиняется никому из вышеперечисленных
29. Для чего предназначены фонды обязательного медицинского страхования в сфере здравоохранения?
 1. для профессиональной подготовки кадров
 2. для финансирования медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях
 3. для финансирования системы добровольного медицинского страхования
 4. для обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и финансирования ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь застрахованным
30. Для чего предназначены фонды обязательного медицинского страхования в сфере здравоохранения?
 1. для профессиональной подготовки кадров

2. для финансирования медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях
3. для финансирования системы добровольного медицинского страхования
4. для обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и финансирования ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь застрахованным
31. Для диагностики сотрясения головного мозга характерно:
 1. субарахноидальное кровоизлияние
 2. ретроградная амнезия
 3. гемипарез
 4. парез взора вверх
 5. формирование каротидно-кавернозного соустья
32. Характерными признаками диагностики злокачественных опухолей головного мозга являются все перечисленные, кроме:
 1. полиморфизма
 2. диффузности
 3. метастазирования
 4. четкой ограниченности узла
 5. измененной структуры клетки опухоли
33. Наиболее информативным методом диагностики опухолей головного мозга является:
 1. ангиография головного мозга
 2. рентгенография костей черепа
 3. магнитно-резонансная томография
 4. ультразвуковая доплерография
34. При диагностике опухолях головного мозга среди общемозговых симптомов наблюдаются все, кроме:
 1. головная боль
 2. тошнота
 3. рвота
 4. застойные явления на глазном дне
 5. нарушения сознания
 6. гемипарез
35. При метастатическом поражении головного мозга первичный очаг при диагностике наиболее часто обнаруживается в:
 1. легких
 2. желудке
 3. яичниках
 4. спинном мозге
 5. костях таза
36. Основная методика обследования больных с аневризмами сосудов головного мозга:
 1. краниография
 2. пневмоэнцефалография
 3. церебральная ангиография
 4. ЭЭГ
37. Во время диагностики какие изменения гемодинамики чаще свидетельствуют в пользу сдавления головного мозга внутричерепной гематомой:
 1. тахикардия
 2. брадикардия
 3. мерцательная аритмия
 4. артериальная гипотония
38. При диагностике сотрясений головного мозга имеют степени:
 1. первая, вторая, третья, четвертая
 2. легкая, средняя, тяжелая
 3. степеней не имеет
39. Во время диагностике при какой клинической форме черепно-мозговой травмы на рентгенограммах черепа могут быть обнаружены переломы?

1. только при сотрясении головного мозга.
2. только при ушибе головного мозга+
3. при любой из перечисленных
40. Основные принципы лечения черепно-мозговой травмы:
 1. покой
 2. симптоматическая терапия (анальгетики, седативные препараты)
 3. нормализация ликворо- и гемодинамики
 4. специфическая (ноотропная) терапия
 - 5). все перечисленные
41. Основным симптомом сотрясения головного мозга
 1. ретроградная амнезия
 2. анизокория
 3. усиление рефлексов
 4. бессонница
42. Назовите симптомокомплекс односторонней эпи- или субдуральной гематомы.
 1. Кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия.
 2. Потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки.
 - 3.«Светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности
 4. Общемозговая симптоматика, менингеальные знаки, повышение температуры
43. Какой из перечисленных симптомов, наиболее вероятно, указывает на сдавление головного мозга внутричерепной гематомой?
 1. степень утраты сознания
 2. обширная рана головы
 3. назальная ликворея
 4. кровоподтеки в области орбит (симптом "очков")
 5. гемиплегия
44. "Симптом очков" наблюдается при
 1. сотрясении головного мозга
 2. ушибе головного мозга
 3. переломе основания черепа
 4. сдавлении головного мозга
45. Основным симптомом ушиба головного мозга
 1. головная боль
 2. головокружение
 3. повышение температуры
 4. появление очаговой симптоматики
46. Типичное проявление перелома основания черепа
 1. кровотечение и ликворея из носа и ушей
 2. отек век
 3. подкожная эмфизема
 4. двоение в глазах
47. Характерный признак сдавления головного мозга
 1. однократная рвота
 2. менингеальные симптомы
 3. "светлый промежуток"
 4. кратковременная потеря сознания сразу после травмы
48. Сотрясение головного мозга от ушиба мозга отличается
 1. наличием "светлого промежутка"
 2. отсутствием очаговой симптоматики
 3. наличием повышенного АД
 4. нарушением сна
49. Абсолютный признак перелома костей черепа
 1. деформация сустава
 2. деформация мягких тканей

3. отек
4. патологическая подвижность костных отломков
50. Для сотрясения головного мозга характерны симптомы:
 1. длительное расстройство сознания /более 30 минут/
 2. головная боль
 3. тошнота, рвота
 4. менингеальные симптомы
51. Перелом основания черепа в средней черепной ямке во время чрезвычайной ситуации клинически проявляется:
 1. симптомом «очков»
 2. назоликвореей
 3. отоликвореей
 4. носовым кровотечением
 5. адиадохоккинезом
52. Для травматических внутричерепных во время землетрясения гематом характерно:
 1. платибазия
 2. синдром Броуна
 3. синдром Фостера-Кеннеди
 4. пульсирующий экзофтальм
 5. наличие «светлого промежутка»
53. Больной получил травму черепа с переломом основания черепа во время землетрясения, выявлен симптом "очков", anosmia с двух сторон, амблиопия, психомоторное возбуждение. Где очаг? Где перелом основания?
 1. в обонятельном треугольнике.
 2. в средней черепной ямке
 3. в передней спайке мозга.
 4. в задней черепной ямке
 5. в обонятельных трактах.
 6. в передней черепной ямке
54. Для какого варианта перелома костей черепа характерны: истечение крови и ликвора из уха, носа или глотки, нарастающие кровоподтеки в области глазниц и носцевиного отростка?
 1. перелом лобных костей
 2. перелом костей средней и передней черепной ямки
 3. перелом костей задней черепной ямки
55. Пациент получил травму головы во время землетрясения. При рентгенографии черепа в прямой и боковой проекциях обнаружен вдавленный перелом черепа. Что нужно сделать для уточнения глубины вдавления?
 1. задний полуаксиальный снимок
 2. касательный снимок
 3. контактный снимок
56. Что нужно сделать обязательно в конце ПХО вдавленного перелома черепа?
 1. электроэнцефалографию
 2. эхоэнцефалоскопию
 3. контрольные снимки черепа
57. Какие методы обследования выполняются обязательно, сразу при поступлении больного после стихийных бедствий с черепно-мозговой травмой в стационар?
 1. компьютерная томография
 2. эхоэнцефалоскопия
 3. рентгенография черепа
 4. электроэнцефалография
 5. осмотр глазного дна офтальмологом
 6. верно 2, 3
 7. верно все
58. Для оскольчатых переломов костей свода черепа характерно:
 1. вдавление в полость черепа с повреждением твердой мозговой оболочки
 2. разделение костных фрагментов пересекающимися трещинами

3. радиарное расхождение трещин от центра перелома
4. наложение одного костного фрагмента на другой
59. При открытой проникающей травме черепа повреждается:
 1. кожные покровы головы
 2. твердая мозговая оболочка
 3. кора мозга
 4. арахноидальная оболочка
 5. эпендима желудочков мозга
 6. верно 1, 2
 7. верно 3, 4
 8. верно все
60. При неполном переломе костей черепа имеет место:
 1. перелом только наружной пластинки, перелом только внутренней пластинки
 2. расхождение по сагитальному или венечному швам, перелом основания черепа, но без разрыва твердой мозговой оболочки
61. Ориентировочной оценкой показателя тяжести заболевания с временной утратой трудоспособности является:
 1. листок временной нетрудоспособности
 2. листок временной нетрудоспособности, выданный на срок более 10 дней
 3. длительность заболевания, превышающая 1 месяц
 4. характер патологического процесса
 5. наличие сопутствующих заболеваний.
62. Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются:
 1. демографические показатели
 2. заболеваемость
 3. инвалидность
 4. физическое развитие
 5. временная нетрудоспособность
63. Уровень общей смертности на 1000 населения в нашей стране в настоящее время находится пределах:
 1. от 5 до 10
 2. от 11 до 15
 3. от 16 до 20
64. Предметом изучения медицинской статистики являются:
 1. информация о здоровье населения
 2. информация о влиянии факторов окружающей среды на здоровье человека
 3. информация о кадрах, сети и деятельности учреждений и служб здравоохранения
 4. информация о результатах клинических и экспериментальных исследованиях в медицине
 5. все вышеперечисленное
65. Общий коэффициент смертности – это:
 1. отношение числа умерших к среднегодовой численности населения
 2. отношение числа умерших к численности населения на 01.01 данного года
 3. общее количество умерших в течение межпереписного периода
66. В общей структуре смертности населения травмы занимают место:
 1. третье
 2. первое
 3. второе
67. Показатель обеспеченности населения врачебным, средним и младшим медицинским персоналом вычисляется:
 1. в проценте
 2. в промилле
 3. в продецимилле
 4. в темпе прироста
 5. в показателе наглядности
68. К интенсивным статистическим показателям в травматологии относятся:
 1. распределение больных по полу и возрасту

2. показатели заболеваемости, смертности
3. структура заболеваний по нозологическим формам
69. Какой статистический показатель характеризует развитие явления в среде, непосредственно с ним не связанной?
 1. экстенсивный
 2. интенсивный
 3. соотношения
 4. наглядности
 5. средняя арифметическая.
70. Общая заболеваемость – это:
 1. показатель заболеваемости по данным обращаемости
 2. заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации
 3. совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году
 4. учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий инфекционную заболеваемость, неэпидемическую заболеваемость, заболеваемость с ВН, госпитализированную заболеваемость
71. Расположите последовательно обследования больного с диагнозом сдавление головного мозга:
 1. КТ
 2. Ангиография
 3. неврологический осмотр
 4. ЭХО-ЭГ
72. Расположите последовательно обследования больного с диагнозом каротидно-кавернозное соустье:
 1. КТ
 2. Ангиография
 3. неврологический осмотр
 4. аускультация головы
 5. осмотр окулиста
73. Последовательность оценки краниограмм:
 1. наличие рентгенологических признаков трещин
 2. маркировка рентгенограмм
 3. оценка правильности укладки головы
 4. краниографические признаки внутричерепной гипертензии
74. Какие изменения гемодинамики чаще свидетельствуют в пользу сдавления головного мозга внутричерепной гематомой:
 1. тахикардия
 2. брадикардия
 3. мерцательная аритмия
 4. артериальная гипотония
75. Результат спинномозговой пункции при внутримозговой гематоме
 1. нет изменений
 2. примесь гноя
 3. повышение давления ликвора
 4. хлопья
76. При рентгенографии черепа в прямой и боковой проекциях обнаружен вдавленный перелом черепа. Что нужно сделать для уточнения глубины вдавления?
 1. задний полуаксиальный снимок
 2. касательный снимок
 3. контактный снимок
77. Какие методы обследования выполняются обязательно, сразу при поступлении больного с черепно-мозговой травмой в стационар?
 1. компьютерная томография
 2. эхоэнцефалоскопия

3. рентгенография черепа
4. электроэнцефалография
5. осмотр глазного дна офтальмологом
6. верно 2, 3
7. верно все
78. Показанием к нанесению диагностического трепанационного отверстия при черепно-мозговой травме является смещение М-эхо более чем на:
 1. 2 мм
 2. 4 мм
 3. 6,5 мм
 4. 1,5 см
79. При неполном переломе костей черепа имеет место:
 1. перелом только наружной пластинки, перелом только внутренней пластинки
 2. расхождение по сагиттальному или венечному швам, перелом основания черепа, но без разрыва твердой мозговой оболочки
80. Ведущим методом в диагностике внутричерепных гематом является:
 1. миелография
 2. пневмоэнцефалография
 3. компьютерная рентгеновская томография
 4. ЭЭГ
81. Пути введения антибиотиков при открытой черепно-мозговой травме:
 1. внутримышечно
 2. внутривенно
 3. эндлюмбально
 4. интракаротидно
 5. все перечисленные
82. Метод лечения субдуральной гематомы
 1. введение наркотиков
 2. назначить чреззондовое питание
 3. переливание крови
 4. трепанация черепа
83. При открытой проникающей травме черепа повреждается:
 1. кожные покровы головы
 2. твердая мозговая оболочка
 3. кора мозга
 4. арахноидальная оболочка
 5. эпэндима желудочков мозга
 6. верно 1, 2
 7. верно 3, 4
 8. верно все
84. Какие из перечисленных способов применяются для лечения переломов шейного отдела позвоночника без повреждения спинного мозга?
 1. разгрузка на шите в горизонтальном положении, ЛФК для мышц по Древинг-Гориневской
 2. применение петли Глиссона, скелетное вытяжение за череп, с помощью воротника шанца и торакокраниальной гипсовой повязки
85. К методам лечения линейных переломов костей черепа относится:
 1. остеосинтез скрепками
 2. остеосинтез биологическим клеем
 3. наложение аппарата Илизарова
 4. скелетное вытяжение
 5. не требует оперативного лечения
86. Скелетное вытяжение за череп при переломах среднегрудного отдела позвоночника, как правило, длится:
 1. 1-2 недели
 2. 3-4 недели
 3. 6-8 недель

4. 9-12 недель
5. не накладывают
87. Неотложная помощь при черепно-мозговой травме заключается в применении наркотиков
противорвотных препаратов
пузыря со льдом на голову
кордиамина
88. Основными клиническими формами повреждения головного мозга являются:
 1. сотрясение головного мозга, сдавление головного мозга, ушиб головного мозга
 2. субарахноидальное кровоизлияние, внутричерепная гематома, отек головного мозга
 3. пролапс головного мозга, дислокация головного мозга
89. Для профилактики и борьбы с отеком мозга применяют
 1. оксигенотерапию
 2. физиотерапию
 3. дегидратационную терапию
 4. баротерапию
90. Люмбальная пункция дает возможность точно подтвердить диагноз только:
 1. сотрясения головного мозга
 2. эпидуральной гематомы
 3. субдуральной гематомы
 4. внутримозговой гематомы
 5. субарахноидального кровоизлияния
91. Достоверные признаки проникающих ранений головы:
 1. истечение мозгового детрита.
 2. симптомы ушиба головного мозга.
 3. повреждение костей свода черепа.
 4. ликворея из уха.
 5. повреждение твердой мозговой оболочки.
92. Показания к экстренной трепанации черепа:
 1. внутричерепная гематома.
 2. субарахноидальное кровоизлияние.
 3. ликворрея из раны на голове.
 4. вдавленный перелом свода черепа.
 5. кровоизлияние из венозного синуса.
93. Помощь при черепной травме в госпитале фронта:
 1. удаление костных отломков из полости черепа.
 2. введение противостолбнячного анатоксина.
 3. длительность лечения 30 – 45 суток.
 4. пластика костного дефекта черепа.
 5. трепанация черепа.
94. Первая врачебная помощь при ранении в череп:
 1. ПХО раны на МПП.
 2. люмбальная пункция.
 3. подбинтовывание повязки.
 4. введение антибиотиков.
 5. ЭХО-локация.
95. Для ушиба головного мозга II степени характерно:
 1. брадикардия.
 2. нарушение дыхания.
 3. повышение АД.
 4. анизокория.
 5. утрата сознания.
96. Помощь раненым в голову на поле боя:
 1. эвакуация больного в положении "полубок - полуживот"
 2. транспортная иммобилизация головы и шеи.
 3. асептическая повязка.

4. трахеостомия.
5. наркотический анальгетик
97. Показания к экстренной трепанации черепа на:
 1. внутричерепная гематома.
 2. субарахноидальное кровоизлияние.
 3. ликворрея из раны на голове.
 4. вдавленный перелом свода черепа.
 5. кровотечение из венозного синуса.
98. Помощь раненым в череп на МПП:
 1. транспортная иммобилизация головы.
 2. трепанация черепа.
 3. введение противостолбнячного анатоксина.
 4. введение антибиотиков.
 5. переливание крови.
99. Характерные симптомы сдавления головного мозга:
 1. наличие "светлого" промежутка.
 2. гемиплегия.
 3. повышение ликворного давления.
 4. общемозговые симптомы.
 5. понижение температуры тела.
100. Симптомы, характерные для сотрясения головного мозга:
 1. потеря сознания.
 2. анизорефлексия.
 3. антероградная и ретроградная амнезия.
 4. парез лицевого нерва.
 5. головная боль.

2.7. Раздел 7 «Травма позвоночника и спинного мозга, периферических нервов»

Трудоемкость – 108 часов, в том числе:

лекции – 6 часов

семинарские занятия – 76 часов.

самостоятельная работа - 26 часов

Темы лекций

1. Патоморфология и патофизиология повреждений спинного мозга- Классификация и патогенез позвоночно-спинномозговой травмы – 2 часа.
2. Клиника и диагностика позвоночно-спинномозговых повреждений. Методики – 2 часа.
3. Открытые позвоночно-спинномозговые повреждения. Лучевая диагностика повреждений и заболеваний позвоночника и спинного мозга. клинико-неврологической диагностики повреждений спинного мозга и других нервно-сосудистых образований, расположенных в позвоночном канале – 2 часа.

Практические занятия:

1. Патоморфология и патофизиология повреждений спинного мозга. Первичные и вторичные повреждения спинного мозга- 2 часа.
2. Классификации позвоночно-спинномозговой травмы. Их клиническое значение - 2 часа.
3. Клиника и диагностика позвоночно-спинномозговых повреждений. Клинические формы повреждения спинного мозга. Открытые позвоночно-спинномозговые повреждения - 4 часа.
4. Хирургическое лечение позвоночно-спинномозговой травмы. Техника операций на позвоночнике и спинном мозге- 4 часа.
5. Основные подходы и техника операций на позвоночнике и спинном мозге при ПСМТ - 4 часов.
6. Особенности хирургического лечения повреждений шейного отдела позвоночника и спинного мозга в раннем периоде ТБСМ - 4 часов.
7. Реабилитация больных с позвоночной и позвоночно-спинномозговой травмой. Шкала

реабилитационного потенциала. - 4 часов.

8. Хирургическое лечение последствий позвоночно-спинномозговой травмы, как этап хирургической реабилитации - 6 часов.

9. Особенности хирургии периферических нервов при повреждениях различной этиологии - 6 часов.

10. Травма верхнешейного отдела позвоночника: диагностика, классификация, лечение - 6 часов.

11. Травма нижнего шейного отдела позвоночника: диагностика, классификация, лечение - 6 часов.

12. Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника: диагностика, классификация, лечение - 6 часов.

13. Особенности лечения травматических повреждений позвоночника на фоне остеопороза. Методы пластики позвонков при остеопорозе – 6 часов.

14. Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника Остеопороз и хирургия позвоночника – 6 часов.

15. Повреждения крестца – 4 часа.

16. Повреждения позвоночника и ПСМТ у детей. Особенности диагностики и лечения – 6 часов.

Самостоятельная работа:

- Внутривertebralные инородные тела.
- Эпидемиология и статистика травм позвоночника и спинного мозга.
- Восстановление локомоторных функций у пациентов с травматической болезнью спинного мозга. Локомоторная тренировка.

Оценочные материалы

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной М., 10 лет, при нырянии на мелком месте ударился головой о твердое дно реки. Извлечен из воды товарищами. Больной жалуется на потерю чувствительности и отсутствие движений в руках и ногах, а также на затрудненное дыхание.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Положение больного при транспортировке в лечебное учреждение.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Лечебные мероприятия при данном повреждении.
5. Классификация повреждений позвоночника.

Задача 2. Больной Ч., 35 лет, сбит автомобилем. При поступлении жалуется на боли в лонной области. При осмотре у больного выявляется выступающий над лонной областью переполненный мочевой пузырь, пальпация лобковых костей резко болезненна. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует. Мягкий катетер в мочевой пузырь не проходит. При удалении катетера из уретры выделилось несколько капель крови

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы исследования.
3. Перечислите лечебные мероприятия при данном виде травмы.
4. Классификация переломов таза.
5. Осложнения при переломах таза.

Задача 3. Больной М., 18 лет, во время игры в волейбол подвернул правую стопу кнутри, почувствовал сразу резкую боль в голеностопном суставе и хруст. При осмотре область правого голеностопного сустава резко отечна, при пальпации лодыжек возникает сильная боль, стопа находится в варусном положении.

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Перечислите лечебные мероприятия и их очередность.
4. Способ и сроки иммобилизации при данном повреждении.
5. Назовите классификацию повреждений данной области.

Задача 4. Больной И., 45 лет, поступил в клинику через 2 часа после получения травмы в состоянии алкогольного опьянения с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе. Со слов больного поскользнулся и упал на левый бок. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. АД 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 100 в минуту; больной лежит на левом боку, изменение положение тела вызывает боли в грудной клетке и животе. На левой половине грудной клетки имеются ссадины и кровоподтеки, локальная болезненность по ходу IX и X ребер слева по средней подмышечной линии. Живот не вздут, при пальпации резко болезнен и напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. В анализе крови: эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, Hb – 130 г/л, Ht – 0,40. При рентгеноскопии грудной клетки выявлен перелом X ребра слева.

1. Предварительный диагноз, дифференциальная диагностика.
2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Что делать с излившейся в брюшную полость кровью? При ревизии органов брюшной полости во время операции выявлены множественные глубокие разрывы селезенки с распространением на ворота селезенки.

5. Окончательный клинический диагноз.

Задача 5. Больной М., 26 лет, обратился с жалобами на боли в спине и пояснице, боли в области сердца, возникающие при подъеме тяжестей, вынужденном положении, длительном стоянии. Объективно: у больного имеется опущение угла правой лопатки и надплечья на 1,5 см. При наклоне определяется выбухание грудной клетки слева. Имеется асимметрия расположения сосков на 1 см. В нижнегрудном и поясничном отделе выражен дефанс паравертебральных мышц.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы исследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Клинические проявления остеохондроза позвоночника в зависимости от локализации.
5. Консервативное лечение остеохондроза.

Задача 6. Девочка 12 лет во время занятий спортом выполняла кувырок и при падении почувствовала боль в спине. Была кратковременная задержка дыхания. На следующий день обратилась в поликлинику к педиатру с жалобами на боли в спине.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Задача 7. Больной 8 лет поступил в отделение реанимации через 40 минут после автомобильной катастрофы. Состояние крайней тяжести, сознание отсутствует, кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Отмечается сглаженность правой носогубной складки, анизокория. Левое бедро на уровне $2/3$ деформировано. Множественные ссадины. В теменной области слева определяется гематома. Из левой ушной раковины - ликворея. Мышечная гипотония. Дыхание частое поверхностное проводится с обеих сторон. Тоны сердца 140 уд. в 1 мин. приглушены. Пульс слабого наполнения. АД 60/30 мм рт.ст.

Ваш предварительный диагноз, тактика врача скорой помощи. Составить план обследования ребенка в стационаре, тактика лечения.

Задача 8. Больной О-в Л.В., 24 лет, упал на ноги с балкона 4 этажа. Почувствовал резкую боль в спине, самостоятельно встать не смог. При осмотре отмечается сглаженность лордоза в поясничном отделе и видимое напряжение мышц по типу “вожжей”, сходящихся к I поясничному позвонку. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены из-за сильных болей, симптом осевой нагрузки положительный. Пальпация остистых отростков в зоне с XII грудного по III поясничным болезненная с одновременной попыткой больного поднять разогнутые ноги (положительный симптом Силина). Признаков повреждения спинного мозга нет.

1. Предварительный диагноз?
2. Дальнейшая тактика?

Задача 9. Больная 67 лет, поступила в травматологическое отделение с жалобами на боли в грудопоясничном отделе позвоночника, которые появились после поворота в постели. В анамнезе у больной - надвлагалищная ампутация матки с яичниками, бронхиальная астма, последние 10 лет принимает преднизолон. При осмотре: больная крепкого телосложения, невысокого роста, за последнее время обратила внимание на то, что рост ее уменьшился. При пальпации - диффузная болезненность остистых отростков в грудном и поясничном отделах позвоночника с усилением болевого феномена на уровне Th12 - L1-2, умеренное напряжение мышц спины, положительный

симптом “звонка” на уровне L1. Неврологических нарушений нет. На рентгенограммах груднопоясничного отдела позвоночника выявлена клиновидная деформация L1 позвонка снижение его высоты на 0,5 см. Расширение межпозвонковых пространств в виде двояковыпуклых линз, размытость рисунков тел позвонков, заподозрен патологический перелом тела L1 позвонка.

1. Какие необходимо провести исследования для уточнения диагноза?
2. Между какими патологическими процессами должен проводиться дифференциальный диагноз?
3. Какие факторы могут способствовать развитию остеопороза и перелома позвоночника у данной больной?
4. Какой лечебной тактики следует придерживаться при патологическом компрессионном переломе тела L1 позвонка, гормональной спондилопатии, выявленных у данной больной?

Задача 10. Больная К. 32 лет. При резком торможении автомобиля произошло форсированное сгибание в шейном отделе позвоночника, возникла острая боль по задней его поверхности. При осмотре припухлость локализована в зоне остистых отростков С 4-5, пальпация резко болезненна, в межкостном промежутке кончик пальца свободно проникает между отростками, попытка разгибания в шейном отделе позвоночника вызывает мучительную боль. На рентгенограммах костных повреждений не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Как лечить больную?

Тестовые задания:

1. Пирогов Н.И. был родоначальником гипсовой техники
 1. Да
 2. Нет
2. В каком году было впервые предложено лечить переломы позвоночника хирургическим путем
 1. 1831
 2. 1745
 3. 1910
3. Какой документ выдается медицинскому учреждению в сфере здравоохранения после успешного прохождения аккредитации?
 1. диплом
 2. свидетельство
 3. лицензия
 4. сертификат
4. Лоренц Белер лечил переломы позвоночника методами спортивной гимнастики
 1. Да
 2. Нет
5. В каких годах ННИИТО избрал главным направлением хирургию позвоночника
 1. 50х
 2. 60х
 3. 40х
6. Кому подчиняется страховая медицинская организация?
 1. министру здравоохранения Российской Федерации;
 2. министру финансов Российской Федерации
 3. министру социальной защиты населения
 4. не подчиняется никому из вышеперечисленных.
7. Кем был введен термин “проникающий перелом тела позвонка”
 1. Цевьян Я.Л.
 2. Пирогов Н.И
 3. Вишневский В.В.
8. Критерии оценки эффективности работы ВОП/(СВ) регламентированы приказом МЗ:
 1. № 237
 2. № 350
 3. № 325
 4. № 402
9. Кадровая психодиагностика в травматологии направлена на изучение...

1. состояния охраны труда
 2. профессиональной пригодности, успешности
 3. межличностных взаимодействий в процессе труда
 4. индивидуальных характеристик личности
10. Процесс побуждения работников к достижению целей это ...
1. потребности
 2. стимулирование
 3. мотивация
 4. принуждение
 5. самоутверждение
11. Инцидент, повод, причины, конфликтная ситуация, субъекты конфликта, предмет его составляют...
1. внутреннюю среду конфликта
 2. инфраструктуру
 3. внешнюю среду
 4. структуру конфликта
 - 5 систему конфликта
12. Кадровое планирование в травматологической организации включает:
1. определение численности персонала по категориям и квалификации
 2. планирование дополнительной потребности в работ никах
 3. планирование использования и сокращения персонала
 4. формирование тактики управления персоналом
 5. изменение штатного расписания
 6. расчет планового фонда заработной платы
13. ТПФ впервые появилась в
1. 19 веке
 2. 20 веке
 3. 21 веке
14. В каком году в НИИТО была проведена первая вентральная фиксация позвоночника
1. 1984
 2. 1976
 3. 1945
15. Специалисты в системе управления в травматологии в зависимости от занимаемой должности подразделяются на ...
1. ведущих, главных, ведомых
 2. ИТР, канцелярских работников
 3. старших, главных, ведущих
 4. постоянных, сезонных, временных
 5. внутренних, внешних
16. Какой из перечисленных факторов наиболее препятствует инфицированию раны:
1. асептическая повязка
 2. промывание раны водой из фляги
 3. быстрый вынос с поля боя
 4. наложение кровоостанавливающего жгута
 5. задержка на этапах медэвакуации
17. Применяется ли метод постоянного скелетного вытяжения при лечении шейного отдела позвоночника на этапе квалифицированной медицинской помощи?
1. да
 2. нет
18. Следует ли пострадавшему с закрытым переломом грудного отдела позвоночника выполнять новокаиновую блокаду на этапе первой врачебной помощи?
1. да
 2. нет
19. Следует ли пострадавшему с закрытым переломом поясничного отдела позвоночника выполнять новокаиновую блокаду на этапе первой врачебной помощи?
1. да

2. нет
20. Оснащение общеврачебных практик регламентировано приказами МЗ:
 1. № 237, 487 и 326
 2. № 463 и 350
 3. № 237, 350 и 753
 4. № 402 и 753
21. Определяющим фактором в методиках оценки экономической эффективности целевых программ здравоохранения является:
 1. достижение высоких результатов минимальными ресурсами+
 2. соответствие цели планируемому результату
 3. сбережение материально-финансовых ресурсов
22. Кому подчиняется страховая медицинская организация?
 1. министру здравоохранения Российской Федерации;
 2. министру финансов Российской Федерации
 3. министру социальной защиты населения
 4. не подчиняется никому из вышеперечисленных.
23. Первая ортопедическая клиника была создана в
 1. 1821
 2. 1780
 3. 1862
24. Первая миотомия для коррекции сколиотической деформации была проведена в
 1. 1835
 2. 1887
 3. 1903
25. На структуру системы управления персоналом в травматологической организации влияют следующие внешние факторы:
 1. отрасль, сфера деятельности
 2. специализация региона
 3. состояние экономики страны
26. Современное деление персонала в травматологической организации включает:
 1. рабочие основные
 2. рабочие вспомогательные
 3. рабочие, включая учеников
 4. ученики
 5. инженерно-технические работники (ИТР)
 6. служащие
 7. младший обслуживающий персонал+
 8. охрана
 9. специалисты.
27. Всегда ли следует накладывать кровоостанавливающий жгут при минно-взрывном разрушении стопы?
 1. да
 2. нет
28. Первый дорсальный спондилодез был проведен в
 1. 1923
 2. 1914
 3. 1943
29. Назовите наиболее часто встречающиеся ранние осложнения переломов позвоночника:
 1. травматический шок
 2. жировая эмболия
 3. остеомиелит
 4. подкожная эмфизема
 5. тромбоэмболия
 6. кровотечение
 7. повреждение сосудисто-нервного пучка

30. Профилактические осмотры детей необходимо начинать:
1. в начальных классах общеобразовательных школ
 2. в детских садах, яслях
 3. в старших классах общеобразовательных школ
 4. в институтах, профтехучилищах, при поступлении на работу
 5. в горвоенкоматах
31. Применение каких препаратов может вызвать остеопороз:
1. кортикостероиды, гепарин, тиреоидин
 2. активные метаболиты Вит Д
32. В целях профилактики травм позвоночника предпринимают ряд мер:
1. использование фиксирующих поясов при поднятии тяжестей;
 2. преобладание в рационе питания полиненасыщенных жиров
 3. соблюдение распорядка дня
33. В целях профилактики травм позвоночника предпринимают ряд мер:
1. избегание чрезмерных нагрузок без подготовки;
 2. тренировка с чрезмерными нагрузками
 3. закаливание
34. Наиболее важным в профилактике травм позвоночника у спортсменов является ряд мер:
- 1.. соблюдения восстановительного режима для организма: чередование периодов тренировок и отдыха;
 2. содержание в рационе достаточного количества витамина В1
 3. прогулки на свежем воздухе
35. Характерные ошибки, приводящие к травмам позвоночника в силовом спорте:
1. Чрезмерная силовая нагрузка
 2. несоблюдение спортивной диеты
 3. вредные привычки
36. Какое вещество применяется для профилактики травм на фоне остеопороза
1. кальций
 2. натрий
 3. медь
 4. калий
37. Рекомендуемая суточная норма витамина D(МЕ) в возрасте 19—70 лет
1. 400
 2. 600
 3. 800
 4. 1000
38. Рекомендуемая суточная норма витамина D(МЕ) в возрасте 71 года и старше
1. 400
 2. 600
 3. 800
 4. 1000
39. При сидячей работе , разминку стоит проводить каждые
1. 2 часа
 2. 3 часа
 3. 4 часа
 4. проводить не надо
40. Какой синдром наиболее характерен для компрессии корешков конского хвоста грыжей межпозвонкового диска?
1. болевой синдром
 2. нарушения рефлексов
 3. двигательные расстройства
 4. симптомы натяжения
 5. чувствительные расстройства
 6. нарушение функций тазовых органов
 7. все перечисленные
41. Показания к оперативному лечению при болезни Шойермана

1. грубая деформация позвоночника
2. выраженный болевой синдром
3. неврологическая симптоматика
4. все перечисленные симптомы
42. Информативными ликвородинамическими симптомами компрессии спинного мозга на различных уровнях являются:
 1. Проба Стуккея
 2. Проба Пуссепа
 3. Проба Квеккенштедта
 4. Все перечисленные
43. Двигательные нарушения при поражении верхнешейного отдела спинного мозга сво
 1. Атактическому синдрому
 2. Спастическому гемипарезу
 3. Спастическому тетрапарезу
 4. Нижнему спастическому парапарезу
 5. Вялой верхней параплегии
44. Синдром чувствительных нарушений при поражении спинного мозга на уровне шейного утолщения включает:
 1. Гипестезии и боли в руках
 2. Астереогноз
 3. Нарушение всех видов чувствительности ниже уровня поражения
 4. Гипестезию на лице по луковичному типу
 5. Все перечисленное
45. Синдром Клода-Бернара-Горнера возникает при поражении спинного мозга на уровне:
 1. Кранио-verteбрального перехода
 2. Верхнешейном С1-С4
 3. Шейно-грудном С8-Д1
 4. Шейного утолщения
 5. Любом из перечисленных
46. Синдром компрессии спинного мозга на грудном Д3-Д12 уровне не включает:
 1. Вялую нижнюю параплегию
 2. Нижний спастический парапарез
 3. Проводниковую гипестезию соответственно уровню поражения
47. Синдром двигательных нарушений при поражении конского хвоста на уровне V поясничного позвонка состоит из:
 1. Спастического нижнего парапареза
 2. Вялого дистального нижнего парапареза
 3. Вялого проксимального нижнего парапареза
48. Синдром тазовых нарушений при поражении конского хвоста характеризуется:
 1. Истинным недержанием мочи
 2. Парадоксальной ишурией
 3. Истинной задержкой мочеиспускания
 4. Ложной задержкой мочеиспускания
49. Синдром нарушения тазовых функций при поражении конуса спинного мозга (S3-S5) включает:
 1. Парадоксальную ишурию
 2. Истинную задержку мочеиспускания
 3. Истинное недержание мочи
 4. Отсутствие эрекции
50. Синдром двигательных нарушений при поражении спинного мозга на уровне эпиконуса может включать:
 1. Паралич проксимальных отделов ног
 2. Парез проксимальных отделов ног
 3. Паралич дистальных отделов ног
 4. Угнетение всех рефлексов на ногах
 5. Вялую нижнюю параплегию

51. Для осложненного перелома грудного отдела позвоночника характерен:
- 1) верхний парапарез
 - 2) нижний парапарез
 - 3) лагофтальм
 - 4) тетрапарез
 - 5) верхний монопарез
52. Организационно-методическим методом , позволяющим своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пострадавших при переломе позвоночника:
1. быстрое выведение из очага катастрофы
 2. четко организованная медицинская эвакуация
 3. прогнозирование исхода поражения
 4. медицинская сортировка
 5. оказание неотложной помощи
53. К числу нуждающихся в неотложной помощи при ЧС будут относиться :
1. больных инфекционными заболеваниями
 2. пострадавшие с переломом или ранением позвоночника
 3. пострадавшие с психоневротическими расстройствами
54. Оптимальным сроком оказания доврачебной медицинской помощи пострадавшим с переломом или ранением позвоночника :
1. возможность оказывать в любые сроки
 2. 12 часов
 3. 9 часов
 4. 6 часов
55. Основные мероприятия доврачебной медицинской помощи , проводимые пострадавшим с ранениями позвоночника при ЧС :
1. дезинфекция , обезболивание
 2. введение обезболивающих , госпитализация нетранспортабельных
 3. медицинская сортировка пораженных , транспортировка их в ближайшие лечебно-профилактические учреждения
 4. все перечисленное
56. Механизм хлыстовых травм :
1. падение с большой высоты
 2. резкое запрокидывание головы при дорожных авариях
 3. избыточные физические нагрузки
 4. все перечисленное
57. Вы обнаружили пострадавшего с предварительным диагнозом « перелом грудного отдела позвоночника» . В первую очередь вы должны :
1. Не разрешать больному вставать, садиться и принимать любое другое положение, отличное от того, в котором он оказался после происшествия
 2. попросить раненого встать
 3. попытаться усадить пострадавшего на твердую поверхность
58. Наиболее жизнеугрожающий уровень повреждения позвоночника :
1. шейный отдел
 2. грудной отдел
 3. поясничный отдел
 4. крестцовый отдел
59. Возбудителем бактериального осложнения открытого перелома позвоночника является:
1. кишечная палочка
 2. золотистый стафилококк
 3. бледная трепонема
 4. пневмококк
60. Спинальные травмы наиболее вероятны при :
1. взрывах
 2. землетрясениях
 3. дорожных авариях
 4. наводнениях

61. Можно ли использовать подручные средства для иммобилизации пострадавших со спинальной травме, при отсутствии специальных средств

1. да
2. нет

62. Трудоспособными больными будут являться :

1. Перенесшие сотрясение, легкий ушиб спинного мозга с полным восстановлением функций, не осложненный переломом позвоночника, либо со стабильным переломом, рационально трудоустроенные

2. Перенесшие сотрясение, тяжелый ушиб спинного мозга с полным восстановлением функций, не осложненный переломом позвоночника, либо со стабильным переломом, рационально трудоустроенные

3. Перенесшие сотрясение, ушиб спинного мозга, осложненный переломом позвоночника, либо со стабильным переломом, рационально трудоустроенные

63. Трудоспособными больными будут являться :

1. После легкого или средней тяжести ушиба спинного мозга в значительной степени компенсировавшие двигательный дефект, без других осложнений травмы, если необходимые облегченные условия труда могут быть предоставлены по заключению ВК

2. После легкого или средней тяжести ушиба спинного мозга в значительной степени компенсировавшие двигательный дефект, без других осложнений травмы, если необходимые облегченные условия труда по заключению ВК не могут быть предоставлены

3. После ушиба спинного мозга средней тяжести, с другими осложнениями травмы

64. Необходимый минимум обследования при направлении на БМСЭ

1. Данные спондилографии, миелография.

2. КТ, МРТ (при возможности).

3. Данные осмотра травматолога, нейрохирурга.

4. все перечисленное

65. Резко выраженное ограничение жизнедеятельности — неспособность к передвижению, выраженное нарушение функций верхних конечностей относится к ... группе инвалидности

1. I
2. II
3. III

66. Сложные-оскольчатые и компрессионные переломы позвонков со снижением высоты тел на 1/2 и больше и нестабильностью в позвоночных сегментах являются критериями ... группы инвалидности

1. I
2. II
3. III

67. В случае выраженного нарушения функций спинного мозга, при неэффективности реабилитационных мероприятий группа инвалидности определяется бессрочно после :

1. 1 года наблюдения
2. 3 лет наблюдения
3. 5 лет наблюдения

68. Согласно статистическим данным, главной причиной инвалидизации пострадавших со спинальной травмой является :

1. дорожные аварии
2. землетрясения
3. оползни
4. наводнения

69. Возраст людей, наиболее подвергающийся инвалидизации вследствие спинальной травмы :

1. 5-10 лет
2. 11-19 года
3. 20-45 лет
4. 46 -70

70. Частота повреждений шейного отдела позвоночника среди травм других отделов :

1. 10 %

2.20 %

3.25%

4.30 %

71. Из общего количества пострадавших больные с осложненными повреждениями позвоночника, имеющие ... группу инвалидности, по данным ВТЭК, составляют около 8 %

1. I

2. II

3. III

72. У больного диагностирован разрыв нижнепоясничного диска. Возможно ли при этом появление люмбоишалгии без грыжи или протрузии диска:

1. да

2. нет

73. Триада Путья является рентгенологическим диагностическим признаком:

1. ротационного подвывиха атланта

2. взрывного перелома позвонка

3. вывиха позвонка

4. перелома позвонка по типу капли слезы

74. Какие методы обследования используются для диагностики грыж поясничных межпозвонковых дисков?

Компьютерная томография

Магнитно-резонансная томография

Контрастная (позитивная) миелография

Все перечисленные методы

74. Какие диагностические признаки грыжи межпозвонкового диска могут быть обнаружены только при контрастной миелографии?

1. Снижение высоты межпозвонкового промежутка

2. Дефект наполнения дурального мешка

3. Сколиоз

75. Наиболее характерным рентгенологическим признаком, указывающим на разрыв диска, является:

1. ретролистез нижележащего позвонка

2. антелистез вышележащего позвонка

3. увеличение высоты диска

4. увеличение высоты вентрального отдела диска в положении экстензии и ретролистез вышележащего позвонка

76. Повреждение поперечной связки атланта указывает расхождение латеральных масс С1 позвонка (выявленное на прямой рентгенограмме):

1. более 6 мм

2. более 4 мм

3. менее 4 мм

77. Основным рентгенологическим признаком прогрессирования сколиотической болезни является:

1. тест Кона

2. тест Риссера

3. тест Мовшовича

4. тест Нидерштрата

5. индекс стабильности Казьмина

78. Рентгенологическое обследование больного в случае сколиотической деформации должна обязательно включать в себя:

1. рентгенографию основной кривизны в передне-задней проекции в положении стоя; рентгенографию компенсаторного искривления в передне-задней проекции в положении стоя; рентгенографию основного искривления в боковой проекции в положении стоя; рентгенографию основного искривления в боковой проекции в положении лежа

2. рентгенографию основной кривизны в передне-задней проекции в положении лежа; рентгенографию компенсаторного искривления в передне-задней проекции в положении лежа; рентгенографию таза с захватом крыльев подвздошной кости

79. Какой метод исследования мобильности деформированного позвоночника наиболее информативен?

1. тяга за голову руками
2. рентгенография в положении бокового наклона
3. рентгенография в положении вертикальной тракции
4. рентгенография в положении горизонтальной тракции под наркозом
- 5 боковой наклон на валике

80. Функциональные рентгеновские снимки при грыже диска позволяют ли выявить изменение подвижности в одном сегменте:

1. да
2. нет

81. Какие из перечисленных способов применяются для лечения переломов шейного отдела позвоночника без повреждения спинного мозга?

1. разгрузка на шите в горизонтальном положении, ЛФК для мышц по Древинг-Гориневской

2. применение петли Глиссона, скелетное вытяжение за череп, с помощью воротника шанца и торакокраниальной гипсовой повязки

82. Функциональное лечение при переломах тел позвонков показано:

1. при осложненных компрессионных переломах
2. при переломах позвоночника у больных старческого возраста
3. при неосложненных компрессионных переломах грудных и поясничных позвонков
4. при переломах остистых отростков
5. при нестабильных переломах

83. Оптимальная тактика лечения детей с компрессионными переломами грудного отдела позвоночника включает:

1. метод лечения (реклинация, ЛФК, массаж) с последующей иммобилизацией экстензионным съёмным корсетом

2. лечение с помощью корсетов
3. оперативное лечение
4. одномоментную реклинацию + корсет
5. не требует корсета

84. Что не является показанием к экстренному оперативному лечению повреждения позвоночника:

1. нарастающая неврология, обусловленная уровнем повреждения позвоночника
2. признаки компрессии спинного мозга
3. невправляемый нестабильный вывих, перелома-вывих позвонка (позвонков) с угрозой повреждения невралных структур спинного мозга

4. разрыв диска с образованием посттравматической его грыжи

85. При переломах тел позвонков на фоне остеопороза показано:

1. консервативное лечение
2. хирургическое лечение
3. метод лечения зависит от тяжести перелома
4. метод лечения зависит от степени остеопороза
5. лечение не показано

86. Консервативное лечение переломов тел позвонков на фоне остеопороза:

1. постельный режим до консолидации перелома, внешняя иммобилизация гипсовой повязкой, ЛФК

2. внешняя иммобилизация съёмным корсетом, симптоматическое лечение, остеотропное лечение, ЛФК

86. Противопоказаниями к применению хирургического лечения остеопоротических переломов тел позвонков являются:

1. молодой возраст
2. пожилой возраст
3. соматическая недоступность
4. наличие неврологического дефицита
5. отсутствие кифотической деформации поврежденного сегмента

87. Противопоказаниями к применению консервативного лечения остеопоротических переломов тел позвонков являются:
1. молодой возраст
 2. пожилой возраст
 3. наличие неврологического дефицита
 4. отсутствие кифотической деформации поврежденного сегмента
88. Какой метод консервативного лечения сколиоза наиболее эффективен?
1. ЛФК
 2. корсетотерапия
 3. плавание
 4. гирудотерапия
89. При каком типе сколиоза консервативное лечение наиболее эффективно?
1. врожденный
 2. паралитический
 3. идиопатический
90. Транспортировка пострадавших с переломом или ранением позвоночника в бессознательном состоянии производится в положении :
1. на боку
 2. в полусидячем с согнутыми в коленях ногами
 3. лежа на животе
 4. лежа на спине
91. Пострадавшего, у которого нельзя исключить травму спинного мозга, вначале нужно должным образом уложить на
1. спинальную доску (щит)
 2. кресло каталку
 3. укладывать не нужно
92. Чтобы предотвратить движения в шейном отделе позвоночника при спинальной травме, наряду с фиксатором или доской обязательно нужно использовать :
1. жесткую воротниковую шину
 2. эластический бинт
 3. достаточно придерживать голову пострадавшего рукой
93. Для фиксации головы при повреждении шейного отдела позвоночника у детей используют
1. налобную ленту
 2. жесткую воротниковую шину
 3. спинальную доску
94. Для предотвращения пролежней во время транспортировки пострадавшего со спинальной травмой следует
1. класть прокладки из мягкого материала под области, где отсутствует чувствительность,
 2. класть прокладки из твердого материала, под области, где отсутствует чувствительность
 3. класть прокладки не нужно
95. Пострадавших со спинальной травмой в сознании или с установленной эндотрахеальной трубкой транспортируют в положении
1. лежа на спине
 2. лежа на боку
 3. сидя
96. Неинтубированных больных со спинальной травмой в бессознательном состоянии следует транспортировать в положении
1. лежа на боку
 2. лежа на спине
 3. сидя
97. Если транспортировка проводится не на спинальной доске и дыхательные пути не защищены, то целесообразно уложить пострадавшего в положение
1. лежа на боку
 2. лежа на спине
 3. лежа на животе

98. Если спинальная травма получена в труднодоступной местности или на большом расстоянии от больницы, транспортировка [...] снижает летальность и риск осложнений

1. вертолетом
2. на машине
3. судном

99. Пострадавшим со спинальной травмой необходимо

1. иммобилизация
2. транспортировка
3. госпитализация
4. все перечисленное

100. Основные принципы реабилитации больных и инвалидов со спинальной травмой включают все перечисленное, кроме:

1. медицинской реабилитации
2. социально-бытовой реабилитации
3. профессиональной реабилитации
4. юридической реабилитации

2.8. Раздел 8 «Симуляционный курс»

Трудоемкость – 72 часа, в том числе:

Практические занятия – 72 часа.

Практические занятия:

1. Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых – 14 часов.
2. Экстренная медицинская помощь – 14 часов.
3. Сбор жалоб и анамнеза – 4 часа.
4. Наложение гипсовых повязок при закрытых переломах костей конечностей – 14 часов.
5. Экстренная помощь при открытых переломах костей конечностей и кровотечениях – 26 часов.

3. Рефераты по дисциплине «Травматология и ортопедия»

1. Особенности лечения больных с переломами трубчатых костей при лечении их методами внешней фиксации.
2. Особенности лечения больных с переломами трубчатых костей при лечении их методами скелетного вытяжения.
3. Принципы хирургической обработки ран при открытых переломах повреждениях опорно-двигательного аппарата.
4. Методы лечения открытых переломов с использованием внутренней фиксации.
5. Принципы хирургической обработки ран при огнестрельных повреждениях опорно-двигательного аппарата.
13. Повреждения шейно-затылочного перехода C0-C1, C1-C2 суставов.
14. Функциональная анатомия и биомеханика нижнешейного отдела позвоночника.
15. Методы пластики позвонков при остеопорозе.
16. Повреждения тазового кольца.
17. Особенности лечения травматических повреждений на фоне остеопороза
18. Вывихи в суставах вернеплечевого пояса, локтевого и кистевого суставов. Методы лечения..
19. Вывихи корневых суставов (тазобедренного, коленного).
20. Вывихи в суставах стопы.
22. Нестабильные повреждения тазового кольца. Классификация, диагностика, методы лечения.
23. Микрохирургия кисти. Основные понятия.
24. Остеохондропатии верхней конечности.
25. Повреждения верхнешейного отдела позвоночника.
26. Гетеротопические оссификаты локтевого сустава.
27. Болезнь Кинбека.
28. Повреждения аксисса: диагностика и лечение.
29. Хирургия врожденных сколиозов.
30. Хирургическое лечение деформаций позвоночника.
31. Оперативное лечение детей с врожденной патологией тазобедренного сустава младшего возраста.
32. Доброкачественные опухоли позвоночника. Лечение.
33. Врожденные пороки развития опорно-двигательного аппарата.
34. Эволюция методик хирургического лечения воронкообразных деформаций грудной клетки.
35. Первично-злокачественные образования костей. Виды. Частота поражения.
36. Диагностическая и лечебная артроскопия суставов конечностей
37. Принципы консервативного и хирургического лечения ложных суставов..
38. Заболевания плечевого сустава.
39. Политравма. Классификация. Оценка тяжести повреждений. Подходы к лечению на различных клинических этапах.
40. Метастатические поражения костей опорно-двигательного аппарата, тактика, лечение.
41. Открытые травмы грудной клетки.
42. Рефлекторно-болевые синдромы шейного и поясничного остеохондроза.
43. Лечение рецидивов болевых синдромов после поясничных дискэктомий.
44. Выбор рациональной хирургической техники при лечении остеохондроза позвоночника.
45. Компрессионные синдромы шейного остеохондроза
46. Спондилолистез. Стенозы позвоночного канала.
48. Особенности течения раневого процесса.
49. Принципы хирургического лечения остеохондроза позвоночника.
50. Патология стопы и голеностопного сустава. Методы хирургической коррекции.
51. Острый гематогенный остеомиелит.
52. Воспалительные заболевания суставов: острый гнойный бурсит, артрит.
53. Дегенеративные поражения суставов.
54. Эндопротезирование тазобедренного сустава: виды протезов, показания и противопоказания.

55. Ортопедические последствия ревматоидного артрита. Хирургическое лечение.
56. Повреждения суставов при болезни Бехтерева.
57. Компрессионные синдромы поясничного остеохондроза позвоночника. Хирургическое лечение .
58. Сколиотическая болезнь.
59. Контрактуры и анкилозы. Профилактика и лечение контрактур суставов.
60. Медикаментозные средства очищения ожоговых ран от некроза.
61. Диагностика ожоговой травмы.
62. Ожоговая болезнь.
63. Послеожоговые рубцы. Методы лечения.
64. Термоингаляционная травма. Поражения электротоком.
65. Методы консервативного лечения ожоговых ран.
66. Методы оперативного лечения ожоговых ран.
67. Инфекции нижних дыхательных путей в отделении реанимации - госпитальная пневмония и трахеобронхит: этиология, патогенез, антимикробная терапия.
68. Классификация ожогового шока. Принципы интенсивной терапии. Инфузионно-трансфузионная терапия.
69. Наследственные генетические синдромы и заболевания, сопровождаемые сколиотической деформацией.
70. Диабетическая стопа
71. Заболевания коленного сустава. Принципы хирургического лечения
72. Болевые синдромы остеохондроза грудного отдела позвоночника и их дифференциальная диагностика
73. Виды оперативных вмешательств при травмах черепа и головного мозга.
74. Методы лечения переломов костей черепа.
75. Повреждения спинного мозга.
76. Позвоночно-спинномозговая травма нижнешейного отдела. Диагностика. Лечение
77. Сотрясение, ушиб спинного мозга.
78. Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника
79. Хирургическое лечение позвоночно-спинномозговой травмы
80. Стеноз позвоночного канала: классификация, клиника, лечение

4. 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 абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)		Рефераты Тесты Задачи
Зн.У.1.2.	Закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека	
У.У.1.2	Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов	
У.У.1.3	Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей)	
Н.У.1.2	Анализ информации, полученной от пациентов (их законных представителей)	
Н.У.1.3	Интерпретация результатов осмотра пациентов	
Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2)		Рефераты Тесты Задачи
Зн.У.2.1	Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях,	
Зн.У.2.2	Принципы и методы управления коллективом	
Зн.У.2.3	Социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия в управлении коллективом	
У.У.2.1	Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящихся в распоряжении медицинским персоналом	
Н.У.2.2	Контроль выполнения должностных обязанностей находящихся в распоряжении медицинским персоналом	
Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)		Рефераты Тесты Задачи
Зн.У.3.1	Порядок осуществления педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование	
У.У.3.1	Осуществлять педагогическую деятельность по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование	
Н.У.3.1	Осуществление педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование	
Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование		Рефераты Тесты

здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1)		Задачи
Зн.1.2	Диагностика и причины возникновения заболеваний	
Зн.1.4	Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения потребления и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ	
Зн.1.5	Формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы	
У.1.2	Производить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы	
Н.1.2	Пропаганда здорового образа жизни, профилактика заболеваний	
Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2)		Рефераты Тесты Задачи
Зн.2.1	Нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения предварительных и периодических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы	
Зн.2.2	Порядок организации диспансерного наблюдения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
Зн.2.3	Правила проведения медицинских осмотров с учетом возрастных групп	
Зн.2.4	Медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов профилактики травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы у пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
Зн.2.5	Порядок диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями, и (или) состояниями, и (или) последствиями травм костно-мышечной системы	
Зн.2.6	Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов с хроническими заболеваниями, и (или) состояниями, и (или) последствиями травм костно-мышечной системы	
У.2.1	Производить предварительные медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии, в соответствии с нормативными правовыми актами	
У.2.2	Проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления хронических заболеваний, и (или) состояний, и (или) последствий травм костно-мышечной системы, основных факторов риска их развития	
У.2.3	Оформлять медицинские заключения по результатам медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения	
У.2.4	Производить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями, и (или) состояниями, и (или) последствиями травм костно-мышечной системы	

Н.2.1	Назначение профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартом медицинской помощи	
Н.2.2	Проведение в составе комиссий предварительных и периодических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями, и (или) состояниями, и (или) последствиями травм костно-мышечной системы в соответствии с нормативными правовыми актами	
Н.2.3	Осуществление диспансеризации населения с целью раннего выявления заболеваний, и (или) состояний, и (или) последствий травм костно-мышечной системы, и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами	
Н.2.4	Оформление медицинских заключений по результатам медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения	
Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)		Рефераты Тесты Задачи
Зн.3.1	Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний	
У.3.1	Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции в стационарных условиях	
Н.3.2	Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции	
Н.3.6	Проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний	
Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4)		Рефераты Тесты Задачи
Зн.4.2	Методики медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	
У.4.2	Производить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья пациентов	
У.4.4	Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	
Н.4.1	Анализ показателей заболеваемости, инвалидности при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы	
Н.4.2	Проведение анализа показателей заболеваемости костно-мышечной системы	
Н.4.3	Использование персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну	
Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5)		Рефераты Тесты Задачи
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	
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)		Рефераты Тесты Задачи
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 следующие лечебные манипуляции, лазерные и хирургические вмешательства пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы:
У.6.21	Выполнять следующие 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	Рефераты Тесты Задачи
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	
Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7)		
Зн.7.1	Этиология, патогенез и патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний, приводящих к развитию неотложных или экстренных состояний	
Зн.7.2	Принципы и методы оказания медицинской помощи в экстренной форме 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.7.3	Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания	
Зн.7.4	Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации	
Зн.7.5	Принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции)	
Зн.7.6	Правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и (или) дыхания	
У.7.1	Выявлять клинические признаки состояний пациентов, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	
У.7.2	Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией)	
У.7.3	Выявлять клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания, выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией)	
У.7.4	Выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания))	
У.7.5	Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания))	
У.7.6	Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)), в соответствии	

	с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.7.7	Оказывать медицинскую помощь пациентам в экстренной форме, вызванных 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
У.7.8	Оказывать медицинскую помощь пациентам при неотложных состояниях, вызванных травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе в чрезвычайных ситуациях, 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.7.9	Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи пациенту в экстренной форме
Н.7.1	Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме
Н.7.2	Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.7.3	Оценка состояния пациентов, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме
Н.7.4	Оказание медицинской помощи при неотложных состояниях у пациентов, в том числе в чрезвычайных ситуациях, с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.7.5	Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам, в том числе в чрезвычайных ситуациях, с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.7.6	Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам, в том числе в чрезвычайных ситуациях, с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.7.7	Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановке жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.7.8	Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных

	функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	
Н.7.9	Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме	
Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8)		Рефераты Тесты Задачи
Зн.8.1	Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы	
Зн.8.2	Медицинские показания для направления пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов	
Зн.8.3	Медицинские показания для направления пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов	
Зн.8.4	Медицинские показания для направления пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к врачам-специалистам для назначения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов	
Зн.8.5	Медицинские показания и медицинские противопоказания для назначения технических средств реабилитации	
Зн.8.6	Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению медицинской реабилитации у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе индивидуальной программы реабилитации или абилитации	
Зн.8.7	Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов	
Зн.8.8	Методы медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, инвалидов по опорно-двигательной системе	
Зн.8.9	Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, инвалидов по опорно-двигательной системе	
Зн.8.10	Основы медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, инвалидов по опорно-двигательной системе	
Зн.8.11	Порядок организации медицинской реабилитации и организации санаторно-курортного лечения	
Зн.8.12	Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате мероприятий медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, инвалидов с заболеванием опорно-двигательного аппарата	

Зн.8.13	Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, инвалидов по опорно-двигательной системе
У.8.1	Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов
У.8.2	Назначать технические средства реабилитации и давать рекомендации по уходу за ними в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации
У.8.3	Назначать технические средства реабилитации пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы и давать рекомендации по уходу за ними
У.8.4	Направлять пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к врачам-специалистам (физиотерапевт, протезист, психолог, невропатолог) для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации
У.8.5	Определять медицинские показания для направления пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения
У.8.6	Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в стационарных условиях в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации
У.8.7	Оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов
У.8.8	Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации
У.8.9	Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации
Н.8.1	Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам, в том числе при реализации индивидуальной

	программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации	
Н.8.2	Назначение технических средств реабилитации и рекомендации по уходу за ними в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации	
Н.8.3	Направление пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения	
Н.8.4	Определение медицинских показаний для привлечения к лечению пациентов врачей-специалистов (физиотерапевтов, протезистов, психологов, невропатологов, логопедов) для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации	
Н.8.5	Оценка эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации	
Н.8.6	Реализация мероприятий медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов	
Н.8.7	Составление плана мероприятий медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации	
Н.8.8	Составление плана мероприятий медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации	
Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9)		Рефераты Тесты Задачи
Зн.9.1	Приемы и методы формирования мотивации у населения, пациентов и членов их семей, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	
У.9.1	Производить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы	
Н.9.1	Пропаганда здорового образа жизни, профилактика травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы	
Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10)		Рефераты Тесты Задачи
Зн.10.1	Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	
Зн.10.2	Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю	

	"травматология и ортопедия", в том числе в форме электронного документа	
Зн.10.3	Перечень медицинских работников, участвующих в проведении предварительных и периодических медицинских осмотров, диспансеризации населения	
Зн.10.4	Правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"	
Зн.10.5	Должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "травматология и ортопедия"	
Зн.10.6	Требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии	
У.10.1	Составлять план работы и отчет о своей работе	
У.10.2	Заполнять медицинскую документацию и контролировать качество ее ведения, в том числе в форме электронного документа	
У.10.3	Использовать информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"	
У.10.4	Обеспечивать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	
У.10.5	Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	
Н.10.1	Составление плана работы и отчета о своей работе	
Н.10.2	Оценка эффективности профилактической работы с пациентами	
Н.10.3	Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	
Н.10.4	Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	
Н.10.5	Использование информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"	
Н.10.6	Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну	
Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11)		Рефераты Тесты Задачи
Зн.11.1	Основные медико-статистические показатели качества оказания медицинской помощи	
У.11.1	Обеспечивать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	
У.11.1	Оценивать качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	
Н.11.1	Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	
Н.11.2	Проведение работ по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	
Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)		Рефераты Тесты Задачи
Зн.12.1	Общие вопросы организации оказания скорой медицинской помощи	
Зн.12.2	Принципы медицинской сортировки и установления последовательности оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Травматология и ортопедия" вне медицинской организации при массовых заболеваниях, травмах или иных состояниях, в том числе при ликвидации медицинских последствий чрезвычайной ситуации	
У.12.1	Организовывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинскую эвакуацию	
Н.12.1	Организация медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	

5. Перечень вопросов для промежуточной аттестации

1. Диагностика ожоговой травмы
 2. Ожеговая болезнь
 3. Послеожоговые рубцы. Методы лечения.
 4. Термоингаляционная травма. Поражения электрошоком.
 5. Методы консервативного лечения ожоговых ран.
 6. Методы оперативного лечения ожоговых ран
 7. Повреждения шейно-затылочного перехода C0-C1, C1-C2 суставов
 8. Функциональная анатомия и биомеханика нижнешейного отдела позвоночника
 9. Методы пластики позвонков при остеопорозе.
 10. Повреждение тазового кольца.
 11. Особенности лечения травматических повреждений на фоне остеопороза
 12. Вывихи в суставах верхнеплечевого пояса. Методы лечения
 13. Вывихи в суставах локтевого и кистевого суставов. Методы лечения
 14. Вывихи корневых суставов (тазобедренного)
 15. Вывихи корневых суставов (коленного)
 16. Вывихи в суставах стопы
 17. Ишемическая травма конечности
 18. Нестабильные повреждения тазового кольца. Классификация, диагностика, методы лечения
 19. Основные аспекты переливания гемокомпонентов.
 20. Микрохирургия кисти. Основные понятия
 21. Хронический остеомиелит: классификация, клиника, диагностика, лечение.
 22. Ревматоидный артрит. Клиника. Диагностика. Лечение.
 23. Болезнь Бехтерева. Клиника, диагностика, лечение, показания к хирургическому лечению.
 24. Методы коррекции метаболических нарушений у пациентов с ожоговой болезнью.
 25. Множественные повреждения позвоночника. Механизм, клиника, диагностика, лечение.
 26. Нейрофизиологические методы исследования.
 27. Деформирующий артроз коленного сустава. Диагностика, лечение.
 28. Интермедуллярный остеосинтез. Виды. История. Показания к применению.
 29. Стратегия оперативного лечения больных с повреждениями поясничного отдела позвоночника. Задняя внутренняя фиксация. Техника транспедикулярной фиксации.
 30. Компрессионно-дистракционный остеосинтез при закрытых переломах.
 31. Специфическая инфекция костей и суставов (туберкулез, сифилис).
 32. Гетеротопические оссификаты локтевого сустава.
 33. Повреждения аксиса: диагностика и лечение
 34. Лабораторные исследования при неотложных состояниях
 35. Повреждения грудного отдела позвоночника.
 36. Компрессионные синдромы шейного остеохондроза. Хирургическое лечение.
 37. Компрессионные синдромы поясничного остеохондроза. Хирургическое лечение.
 38. Лучевая диагностика дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника.
- Принципы клинико-морфологического соответствия.
39. Показания и противопоказания к эндопротезированию локтевого сустава.
 40. Заболевания плечевого сустава. Хирургическое лечение.
 41. Крутартроз. Клиника. Диагностика. Лечение.
 42. ТЭЛА. Клиника, диагностика и лечение.
 43. Пневмоторакс. Клиника. Диагностика. Лечение.
 44. Патология стопы и голеностопного сустава. Методы хирургического лечения
 45. Лечение рецидивов болевых синдромов после поясничных дисэктомий.
 46. Инфекции области хирургического вмешательства. Стандартные критерии инфекционных осложнений.
 47. Хирургическое лечение повреждений атланта.
 48. Хирургическое лечение повреждений осевого позвонка.
 49. Принципы клинического и параклинического обследования больных с деформацией позвоночника.

- 50.Классификации деформаций позвоночника по этиологическому признаку, типу и величине.
- 51.Принципы консервативного и хирургического лечения ложных суставов длинных трубчатых костей.
- 52.Болезнь Бехтерева. Клиника, диагностика, лечение, показания к хирургическому лечению.
- 53.Переломы лодыжек. Классификация АО, диагностика, консервативные и оперативные методы лечения.
- 54.Дегенеративные поражения суставов кисти. Возможности эндопротезирования.
- 55.Диагностическая и лечебная артроскопия суставов конечностей.
- 56.Предоперационное планирование при эндопротезировании тазобедренного сустава.
- 57.Эндопротезирование тазобедренного сустава. Показания. Виды протезов.
- 58.Хирургическое лечение воронкообразных деформаций грудной клетки.
- 59.Диабетическая стопа
- 60.Деформирующий артроз коленного сустава. Диагностика, лечение.
- 61.Интермедуллярный остеосинтез. Виды. История. Показания к применению.
- 62.Стратегия оперативного лечения больных с повреждениями поясничного отдела позвоночника. Задняя внутренняя фиксация. Техника транспедикулярной фиксации.
63. Компрессионно-дистракционный остеосинтез при закрытых переломах.
64. Специфическая инфекция костей и суставов (туберкулез, сифилис).
- 65.Гетеротопические оссификаты локтевого сустава.
- 66.Повреждения аксиса:диагностика и лечение
- 67.Лабораторные исследования при неотложных состояниях
- 68.Нейроофтальмология. Основные понятия
- 69.Повреждения грудного отдела позвоночника.

Тестовые задания:

1. РАСЩЕПЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА, КОГДА КОСТНЫЙ ДЕФЕКТ БОЛЬШОЙ ПРОТЯЖЕННОСТИ СОЧЕТАЕТСЯ С НЕЗАРАЩЕНИЕМ ОБОЛОЧЕК СПИННОГО МОЗГА И КОЖИ НАЗЫВАЕТСЯ
- А рахизис
 - Б синдром Арнольда-Киари
 - В платибазией
 - Г аномалией Клипель - Фейля
2. ОБ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОВЫШЕНИЕ ЛАБОРАТОРНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ
- А международного нормализованного отношения
 - Б общего билирубина
 - В креатинина
 - Г С-реактивного белка
3. ВРОЖДЕННЫЙ ТРЕТИЧНЫЙ СУСТАВНОЙ СИФИЛИС ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)
- А 30-50
 - Б 20-30
 - В старше 50
 - Г 10-20
4. ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ В СЛУЧАЯХ ___ ПЕРЕЛОМОВ
- А нестабильных
 - Б проникающих
 - В непроникающих
 - Г взрывных

5. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ НЕРВНЫХ СТРУКТУР ПОЗВОНОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А магнитно-резонансная томография
- Б ультразвуковое исследование
- В миелография
- Г компьютерная томография

6. ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ ВТОРОГО ЭТАПА РЕВИЗИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АНТИБИОТИК ДОЛЖЕН БЫТЬ ОТМЕНЕН ЗА (В ДНЯХ)

- А 2
- Б 14
- В 21
- Г 7

7. МАКСИМАЛЬНО ВОМОЖНЫЙ УГОЛ ПЕРЕКРЕСТА СПИЦ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НА УРОВНЕ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ СОСТАВЛЯЕТ В ГРАДУСАХ

- А 60
- Б 90
- В 50
- Г 70

8. К УНИВЕРСАЛЬНЫМ РЕПОЗИЦИОННЫМ УЗЛАМ ОТНОСЯТ

А механические («интуитивные») узлы типа Волкова – Оганесяна, Шевцова – Мацукидиса и узлы, работа которых основана на компьютерной навигации (ортопедические гексаподы)

Б узлы, имеющие в своем составе не менее трех двухплоскостных шарниров

В узлы, состоящие не менее чем из двух карданных соединений, трех двухплоскостных шарниров и двух телескопических стоек

а. те, в которых заключена возможность перемещения костных фрагментов как при помощи спиц с упорными площадками, так и при помощи шарнирова

9. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ЛОПАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А оскольчатый перелом тела лопатки

Б выраженный болевой синдром

В перелом акромиального и клювовидного отростков

Г перелом суставного отростка и/или шейки лопатки с его медиализацией более 4 см

10. К РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЕ ПЛЕЧА ОТНОСИТСЯ НАДОСТНАЯ ПОДОСТНАЯ ПОДЛОПАТОЧНАЯ И ___ МЫШЦЫ

А большая грудная

Б большая круглая

В ромбовидная

Г малая круглая

11. БОЛЕЗНЬ РЕКЛИНГХАУЗЕНА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

А 40-50

Б 30-40

В старше 50

Г 20-30

12. ТИТРОВАНИЕ ДОЗЫ ПО УРОВНЮ МНО НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПАЦИЕНТУ

А ривароксабана

Б варфарина

- В аликсабана
Г дабигатрана этексилата
13. САМЫМ ЧАСТЫМ РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РЕВЕРСИВНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА
А парез подмышечного нерва
Б асептическая нестабильность гленоидального компонента
В парапротезная инфекция
Г вывих
14. К ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОМУ ОСТЕОМИЕЛИТУ ОТНОСИТСЯ ___ ОСТЕОМИЕЛИТ
А склерозирующий Гарре
Б послетифозный
В фиброзный
Г посттравматический
15. У ПАЦИЕНТКИ 46 Л С ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В ШЕЕ, В ПРАВОЙ РУКЕ ПО ХОДУ С6, ПРИЗНАКАМИ АТАКСИИ НА МРТ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ
А спондилез на протяжении всего шейного отдела позвоночника
Б миелопатия вызванная грыжей на уровне С6-С7
В Спондилоартроз на уровне С6-С7
Г миелопатия вызванная грыжей на уровне С5-С6
16. СУПРЕССИВНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ В СЛУЧАЕ, КОГДА
А рост бактерии в посеве крови положительный
Б металлоконструкция нестабильна
В микроорганизм имеет высокую резистентность
Г риск операции выше предполагаемой пользы
17. РЕШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СЧИТАЕТСЯ ПРИНЯТЫМ , ЕСЛИ ЕГО ПОДДЕРЖАЛИ
А 2\3 членов
Б 1\2 членов
В минимум 2 человека
Г 1\3 членов
18. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ УГОЛ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ОТКРЫТ В ___ СТОРОНУ
А ладонную
Б лучевую
В тыльную
Г Локтевую
19. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕТОРСИОННОГО ЭЛЕМЕНТА ПРИ КОРРИГИРУЮЩЕЙ МЕЖВЕРТЕЛЬНОЙ (ПОДВЕРТЕЛЬНОЙ) ОСТЕОТОМИИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ (КОБ) ЯВЛЯЕТСЯ
А угол антеверсии шейки более 45 град
Б возрастная норма антеверсии шейки бедренной кости на момент операции
В угол антеверсии шейки более 50 град
Г угол антеверсии шейки более 30 град
20. ПРИ ПОЛИТРАВМЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ НАИМЕНЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ
А иммунологических и бактериологических
Б анализов крови и мочи
В рентгенологических

- Г эндоскопических
21. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ НЕОБХОДИМОСТЬ ВВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДОЗЫ АНТИБИОТИКА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЕГО
- А интервалом между введением
 - Б клиренсом креатинина
 - В периодом полувыведения
 - Г преимущественным путем выведения
22. ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ДО 20 ГРАД РЕКОМЕНДУЕТСЯ
- А интрамедуллярное рассверливание костномозгового канала
 - Б Корректирующая остеотомия с одномоментным исправлением деформации и оптимальным остеосинтезом
 - В ультразвуковая обработка надкостницы над вершиной деформации
 - Г резекция большей части кости
23. ПРИ КОНТРАКТУРЕ ДЮПЮИТРЕНА, ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОБЪЕМА ДВИЖЕНИЯ В ПАЛЬЦАХ НАЧИНАЮТ
- А с первых дней после операции
 - Б через 2 недели после операции
 - В после снятия гипсовой иммобилизации
 - Г при полном заживлении послеоперационного рубца
24. ДИАФИЗАРНЫЙ ПЕРЕЛОМ БЕДРЕННОЙ КОСТИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ КРОВОПОТЕРЕЙ В МЛ
- А 300-500
 - Б 100-300
 - В 500-1500
 - Г свыше 3000
25. ПРИ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ПРОИСХОДИТ ПОВРЕЖДЕНИЕ
- А только спинной мозг
 - Б только костные структуры позвоночника
 - В только мягкотканые образования позвоночника
 - Г структуры позвоночника и спинного мозга
26. ПЕРЕЛОМЫ ДИАФИЗА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБЫЧНО
- А консолидируются только с комплексной медикаментозной поддержкой
 - Б консолидируются с удовлетворительным формированием мозоли
 - В не склонны к консолидации даже при применении стимуляторов остеогенеза, поэтому требуют остеосинтеза
 - Г склонны к замедленной консолидации даже при применении стимуляторов остеогенеза
27. 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
28. СИНДРОМ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
- А фораминального стеноза
 - Б спондилеза
 - В стеноза позвоночного канала

- Г спондилоартроза
29. К НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЛАСТИНОЙ И ВИНТАМИ ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ОТНОСЯТ
- А атрофию квадратного пронатора
 - Б глубокую инфекцию
 - В несращение и формирование ложного сустава
 - Г тендиниты и тендинопатии в местах выхода дистальных блокирующих винтов
30. МАКСИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ИНФОРМАЦИИ О ПОВРЕЖДЕНИЯХ МЯГКОТКАННЫХ СТРУКТУР ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА ДАЕТ
- А МСКТ
 - Б МРТ
 - В УЗИ
 - Г сцинтиграфия
31. КОНТРОЛЬНАЯ ЗАКУПКА ПРОВОДИТСЯ
- А с предварительным уведомлением проверяемых юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, в присутствии двух свидетелей либо с применением видеозаписи
 - Б без наличия оснований
 - В без предварительного уведомления проверяемых юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, в присутствии двух свидетелей либо с применением видеозаписи
 - Г без присутствия свидетелей и применения видеозаписи
32. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПОСЛЕ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА I ПАЛЬЦА КИСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В
- А полусогнутом положении сроком на 14 дней
 - Б положении разгибания сроком на 14 дней
 - В полусогнутом положении сроком на 4-5 недель
 - Г нейтральном положении сроком на 3-4 недели
33. ПРИ БОЛЕЗНИ НОТА ВЫПОЛНЯЕТСЯ
- А тенотомия
 - Б тенолиз
 - В лигаментотомия
 - Г невролиз
34. ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ В ЧАСАХ
- А 122
 - Б 72
 - В 94
 - Г 24
35. РЕЗКОЕ СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ОСЛОЖНЕНИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА И ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ОБУСЛОВЛЕНА
- А повышением кровотока в нижних конечностях
 - Б восстановлением обмена веществ
 - В нейро-гуморальными изменениями
 - Г короткими сроками консолидации костных фрагментов
36. ПРИ НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ВЫВИХОВ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ОТСУТСТВУЕТ
- А равнобедренность треугольника Гюнтера
 - Б отёк

- В симптом пружинящего сопротивления
Г деформация
37. В СООТВЕТСТВИИ СО СТАТЬЕЙ 37 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 21.11.2011 Г. № 323-ФЗ ПОРЯДКАМИ ОКАЗАНИЯ МЕД ПОМОЩИ, ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ДЛЯ ИСПОЛНЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РФ , А ТАКЖЕ НА ОСНОВЕ СТАНДАРТОВ, МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ ___ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ
- А только федеральными
Б только частными
В только муниципальными и государственными
Г всеми
38. СРЕДИ КОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ АКТИНОМИКОЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТ
- А мелкие трубчатые кости
Б длинные трубчатые кости
В тела позвонков
Г кости таза
39. СВОД ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ОБРАЗОВАН
- А клювоакромиальной связкой и акромиальным отростком лопатки
Б акромиальным отростком лопатки и акромиальным концом ключицы
В клювоакромиальной связкой и ротаторной манжетой
Г клювовключичной связкой и клювовидным отростком лопатки
40. ПЕРЕДНЕ-ВЕРХНИЙ НАДЛОННЫЙ ВЫВИХ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПРИЛОЖЕНИИ СИЛЫ К НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ, НАХОДЯЩЕЙСЯ В ПОЛОЖЕНИИ:
- А внутренней ротации приведения и сгибания в тазобедренном суставе менее 90град
Б наружной ротации и незначительно отведения
В наружной ротации и значительного отведения
Г внутренней ротации приведения и сгибания в тазобедренном суставе более 90град
41. БОЛЬ В ОБЛАСТИ ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА 3-4 ПАЛЬЦЕВ КИСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩУЮСЯ СЛАБОСТЬЮ ТРЕХГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С КОМПРЕССИЕЙ СПИННОМОЗГОВОГО НЕРВА НА УРОВНЕ ___ СЕГМЕНТА
- А С5
Б С7
В С8
Г С6
42. ПРИ СГИБАТЕЛЬНО-ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЕ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА КИСТИ ХАРАКТЕРНА КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА
- А нахождения первого луча в положении контрактуры и сгибательной установки в пястно-фаланговом суставе
Б нахождения пальца в положении сгибательной контрактуры в межфаланговом суставе
В отсутствия типичных складок над областью пораженных сочленений
Г пальпируемого булавовидного утолщения в зоне проекции кольцевидной связки
43. У ДЕТЕЙ ПРИ ВЫВИХЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ С ОТРЫВОМ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫШЦЕЛКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ НЕРВ
- А локтевой
Б лучевой
В срединный
Г кожно-мышечный

44. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСХОНДРОПАЗИИ МЕТОДОМ КОМБИНИРОВАННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА С ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ СПИЦАМИ С ГИДРОКСИАПАТИТНЫМ ПОКРЫТИЕМ НАПРАВЛЕНО НА

- А увеличения массы костной ткани на месте хрящевой при тяжелых пороках
- Б предотвращение апоптоза остеогенных клеток
- В ликвидацию остеопороза
- Г ликвидацию контрактур крупных суставов

45. ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СОЗДАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ПРИКАЗА

- А Минздрава РФ
- Б руководителя медицинской организации
- В органа государственного контроля
- Г органа управления здравоохранением субъекта РФ

46. В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ НЕВОЗМОЖНЫ ДВИЖЕНИЯ

- А скольжения и качения
- Б в сагиттальной плоскости
- В во фронтальной плоскости
- Г осевого вращения

47. КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБА МЕЛЬНИКОВА, НАЦЕЛЕННАЯ НА УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ РАЗВИТИЯ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОСНОВАНА

- А ослабление пульсации на сосудах конечности
- Б усиление боли при пальпации
- В нарастание отека пораженной конечности
- Г увеличение ЧСС

48. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА ПАЛЬЦЫ ПРИНИМАЮТ _____ ПОЛОЖЕНИЕ

- А отведенное
- Б согнутое
- В приведенное
- Г разогнутое

49. НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТУ С МЕТИЛЦИЛЛЕН-РЕЗИСТЕНТНЫМ СТАФИЛОКОККОМ И ПРИЗНАКАМИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДОЛЖНО БЫТЬ ОБСУЖДЕНО С

- А врачом клин фармакологом
- Б врачом эпидемиологом
- В врачом инфекционистом
- Г врачом микробиологом

50. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЦЕФАЗОЛИНОМ ВВЕДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДОЗЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННО ПОКАЗАНО ПРИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ОПЕРАЦИИ БОЛЕЕ В ЧАСАХ

- А 4
- Б 6
- В 8
- Г 2

51. АППАРАТ ИЛИЗАРОВА ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ _____ ОСТЕОСИНТЕЗА

- А погружного
- Б на костного
- В внутреннего
- Г внешнего

52. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А концентрация креатинина
- Б количество лейкоцитов крови
- В цитоз в аспирате из полости сустава
- Г СОЭ

53. ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЦЕЛЕСОБРАЗНО СТАБИЛИЗИРОВАТЬ

- А. бедренную кость
- Б. плечевую кость
- В. кости предплечья
- Г. большеберцовую кость

54. БОЛЬ В ОБЛАСТИ 5 ПАЛЬЦА И ЛОКТЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ КИСТИ НЕОБХОДИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С КОМПРЕССИЕЙ СПИННОМОЗГОВОГО НЕРВА НА УРОВНЕ ____ СЕГМЕНТА

- А С6
- Б С5
- В С8
- Г С7

55. ИННЕРВАЦИЯ ДЛИННОЙ МЫШЦЫ ОТВОДЯЩЕЙ 1 ПАЛЕЦ КИСТИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НЕРВОМ

- А срединным
- Б лучевым
- В кожно - мышечным
- Г локтевым

56. К ДЕФЕКТАМ ОБУСЛОВЛЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ КОСТНО-СУСТАВНОГО АППАРАТА ОТНОСЯТ

- А плечелучевой синостоз, радио-ульнарный синостоз, деформацию Маделунга, брахиметакарпию и симфалангизм
- Б стенозирующий лигаментит камптодактилию, сгибательно- приаодящую контрактуру первого пальца
- В врожденную ульнарную девиацию кисти
- Г простые формы синдактилии, перетяжки в изолированном виде

57. КЛЮЧЕВЫМ ФАКТОРОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ РАЗДЕЛИТЬ ОСТРЫЙ И ПОДОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЯВЛЯЕТСЯ

- А источник инфекции
- Б область поражения
- В длительность заболевания
- Г возраст пациента

58. УСТРАНЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ МЕТОДОМ ЗАКРЫТЫЙ КЛИН ПРЕДПОЛАГАЕТ

- А клиновидную резекцию кости на выпуклой стороне
- Б клиновидную резекцию кости на вогнутой стороне
- В выполнение шарнирной остеотомии
- Г заполнение полученного в результате коррекции открытого клина костно-пластическим материалом

59. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А накостный остеосинтез
- Б гипсовая иммобилизация
- В внеочаговый остеосинтез

Г скелетное вытяжение

60. ЕЖЕГОДНОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЫЯВЛЕННЫХ НОВЫХ СЛУЧАЕВ БОЛЕНИ РЕКЛИНГХАУЗЕНА НА 10000 НАСЕЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

А 25-28

Б 30-40

В 17-26

Г 20-30

61. ПЕРЕЛОМОМ ПАЛАЧА (ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОВЕШЕННЫХ, HANGMAN-ПЕРЕЛОМ) НАЗЫВАЮТ

А горизонтальный одноуровневый чрескостный перелом передней, средней и задней колонн позвоночника

Б взрывной перелом передней и задней полудуг атлант

В перелом, сопровождающийся вторичным повреждением или сдавлением спинного мозга, его корешков костными фрагментами отломков

Г травматический спондилолистез С2: сочетание перелома дуги С2 с листезом на уровне диска С2-С3

62. СРОК ФИКСАЦИИ АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ТИПОВ 1-А И 1-В ПО ТЕХНОЛОГИИ ПОПКОВЫХ СОСТАВЛЯЕТ В МЕСЯЦАХ

А 6

Б 1,5-2

В 4,5-5

Г. 12

63. ЕСЛИ А ПЕРЕДНЕ-ЗАДНЕМ СНИМКЕ ТЕНЬ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА ВЕРТЛУЖНУЮ ВПАДИНУ, А КЛИНИЧЕСКИ ВНУТРЕННЯЯ РОТАЦИЯ СГИБАНИЕ И ПРИВЕДЕНИЕ БЕДРА ЗНАЧИТЕЛЬНЫ, ТО КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА В ПОЛЬЗУ ___ ВЫВИХА

А передне-верхнего надлонного

Б передне-нижнего запирательного

В задне-верхнего подвздошного

Г задне-нижнего седалищного

64. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ КОНЕЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ

А бледность кожных покровов

Б цианоз кожных покровов

В холодный липкий пот

Г отек мягких тканей

65. КОМБИНИРОВАННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОСТЕОГЕНЕЗЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

А глюкозо-литическую функцию надпочечников при гормональных нарушениях

Б восстановление кальций-фосфатного обмена при нарушениях функции желудочно-кишечного тракта

В точность и полноту коррекции деформаций

Г восстановление генетического зеркала заболевания после гетерозиготной мутации р.Q143К гена *DMP1* и гомозиготной мутации с.523insТТАAGCACGG

66. ВЫПЯЧИВАНИЕМ В ПОЗВОНОЧНЫЙ КАНАЛ ЭЛЕМЕНТОВ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ЩЕЛЕВИДНЫМИ РАЗРЫВАМИ ФИБРОЗНОГО КОЛЬЦА И ПЕРЕМЕЩЕНИЕМ В ПОЗВОНОЧНЫЙ КАНАЛ ЭЛЕМЕНТОВ ПУЛЬПОЗНОГО ЯДРА, СОХРАНЯЮЩИХ СВЯЗЬ С ВНУТРИДИСКОВОЙ ЧАСТЬЮ ЯДРА, НАЗЫВАЕТСЯ

А грыжа Шморля

- Б коллапс диска
- В секвестрированная грыжа
- Г пролапс диска

67. К МНОЖЕСТВЕННЫМ ПЕРЕЛОМАМ ПОЗВОНОЧНИКА ОТНОСИТСЯ

- А перелом позвонка в сочетании с вывихом
- Б повреждение нескольких позвонков в разных отделах позвоночника
- В повреждение позвонков и костей конечностей
- Г повреждение двух и более смежных позвонков

68. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СО СМЕЩЕНИЕМ (AOSPIRE ТИП С) ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А оперативное вмешательство с применением чрескожной транспедикулярной стабилизации in situ
- Б оперативное вмешательство из переднего доступа с реконструкцией передней опорной колонны
- В консервативное лечение с использованием корсета на грудопоясничный отдел
- Г оперативное вмешательство из заднего доступа с восстановлением оси позвоночника

69. НАЗНАЧЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА БЕДРА НЕ ВЫПОЛНЯЮТ ПРИ

- А умеренной анемии
- Б продолжающемся кровотечении
- В возрасте пациента старш 90 лет
- Г кровотечении из ЖКТ в анамнезе

70. ОСНОВОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ТЕРАПИЯ

- А генная
- Б сопутствующих заболеваний
- В НПВС для устранения болевого синдрома
- Г остеопороза

71. КЛАССИФИКАЦИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА П.Г. КОРНЕВА ВКЛЮЧАЕТ ПЕРВУЮ ФАЗУ ___ ВТОРУЮ ФАЗУ ___ ТРЕТЬЮ ФАЗУ ___

- А субклинического течения костно-суставного туберкулеза; клинического течения костно-суставного туберкулеза; последствий костно-суставного туберкулеза
- Б преспондилитическую, преартритическую; спондилитическую, артритическую; постспондилитическую, постартритическую
- В субклинического течения костно-суставного туберкулеза; спондилитическую, артритическую; последствий костно-суставного туберкулеза
- Г преспондилитическую, преартритическую; разгара клинических проявлений костно-суставного туберкулеза; постспондилитическую, постартритическую

72. ПОСТЕПЕННОЕ ВПРАВЛЕНИЕ ВЫВИХА ПЛЕЧА ПОД ДЕЙСТВИЕМ СИЛЫ ТЯЖЕСТИ НА ФОНЕ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕМ СПОСОБА ВПРАВЛЕНИЯ ПО

- А Гиппократу
- Б Моту
- В Кохеру
- Г Джанелидзе

73. НЕОДНОКРАТНО ПОВТОРЯЮЩИЕСЯ ВЫВИХИ В ОДНОМ И ТОМ ЖЕ СУСТАВЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫХ ВНЕШНИХ ПРИЧИН НАЗЫВАЮТ

- А привычными
- Б подвывихами

- В застарелыми
Г полными
74. ОСНОВНОЙ МИНЕРАЛ КОСТНОГО МАТРИКСА ПОСТРОЕН ИЗ
А Са/Р
Б К/Сl
В Са/Сl
Г Na/Сl
75. ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ВЫВИХЕ ПОЛУЛУННОЙ КОСТИ
А полулунная кость смещается к ладони, головка головчатой кости занимает ее место
Б головка головчатой кости вывихивается вместе с остальными костями запястья, полулунная кость остается на своем месте
В полулунная кость остается на своем месте, разворачиваясь на 180 град
Г полулунная кость смещается к тылу, ладьевидная кость занимает ее место
76. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ БЛОКАДОЙ ПРИ СТЕНОЗЕ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ
А паравертебральная
Б фораминальная
В эпидуральная
Г миофасциальная
77. ГОНОРЕЙНЫЙ АРТРИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ОСТРОЙ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ТЕЧЕНИЕ
А 3 месяцев
Б 1 месяца
В 2 месяцев
Г 2 недель
78. ИННЕРВАЦИЯ КРУГЛОГО ПРОНАТОРА ПРЕДПЛЕЧЬЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НЕРВОМ
А лучевым
Б локтевым
В срединным
Г кожно-мышечным
79. В ПРОМЕЖУТКЕ МЕЖДУ МЕДИАЛЬНОЙ ЛОДЫЖКОЙ И ПЯТОЧНОЙ КОСТЬЮ ПРОХОДИТ _____ СУХОЖИЛИЙ МЫШЦ
А три
Б пять
В четыре
Г два
80. ГАЗОВЫЙ РЕЖИМ ТКАНЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ
А метод водородного клиренса
Б лазерная доплеровская флоуметрия
В полярография
Г ультразвуковая доплерография
81. ПОД БОЛЕЗНЬЮ БЬЮКЕНЕНА ПОНИМАЮТ
А остеохондропатию головки плечевой кости
Б рассекающий остеохондрит медиального мыщелка бедренной кости
В остеохондропатию проксимального метафиза большеберцовой кости
Г остеохондропатию гребня подвздошной кости
82. ПОД ТРАНСДЕНТАЛЬНЫМ ВЫВИХОМ АТЛАНТА ПОНИМАЮТ ПЕРЕЛОМ
А ножек дуги СII позвонка с разрывом межпозвонкового диска С2-3

- Б лопающийся С1 позвонка с разрывом поперечной связки
 В боковой массы С1 позвонка с ротационным подвывихом
 Г зубовидного отростка С2 позвонка с вывихом С1 позвонка
83. ПОД ПОВРЕЖДЕНИЕМ МОНТЕДЖИ ПОНИМАЮТ
 А перелом лучевой кости и вывих головки локтевой кости
 Б расходящийся вывих в локтевом суставе
 В перелом локтевой кости и вывих головки лучевой кости
 Г вывих в локтевом суставе с переломом внутренней надмыщелки и его интерпозицией в полость сустава
84. ПРИ МРТ ТРАБЕКУЛЯРНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
 А локальным гиперинтенсивным сигналом на T2-ВИ с жироподавлением
 Б диффузными участками гиперинтенсивного МР-сигнала на T2-ВИ с жироподавлением
 В локальным гипоинтенсивным МР-сигналом на T1-ВИ
 Г диффузными участками гиперинтенсивного МР-сигнала на T1-ВИ
85. РУЧНОЕ ВПРАВЛЕНИЕ ПЕРЕДНЕГО ВЫВИХА ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ ТЯГУ ПО ОСИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ
 А и его супинацию с давлением на головку лучевой кости при согнутом под прямым углом локтевом суставе
 Б при согнутом под прямым углом локтевом суставе с одновременной тягой за проксимальную треть предплечья кзади и тягой за дистальную треть плеча кпереди
 В кпереди при согнутом под прямым углом локтевом суставе с одновременной тягой за дистальную треть плеча кзади
 Г и супинационно-пронационные движения до полного разгибания в локтевом суставе, после чего – давление на головку лучевой кости с супинацией и сгибанием в локтевом суставе
86. РАЗГИБАНИЕ В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ БЕЗ УЧАСТИЯ ЛОПАТКИ ВОЗМОЖНО ДО УГЛА (В ГРАДУСАХ)
 А 55
 Б 45
 В 65
 Г 35
87. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПОЛУЛУННОЙ КОСТИ БОЛЬ У ПАЦИЕНТА ВЫЗЫВАЕТ ОСЕВАЯ НАГРУЗКА НА
 А III-IV пальцы
 Б I-II пальцы
 В II палец
 Г V палец
88. РУЧНОЕ ВПРАВЛЕНИЕ ЗАДНЕГО ВЫВИХА ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ ТЯГУ ПО ОСИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ
 А и его супинацию с давлением на головку лучевой кости при согнутом под прямым углом локтевом суставе
 Б при согнутом под прямым углом локтевом суставе с одновременной тягой за проксимальную треть предплечья кзади и тягой за дистальную треть плеча кпереди
 В кпереди при согнутом под прямым углом локтевом суставе с одновременной тягой за дистальную треть плеча кзади
 Г и супинационно-пронационные движения до полного разгибания в локтевом суставе, после чего – давление на головку лучевой кости с супинацией и сгибанием в локтевом суставе
89. ВЕРШИННЫЙ АПИКАЛЬНЫЙ ПОЗВОНОК
 А является самым верхним в сколиотической дуге

- Б является вторым названием первого шейного позвонка
 В находится на вершине сколиотической дуги
 Г находится над сломанным позвонком при травме
90. ПОД БОЛЕЗНЬЮ ОСГУД – ШЛАТТЕРА ПОНИМАЮТ
 А остеохондропатию головок 2 или 3 плюсневых костей
 Б остеохондропатию проксимального метафиза большеберцовой кости
 В остеохондропатию бугристости большеберцовой кости
 Г рассекающий остеохондрит медиального мыщелка бедренной кости
91. ПЕРЕЛОМЫ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО
 ЯВЛЯЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ
 А кататравмы или ДТП
 Б электротравмы
 В удара по плечу или падения на локоть
 Г железнодорожной травмы
92. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ 26.12.2008 № 294-ФЗ О
 ПРОВЕДЕНИИ ПЛАНОВОЙ ПРОВЕРКИ ЮР. ЛИЦ, ИП УВЕДОМЛЯЮТСЯ ОРГАНОМ
 ГОС.КОНТРОЛЯ (НАДЗОРА) НЕ ПОЗДНЕЕ, ЧЕМ ЗА ___ ДО НАЧАЛА ЕЕ
 ПРОВЕДЕНИЯ
 А 3 рабочих дней
 Б 10 дней
 В месяц
 Г неделю
93. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЦЕНТРИРУЮЩИХ
 (РЕМОДЕЛИРУЮЩИХ) ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ЛЕГГ-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА
 ЯВЛЯЕТСЯ
 А 2 стадия с поражением эпифиза соответственно группе Salter-Thompson B
 Б стадия исхода с деформацией хрящевой модели наружного контура головки бедра
 (либо гипертрофия большого вертела)
 В конец 3 стадии с поражением эпифиза соответственно группе Catterall III-IV
 Г начало 3 стадии с поражением эпифиза соответственно группе Catterall II
94. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ШКАЛЫ MESS ОЦЕНИВАЮТСЯ
 А 4 параметра
 Б 2 параметра
 В 5 параметров
 Г 3 параметра
95. ЗУБ С2 ПОЗВОНКА НА РЕНТГЕНОГРАФИИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ
 ЛУЧШЕ ВСЕГО В ПРОЕКЦИИ
 А через открытый рот
 Б прямой
 В боковой
 Г аксиальной
96. ОТРЫВОМ ВЕРХНЕЙ ПОРЦИИ СУСТАВНОЙ ГУБЫ ПРИ ВЫВИХЕ
 ПЛЕЧА ЯВЛЯЕТСЯ
 А обратное повреждение Банкарта
 Б повреждение SLAP
 В повреждение Банкарта
 Г повреждение Хилл-Сакса
97. ОДНОЙ ИЗ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫХ МЕТОДИК ХИРУРГИЧЕСКОЙ
 СТАБИЛИЗАЦИИ СЕГМЕНТА С1-С2 ЯВЛЯЕТСЯ
 А передний спондилодез кейджем в сочетании с пластиной С1-С2

Б спондилодез по Гиббсу(неполное вертикальное расщепление дуг смежных позвонков, полученные фрагменты отгибаются и перекрывают дугу смежного позвонка)

В метод Гоел-Хармса (фиксация С1-С2 с установкой винтов в боковые массы С1 и транспедикулярных винтов в С2)

Г передний спондилодез кейджем

98. КЛАССИФИКАЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПО Д.А. ПОПКОВУ ИМЕЕТ ВСЕГО

А 8 клинико-рентгенологических групп развития

Б 5 клинико-рентгенологических групп развития

В 3 клинико-рентгенологических групп развития

Г 6 клинико-рентгенологических групп развития

99. НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ПО ПРОТОКОЛУ DAMAGE CONTROL SURGERY У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

А ушивание ран печени

Б тампонада разрывов печени

В сосудистый шов на поврежденных артериях

Г резекция кишечника

100. ПРОСТРАНСТВЕННОЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЕ СУСТАВНЫХ ОТРОСТКОВ И ДУГООТРОСТЧАТЫХ СУСТАВОВ ПОЗВОНКОВ НАЗЫВАЕТСЯ

А платибазия

Б тропизм

В индекс асимметрии

Г синкинезия

6. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

Основная литература

1. Черкашина З.А Травматология и ортопедия. / З.А. Черкашина. комплект в 3-х т.- М.:МИА, 2017.
2. Травматология и ортопедия по Эпли: в 3-х частях/пер. с англ. под ред. Р.М. Тихилова.- М.:Издательство Панфилова,2016
3. Котельников Г.П., Травматология. Национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 528 с. - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442210.html>
4. Миронов С.П., Травматология [Электронный ресурс] / под ред. Миронова С.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4538-9 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445389.html>
5. Травматология : клинические рекомендации / под ред. С. П. Миронова.-М.:ГЭОТАР,2018
6. 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>
7. Феличано ,Д В. Травма. В 3-х т. .-М.:БИНОМ,2016

Дополнительная литература

1. Ермак Е. М. Ультразвуковая диагностика патологии опорно-двигательного аппарата. - М.,2018 г
2. 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: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442784.html>
3. Суковатых Б. С., Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Б. С. Суковатых, С. А. Сумин, Н. К. Горшунова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 656 с. - ISBN 978-5-9704-3846-6 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438466.html>
4. Епифанов В.А., Реабилитация в травматологии и ортопедии [Электронный ресурс] / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-3445-1 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434451.html>
5. Травматология : клинические рекомендации / Общерос. обществ. орг "Ассоц. травматологов-ортопедов России" ; [авт.-сост.: Аникин К. А. и др.] ; под ред. С. П. Миронова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018
6. Соломон Л. Ортопедия и травматология по Эпли : [в 3 ч.] / Луи Соломон, Дэвид Уорик, Селвадурай Ньягам ; [пер. с англ.] под ред. Р. М. Тихилова. - Москва : Издательство Панфилова,2016

Периодические издания

1. Травматология и ортопедия России
2. Вестник травматологии и ортопедии
3. Хирургия позвоночника
4. Гений ортопедии
5. Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста
6. Политравма

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>